



UNIVERSIDAD  
LIBRE 90 Años

SECCIONAL PEREIRA

COMPETENCIA CULTURAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA  
COMUNIDAD EMBERA CHAMI DE LA ETNIA KIMA DRUA QUE CONSULTA EN  
EL HOSPITAL LOCAL DE OBANDO 2015

PRESENTADO POR:

María Camila Aránzazu Velázquez, Claudia Sorana Beltrán Luna,  
Linda Katherine Bedoya Moreno, Paula Ximena Rodríguez Ávila,  
Sandra Viviana Muñoz Arias

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA

ENFERMERIA V SEMESTRE

PEREIRA

2015.



UNIVERSIDAD  
LIBRE 90 Años

SECCIONAL PEREIRA

COMPETENCIA CULTURAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA  
COMUNIDAD EMBERA CHAMI DE LA ETNIA KIMA DRUA QUE CONSULTA EN  
EL HOSPITAL LOCAL DE OBANDO 2015

PRESENTADO POR:

María Camila Aránzazu Velázquez, Claudia Sorana Beltrán Luna,  
Linda Katherine Bedoya Moreno, Paula Ximena Rodríguez Ávila,  
Sandra Viviana Muñoz Arias

PROYECTO DE GRADO

Presentado A:

MERCY SOTO

ENFERMERA

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA

ENFERMERIA V SEMESTRE

PEREIRA

2015.

## TABLA DE CONTENIDO

### INTRODUCCION

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
2. JUSTIFICACION
3. OBJETIVOS
  - 3.1. Objetivo general
  - 3.2. Objetivos específicos
4. MARCO DE REFERENCIA
  - 4.1. Marco normativo y político
  - 4.2. Marco conceptual
  - 4.3. Marco institucional
  - 4.4. Marco teórico
  - 4.5. Marco geográfico
5. ASPECTOS ETICOS
6. METODOLOGIA
7. RECOLECCION DE DATOS
8. DISCUSION Y RESULTADOS
9. CONCLUSION
10. RECOMENDACIONES
11. BIBLIOGRAFIA

## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la supervisión de la docente Mercy soto chaquir, a quien nos gustaría expresar nuestro más profundo agradecimiento por hacer posible la realización de este estudio. Además de agradecer su orientación, apoyo, paciencia, tiempo y dedicación que tuvo para hacer posible este nuevo logro en nuestras vidas.

Agradecemos a Dios por permitirnos llegar a esta meta, adquiriendo nuevos conocimientos, experiencias, lo cual aportan tanto a nuestra vida profesional. Como personal, agradecerle de ante mano por la oportunidad de habernos colocado en el camino a la docente mercy soto chaquir para que nos guiara y nos apoyara de la manera más sabia, y fuera parte de nuestro proyecto brindándonos sus conocimientos, experiencias, y confianza para hacer posible este estudio de investigación.

También al señor Carlos Alberto Aránzazu, por su apoyo incondicional orientación, y colaboración, con todo lo que se necesito, a la comunidad embera chami, la cual hizo posible elaborar este estudio y a todas las personas que hicieron que esta investigación fuera posible.

## INTRODUCCIÓN

Colombia, es un país con una riqueza étnica y cultural incalculable un vivo ejemplo es el pueblo Embera que era en la época prehispánica una sola comunidad fue fraccionado debido a los procesos de la conquista y colonia, dinámicas comprendidas por misiones evangélicas y reclamos de tierra, haciendo que las comunidades se dispersaran en disímiles territorios con distintos modos de desarrollo. Ello implicó diferentes modos de relacionarse con la tierra y con las poblaciones donde se albergaron. A pesar de ello, mantienen unidad culturalmente, conservando elementos étnicos como el idioma, el jaibanismo, la tradición oral, la organización social y la política de modo regional.

Los Embera habitan hoy diversas regiones del occidente colombiano por su patrón de asentamiento disperso, pero buscando siempre medios de características similares, o selva tropical húmeda.

Sus pautas de asentamiento influyen en sus modos de vida, presentándose diferencias de tipo cultural y lingüístico de acuerdo con la región en donde habitan.

Esta etnia está conformada por 29.094 que el 50,2% son hombres (14.609) y 49,8% mujeres (14.485). Esta comunidad se encuentra asentada en los departamentos de Risaralda- cercanías del alto río San Juan en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico- (55,1% -16.023 personas); Caldas (24,8% -7.209 personas) y Antioquia- Resguardo indígena de Cristinía- (7,3% -2.111 personas). Otras personas están localizadas en los asentamientos en Quindío, Valle del Cauca, en el curso de los ríos Sanquinini y Garrapatas, específicamente en los municipios de Dovio, Obando, Bolívar, y en Caquetá.

Según el área donde habitan son llamados Cholo en la costa Pacífica; Chamí o Meme en Risaralda y Valle del Cauca; Catío en Antioquia y Espera como ellos mismos se llaman en Nariño y Cauca.

Su economía se basa principalmente en la agricultura, la caza, la pesca, y trabajo jornalero.

Estos indígenas a través de su proceso histórico, han transformado una serie de factores culturales sin perder por ello su identidad. Hoy en día se han congregado en sus organizaciones para exigir su derecho a conservar una cultura diferente a la de la sociedad común.

Los principales problemas que tienen los Embera son: desconocimiento por parte de la sociedad nacional de los derechos indígenas, falta de tierras, un derecho a su propio desarrollo y organización, salud, educación y la participación en los proyectos que se efectúen en sus territorios y el derecho a ser artífices de su propia historia, esto es, el derecho que tienen a ser diferentes de los demás.

Los pueblos indígenas presentan un valioso cúmulo de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo, las interacciones sociales, la convivencia con la naturaleza y con los seres espirituales, basados en cosmovisiones sobre la armonía e integralidad.

Las concepción y percepción que giran en torno a la salud, obedecen a patrones culturales establecidos en las comunidades que norman sus conductas y comportamientos por lo cual hace falta un sistema de salud integral con ideas y prácticas relacionados con las causas y curación de las enfermedades, el cual debe estar determinado por aspectos socioculturales, económicos, religiosos, educativos y familiares; éste debe ser congruente con las creencias sobre la salud y el acervo de la comunidad. Todo sistema de salud debe contar con personal competente como médicos, enfermeras para el cuidado de la salud de las etnias Embera y tener en cuenta los recursos terapéuticos que ellos manejan como drogas, hierbas, adivinación y todo ello integrado en un esquema conceptual e ideológico por eso con esta investigación pretendemos conocer la necesidad de

**la competencia cultural para el cuidado de la salud de la comunidad Embera Chami de la Etnia Kima Drua que consulta en el hospital local de Obando 2015**, durante los años 2012 hasta el 2014 se realizó un seguimiento en los motivos de consulta en los servicios de urgencia y consulta externa del hospital local de Obando encontrándose que existe una alta incidencia y prevalencia de enfermedades tales como diarrea, gastroenteritis, rinoфарингитис aguda y el parasitismo intestinal, las cuales se encontró que están directamente relacionadas con las prácticas culturales presentes en esta comunidad.

Con este trabajo se pretende hacer un aporte para establecer un sistema de atención integral basados en competencia cultural para el bienestar de la comunidad Embera Chami del asentamiento indígena Kima drúa del municipio de Obando.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el municipio de Obando, la comunidad Embera Chami es más vulnerable por sus prácticas culturales relacionadas con la salud; de acuerdo con la literatura esta comunidad es más relevante las enfermedades como RINOFARINGITIS AGUDA, DIARREA, GASTROENTERITIS Y PARASITOSIS.

Esta etnia es reconocida como minoría, siendo habitada en calidad de asentamiento, pero esto no significa que sean ajenos a enfrentarse a esta dura realidad o a la desatención por parte de las entidades de salud el cual no reconoce los sistemas de medicina tradicional de esta comunidad y la difícil adaptación al sistema municipal de salud, lo cual ha incrementado la incidencia de enfermedades en la comunidad; cabe agregar que los profesionales de salud deben tener competencia cultural para trabajar en diferentes contextos interculturales y poseer conocimientos, actitudes y conductas que les permita entender la salud y los problemas sociales de dicha comunidad.

Es importante resaltar que solo hasta los años 80 la OMS comienza a reconocer la importancia del estudio de la cultura y que se hiciesen los primeros estudios acerca de ello: la diversidad cultural en el proceso salud enfermedad para tender sanitariamente a minorías étnicas con diferentes culturas y lenguas (OMS salud en los pueblos indígenas nota descriptiva N°326 Octubre de 2007) , aun así no se evidencia en la literatura suficientes estudios por lo cual se pretende investigar **¿cuáles son las principales prácticas culturales de la comunidad Embera Chami de la Etnia Kima Drua que pueden afectar la salud en esta comunidad?** con el fin de hacer propuestas para desarrollar una competencia cultural del cuidado en el Hospital Local de Obando



## 2. JUSTIFICACIÓN

En la Constitución de la OMS la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. (OMS salud en los pueblos indígenas nota descriptiva N°326 Octubre de 2007)

El concepto de salud de los pueblos indígenas en general se encuentra enmarcado y relacionado con el territorio indígena como la dimensión espiritual, la percepción de la tierra como un ser viviente, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y en sí, la relación con los demás elementos de la naturaleza.

Para el pueblo indígena, las enfermedades están relacionadas a estados de desequilibrio y desarmonía espiritual el estar enfermo, causar la enfermedad y curarla son expresiones que vinculan al ser humano no sólo con el ambiente, sino también con los otros seres humanos.

La comunidad Indígena de esta región se ha caracterizado por tener afectados los determinantes sociales y económicos, ya que no cuentan con los recursos necesarios para acceder a una vivienda digna, servicios cercanos de salud, educación, agravando su situación con la inadecuada utilización de las practicas alimenticias e higiénicas, lo cual con lleva a enfermedades asociadas a las condiciones socioeconómicas como RINOFARINGITIS AGUDA, DIARREA, GASTROENTERITIS Y PARASITOSIS, donde evidentemente se ve afectado su bienestar , que alejan a esta comunidad la oportunidad de gozar de un derecho

tan indispensable como acceder a la salud de manera digna y adaptada a cada necesidad en particular, con una mejor orientación y manejo de autoridades municipales, sin que sus costumbres y tradiciones se dejen de un lado sino por el contrario, se les brinde la orientación necesaria para acceder a los servicios donde la aplicación y la atención inmediata sea acorde a su cultura y pensamiento ancestral.

De acuerdo con la problemática que se presenta dada la situación de salud, enfermedad en la que está expuesta la comunidad Embera Chami, esta investigación busca conocer las prácticas culturales que afectan el estado de salud de la comunidad Embera Chami del municipio de Obando.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las prácticas culturales que se relacionan con el estado de salud-enfermedad en la comunidad Embera Chami que consulta al hospital local de Obando con el propósito de generar estrategias de competencias culturales para el cuidado en promoción y prevención de acuerdo a priorización de necesidades de la comunidad.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterización socio demográfico de la comunidad Embera Chami que consultan en los servicios de hospitalización y urgencias del hospital de Obando.
2. Describir las enfermedades más frecuentes presentes en la comunidad Embera Chami que asisten a los servicios de consulta externa y urgencias del hospital de Obando en el periodo comprendido entre el 2012-2014.
3. Describir las prácticas culturales que se relacionan con el estado de salud-enfermedad en la comunidad Embera Chami que consulta al hospital local de Obando.
4. Contrastar los conceptos del cuidado transcultural de Madeleine Leininger Leininger y Campinha-Bacote para proponer intervenciones de promoción y Prevención de acuerdo a las prácticas culturales.

#### 4. MARCO DE REFERENCIA

### **TUNGIASIS EN POBLACIÓN INDÍGENA DEL DEPARTAMENTO DEL VAUPÉS: EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.**

*Hollman Miller, Gerzaín Rodríguez*

Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaría Departamental de Salud del Vaupés, Mitú, Colombia

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

Premio a las Ciencias Médicas, 2009, en Ciencias Clínicas, Academia Nacional de Medicina, Bogotá, D.C., Colombia

Recibido: 16/09/09; aceptado: 18/02/10

Presentar la entidad en indígenas del Vaupés. El 95% de los 33.000 habitantes del Vaupés son indígenas. Algunos moran en viviendas de piso arenoso, seco, con detritos alimenticios y perros con Tungiasis. Entre 1996 y 2007 confirmamos 942 casos del parasitismo. De los indígenas estudiados 3 a 8 de cada 1.000 y 62% de los perros presentaban Tungiasis. Los pies se vieron afectados en 98% de los pacientes. Se presentaron casos graves con más de 20 lesiones, niños y ancianos. Como complicaciones, se presentaron: infección secundaria, dolor, anoniquia, deformación y amputación de los dedos de los pies e imposibilidad para la marcha. Hubo Sepsis mortal en tres pacientes. No se presentaron casos de tétanos. Los baños con creolina y la extracción del parásito fueron curativos, en hombres y animales, la modificación de los pisos redujo a cero la enfermedad en una comunidad.

## **PREVALENCIA DE PARASITISMO INTESTINAL EN LA COMUNIDAD SEMINKE DEL RESGUARDO INDÍGENA WIWA DE LA SIERRA NEVADA DE SANTA MARTA, 2014.**

**Espinosa-Muñoz, D. Y.<sup>1</sup>, Gómez-Gómez, N. E.<sup>1</sup>, Campo-Polanco, L. F.<sup>2</sup>, Cardona-Arias J. A.<sup>3</sup>, Ríos-Osorio L. A.<sup>4\*</sup>**

**Introducción:** Se han reportado en Latinoamérica altas prevalencias de parasitosis en comunidades indígenas, considerándose como un problema de salud pública. En Colombia los estudios en estas poblaciones son escasos, pero los existentes muestran prevalencia similares.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia global y específica de parasitismo intestinal y sus factores relacionados en la comunidad indígena Seminke del resguardo indígena Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta, 2014.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal en población indígena, donde la recolección de la información, se realizó por medio de una encuesta socio sanitario y el análisis por triplicado de muestras de materia fecal posterior a una concentración con Mini Para sep sf. La descripción de la población se realizó con medidas de resumen y posteriormente se compararon las variables a través de las pruebas de chi cuadrado de Pearson y U de Mann-Whitney, teniendo en cuenta un valor de significancia del 0,05 en SPSS 21.0.

**Resultados:** Se incluyeron 81 indígenas con edad promedio de 19 años (2 meses-93 años), hallándose un parasitismo del 96.4%, con un 94% de poli parasitismo, hasta con 9 agentes por persona, 97.6% de protozoos frente a un 27.7% de helmintos de los cuales el 67.5% fueron patógenos. Entre las especies más prevalentes se encontraron Blastocystis spp con el 94%, Endolimax nana 89.2%, E. coli 84.3%, E. histolytica/E. dispar 55.4% y Giardia intestinalis 44.6%. Se presentaron diferencias estadísticas según el sexo, ocupación, el no utilizar ningún tratamiento para potabilizar el agua, la forma de eliminación de las basuras, la relación intra domiciliaria con los animales y el uso de calzado.

**Conclusión:** Se evidencia una de las más altas prevalencias reportadas entre los estudios de comunidades indígenas del país, encontrándose como factores de riesgo; la falta de tratamiento del agua; la forma de eliminación de basuras y convivencia intra o extra domiciliares con animales.

## ESTADO NUTRICIONAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN INDÍGENAS EMBERA DE COLOMBIA.

Javier Rosique G. (1), María Teresa Restrepo C. (2), Luz Mariela Manjarrés C.(3), Aida Gálvez A. (1) Johana Santa M. (5)

**Objetivo:** analizar los hábitos alimentarios y el estado nutricional en indígenas. **Metodología:** estudio de prevalencias en dos comunidades con patrones diferenciales para conseguir alimentos: con recursos de selva (Atausí) y campesinos más aculturados (Nusidó). Se estudió la ingesta (por recordatorio de 24 horas) y el estado nutricional por antropometría (estatura-edad, peso-estatura e IMC). Se realizó etnografía sobre la alimentación. **Resultados:** el ideal dietario (caza, pesca y recolección) tradicional, es insostenible por la baja productividad y las condiciones socioeconómicas. La prevalencia de deficiencia en la ingesta diaria (Atausí>Nusidó) es alta: energía 73,2%, proteínas 36,6%, ácido fólico 34,2%, calcio 93%, vitamina A 61,4% y zinc 75,7%. La desnutrición crónica se presentó en el 68,9% (0-10 años), y talla baja en 77,1% (10-19 años), el sobrepeso en el 45% (adultos) y a otras edades se asoció con el patrón alimentario y la baja estatura. Ambas comunidades poseen mayor desnutrición que el nivel nacional y la más dependiente de la selva (Atausí) presenta mayores problemas nutricionales. **Conclusión:** los actuales hábitos alimentarios no cubren los requerimientos nutricionales e influyen en la desnutrición crónica encontrada, junto con otros factores que incrementan la inseguridad alimentaria en indígenas embera, en relación a la población general colombiana

## LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA: UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

Cáceres DC, Estrada E, De Antonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 17(1):6–14.

*Diana Carolina Cáceres, 1 Eduardo Estrada, 2 Rodrigo DeAntonio1 y Dioselina Peláez1*

*Se realizó un estudio de casos y testigos en un hospital urbano de Bogotá, Colombia, entre abril de 2000 y febrero de 2001. Se seleccionaron 290 niños menores de 5 años de edad de uno u otro sexo; de ellos 145 estaban hospitalizados por enfermedad diarreica aguda (EDA) con deshidratación (casos) y 145 tenían diagnóstico de EDA sin signos de deshidratación (testigos). A todos los niños se les realizó un examen físico completo. Las madres respondieron un*

*cuestionario con variables demográficas; socioeconómicas; de conocimientos, actitudes y hábitos Higiénicos; y de acceso a los servicios de salud. Se determinó la presencia de rotavirus en muestras de heces fecales tomadas durante las primeras 48 horas del ingreso al estudio. Establecer la relación entre la infección por rotavirus y la deshidratación por diarrea en niños colombianos menores de 5 años y determinar los factores de riesgo de la diarrea con deshidratación*

*Se encontró una asociación estadística entre la diarrea con deshidratación y la presencia de rotavirus en las muestras de heces (razón de posibilidades [RP] = 3,46; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,71 a 7,00), el peso al nacer < 2 600 g (RP = 7,79; IC95%: 3,47 a 18,01) y el tiempo de lactancia materna inferior a 3 meses (RP = 3,17; IC95%: 1,66 a 6,13). El riesgo de presentar deshidratación se asoció con las condiciones socioeconómicas desfavorables, los hábitos higiénicos inadecuados de la familia del niño y una menor escolaridad materna.*

Palabras claves: Diarrea infantil, deshidratación, factores de riesgo, rotavirus, Colombia.

Conclusión: *La calidad inadecuada de las acciones de promoción y prevención en una población la aparición de casos de diarrea con deshidratación. La infección por rotavirus desempeña un papel importante en la gravedad de la EDA en niños colombianos con fácil acceso a los servicios de salud.*

## **AISLAMIENTOS PATÓGENOS COMUNES ASOCIADOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS, BUCARAMANGA, COLOMBIA**

Marta Amparo Uribe Yepes, Laura Andrea Rodríguez Villamizar, Yolanda Astrid Gómez Gonzales, Lina Evelia Olaya Gamboa, Sandra Milena Rodríguez Santamaría.

Estudio descriptivo transversal con recolección prospectiva. Las muestras se recolectaron aleatoriamente durante los turnos de mañana, tarde y noche: a cada muestra se le realizó diagnóstico para rotavirus, salmonella, shigella, parásitos y coccidias. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia con enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años atendidos en los servicios de urgencias de instituciones de salud de Bucaramanga. Se estudiaron 180 menores de cinco años con una mediana de edad de 12 meses. El 44,4 % de los episodios de diarrea fue causada por rotavirus. En el 8,9 % de los casos se encontró blastocystis homini, 7,8 % Giardia duodenal, 7,8 % entamoeba histolytica dispar, 2,8 % shillega 2,8 % entamoeba histolytica mas blastocystis hominis. En el 19,4 de los niños no se encontró ningún microorganismo por los métodos utilizados en el estudio.

## **AGENTES CAUSANTES DE DIARREA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN TUNJA, COLOMBIA**

Fred G. Manrique-Abril, Diane Billón Y Tinge II, Sandra E. Bello III y Juan M. Ospina IV

Estudio de corte transversal, la información se recogió mediante aplicación de una encuesta a 129 niños menores de 5 años afectados de Eda. Adicionalmente se recogió una muestra de heces, en las consultas externas del hospital san Rafael y clínica saludcoop de Tunja. Determinar la prevalencia y tipo de agentes infecciosos causantes de Eda en una muestra de niños menores de 5 años que consultaron a IPS de Tunja durante el año 2004. Se encontró Rotavirus en 48,1 %, shigella 0,8 % E.coli 13,9 % campylobacter 2,3 %, guardia lambia 12,4 % E. histolytica 7 % en 15,5 edad para rotavirus y campylobacter.

Palabras claves: Diarrea, rotavirus, salud pública, enfermedades transmisibles.

Conclusión: Rotavirus es el mayor agente causal de Eda en menores de 1 año, y en general en menores de 5 años. Las prevalencias encontradas coinciden con lo reportado en estudios realizados en Facatativa, Bogotá, Santander, Manizales y choco; también con estudios adelantados en Venezuela, Perú y México.

## **ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS INDÍGENAS DE HASTA SEIS AÑOS DE EDAD EN EL RESGUARDO EMBERA-KATÍO, TIERRALTA, CÓRDOBA, COLOMBIA.**

Berta Nelly Restrepo 1, María Teresa Restrepo 2, Juan Camilo Beltrán 1, Mónica Rodríguez 1, Ruth Emilia Ramírez 1

Se realizó un estudio transversal en el resguardo Embera-Katío, municipio de Tierralta, departamento de Córdoba, Colombia, en 272 niños de hasta seis años de edad a quienes se les midió el peso, la estatura y el perímetro. Determinar la prevalencia de desnutrición en niños y niñas indígenas Embera-Katío de hasta seis años de edad e identificar algunos de sus factores condicionantes. La prevalencia de desnutrición crónica moderada y grave fue de 63,6% y de desnutrición aguda leve y moderada fue de 8,8%. La desnutrición crónica se asoció con el incremento de la edad fue mayor en hombres que en mujeres. Se observó mayor prevalencia de desnutrición crónica en los niños con infección respiratoria aguda, con enfermedad diarreica aguda y en hogares con más de tres niños y niñas menores de cinco años. En 74% de los niños y niñas, el perímetro cefálico fue inferior al percentil 5. La alimentación de los niños y niñas después del destete fue básicamente arroz y maíz (92,8%) y plátano (80,9%). Sólo 28,9% consumió carne, 4,6% huevos y 4,1% leche. La prevalencia de parasitosis intestinal fue de 78,1%.



Palabras Claves: Salud de la población indígena, preescolar, niño, estado nutricional, desnutrición, morbilidad.

Conclusión: La prevalencia de desnutrición crónica en los niños y niñas Embera-Katío fue elevada, lo cual es el reflejo de las condiciones adversas a las que están sometidas.

### **Enfermedad diarreica aguda en niños. Agentes causales más comunes en una comunidad del Chaco Central**

5/10/2011, aceptado para publicación: 6/12/2011, Dra. María Elsa Da Silva Mello de Martínez.

Estudio descriptivo de corte trasversal, se analizaron las fichas clínicas con resultados de análisis de heces con pacientes con enfermedad diarreica comprendida entre 2 meses a 16 años de edad que concurren al servicio de enero 2008 a abril 2011. Se evaluó edad, síntomas, análisis de heces, agentes aislados, tiempo de evolución previa, días de internación y tratamientos.

Determinar la incidencia de agentes causales y los perfiles de tratamiento en la enfermedad diarreica aguda. Se analizaron 560 historias clínicas, y resultado de heces de pacientes con diarrea, 167 tenían edades entre 2 meses a 16 años, el 74% eran menores de 1 a 3 años, el 16 % de 4 a 9 años, el 10% de 10 a 16 años, se aisló shigella, shig flexneri, shig sonnei, se aisló salmonella sp, campylobacter, el rotavirus se identificó en menores de 5 años. la guardia fue el único parásito aislado. Examinando la resistencia de los patógenos aislados a los antimicrobianos de uso frecuente, en la presente muestra se observa que existe resistencia de un 9 % a la ciprofloxacina de las shigellas y un 14 % del

Campylobacter, no presentó resistencia la salmonella. A la cefixima no se mostró resistencia tanto de las salmonellas y shigellas. En cuanto a la ampicilina, la resistencia demostrada fue alta de las shigellas con un 82% y siendo resistente solo en un 9% la salmonella. De igual manera al TMS mostró una resistencia de 8% de las shigellas y no presentó resistencia la salmonella. La eritromicina no presentó resistencia al campylobacter

Palabras clave: Enfermedad diarreica aguda, agentes causales, incidencia, tratamiento.

Conclusión: La diarrea aguda es un problema de salud en nuestro servicio y el grupo etario con mayor riesgo corresponde a menores de 3 años. El agente causal más frecuente fue la shigellas sp y le sigue en frecuencia la salmonella sp.

## LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ROTAVIRUS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, COLOMBIA, 2004

Panam Salud Pública. 2006; 20

Diana Carolina Cáceres, Dioselina Peláez, Nubia Sierra, Eduardo Estrada y Luis Sánchez.

Se incluyó en este estudio a niños hospitalizados por complicaciones graves de la diarrea en tres centros asistenciales de Santa Fe de Bogotá, Barranquilla y Cali, Colombia. Se utilizó un método de enzimoimmuno análisis en fase sólida (ELISA) para la detección de rotavirus y un método de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) para la genotipificación. Se determinaron las frecuencias, la tendencia central y la dispersión de las variables. Se realizó un análisis estratificado y un análisis con dos variables, mediante una prueba de la  $\chi^2$  o una prueba exacta de Fisher, o una prueba de la  $\chi^2$  para evaluar la tendencia, según los datos. Se establecieron los riesgos relativos. Para el análisis de la tendencia, se utilizaron la regresión lineal, los coeficientes de correlación y los valores.

Establecer un sistema de vigilancia intrahospitalaria de la diarrea en niños menores de 5 años, estimar la carga de la enfermedad por rotavirus e identificar los genotipos más frecuentes de rotavirus. Entre diciembre de 2003 y noviembre de 2004 se hospitalizó a 893 niños en los tres centros participantes en el estudio, de los cuales el 68% tenía entre 6 y 23 meses de edad. Un 2,7% de los pacientes ingresados presentaba un cuadro de choque hipovolémico y un 1,2% falleció. Solo un 57% de las madres había administrado a sus hijos una solución de rehidratación oral antes de la hospitalización. La infección por rotavirus motivó un 50% de las hospitalizaciones y se relacionó con intolerancia a la vía oral y vómito incoercible. La infección por rotavirus ocasionó una muerte por cada 2 000 niños; 16 hospitalizaciones por cada 1 000 niños y 631 consultas por cada 1 000 niños. Se identificó estacionalidad en los genotipos G1P [8], G2P [4] y G3P [8] de rotavirus, que no varió a pesar de la distancia geográfica y las diferencias de temperatura, humedad y precipitación entre las tres ciudades.

Palabras claves: Vigilancia epidemiológica, rotavirus, prevención, vacunación, Colombia.

Conclusión: La infección por rotavirus es una causa importante de morbilidad y mortalidad por diarrea, especialmente en los primeros años de vida, cuando los niños están más expuestos a las complicaciones graves. Es necesario que las estrategias de prevención tengan un alto impacto antes de los 6 meses de edad. La vacunación contra el rotavirus puede ser una buena estrategia complementaria de intervención. No se encontró en la literatura internacional ninguna descripción anterior de la estacionalidad de los genotipos de rotavirus. Es importante hacer

estudios de costo-efectividad para favorecer la inversión de recursos según las necesidades de la población y continuar la vigilancia para ampliar el conocimiento del comportamiento de este virus.

## **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS Y RESPIRATORIAS ENTRE MADRES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD**

Recibido en julio 15 de 2013, Aceptado en marzo 27 de 2014

Lapeira Panneflex y Diana Acosta Salazar

Estudio cuantitativo de características descriptivas y corte trasversal. Se realizó un muestreo intencional conformado por 114 madres de niños menores de cinco años, quienes acudieron a urgencias en un centro de salud de la ciudad de Santa Marta por presentar EDA y/o IRA, y aceptaron Estudio cuantitativo de características descriptivas y corte trasversal. Se realizó un muestreo intencional conformado por 114 madres de niños menores de cinco años, quienes acudieron a urgencias en un centro de salud de la ciudad de Santa Marta por presentar EDA y/o IRA, y aceptaron participar en el estudio. Para la recolección de la información se tomó como fuente a las madres, quienes debieron responder las preguntas de un cuestionario con datos referentes a cada proceso de enfermedad IRA y EDA sufrido por el hijo durante los dos meses previos al llenado de aquel; también se recogieron datos sobre las condiciones ambientales de la vivienda y socioeconómicas de la familia. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) así como las enfermedades diarreicas agudas (EDA), son las mayores causas de mortalidad infantil tanto en Colombia como en toda América Latina. El presente estudio describe los conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de cinco años asistentes a una institución de salud de la ciudad de Santa Marta. De las 114 madres de niños menores de cinco años con EDA e IRA que conformaron la muestra, un 59.6 % se encuentra en edad de 20 a 24 años; llama la atención que 24.5 % son adolescentes. En cuanto a la escolaridad, el nivel que prevaleció fue el de secundaria incompleta 37.7 %, situación esta que limita la posibilidad de alcanzar un empleo con ingresos suficientes para satisfacer las necesidades del hogar y que incide en el nivel de vida de estas familias. Por otro lado, las madres participantes del estudio son amas de casa en un 57 %, sin embargo, se observa que pese a que la madre se encuentra permanentemente al cuidado del niño estos no son llevados a tiempo al centro de salud.

El intervalo de edad que más se repite es de 0 a 12 meses con un 39.4 %, seguido por 17.5 % de 25 a 36 meses. Solo el 28 % de estos niños recibieron lactancia materna exclusiva.

Palabras claves: Diarrea, enfermedades respiratorias, enfermedad diarreica infecciosa; cuidado del niño.

Conclusión: Los niños menores de cinco años y, dentro de estos los lactantes de 0 a 12 meses, resultaron más vulnerables a padecer de EDA e IRA. La morbilidad por IRA y EDA es más frecuente en aquellos niños que abandonaron la lactancia materna antes de los primeros seis meses de vida. Las condiciones de vida desfavorables, como el hacinamiento, una deficiente atención médica, la baja escolaridad y un bajo ingreso económico, inciden en la aparición de enfermedades prevenibles como EDA e IRA. Las madres desconocen los signos de alarma para la EDA e IRA, lo cual dificulta acudir a tiempo a los servicios de salud complicando el cuadro clínico.

Aun cuando los servicios y el personal de salud son accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados a tiempo para ser atendidos sino que son tratados en el hogar con remedios caseros.

## ESTADO NUTRICIONAL Y DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS EN NIÑOS ARHUACOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

Mónica Arias, María C. Tarazona, Francisco Lamus y Carlos Granados

Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Chía, Cundinamarca. Colombia.  
[monica.arias.a@gmail.com](mailto:monica.arias.a@gmail.com); [maria.tarazona@unisabana.edu.co](mailto:maria.tarazona@unisabana.edu.co);  
[flamus@gmail.com](mailto:flamus@gmail.com); [caregra@gmail.com](mailto:caregra@gmail.com)

Recibido 20 Noviembre 2011 / Enviado para Modificación 14 Febrero 2012 /  
Aceptado 21 Abril 2012

**Resultados** Se evaluaron 169 niños y se realizaron 132 encuestas. El retraso en la talla fue menos frecuente en niños menores de 6 meses ( $p=0,03$ ); la desnutrición aguda fue mayor en quienes asistían primero al médico tradicional ( $p=0,01$ ) y en cuyas madres no tienen escolaridad ( $p=0,05$ ), esta última asociación se encontró también para obesidad ( $p=0,00$ ) y en aquellos con factor de riesgo en el neurodesarrollo ( $p=0,00$ ). El fenómeno de transición nutricional fue mayor en el género masculino ( $p=0,03$ ), en niños con vacunación incompleta ( $p=0,03$ ) y en cuyas madres tienen 4 o menos hijos ( $p=0,00$ ).

**Conclusiones** Es imperativo generar estrategias de acción en desnutrición aguda y sobrepeso, promover planes de seguimiento de crecimiento de esta población y optimizarla comunicación entre medicina tradicional y occidental teniendo a las madres como actores principales.

-A pesar de que no existen cifras oficiales del estado nutricional de los niños indígenas en Colombia (7,14,15), hay estudios que incluyen varias comunidades que han descrito la desnutrición como una de sus patologías más frecuentes (16);

un estudio realizado en Caimán Nuevo (Antioquia, Colombia), encontró que el 68,1 % de los menores de 5 años estaban en riesgo de desnutrición crónica y el 8,4 % de desnutrición aguda (17); finalmente un estudio sobre el estado nutricional y los hábitos alimentarios de las comunidades Embera reporta en menores de 10 años una prevalencia de desnutrición crónica y de sobrepeso de 76,6 % y 33,3 % respectivamente, ejemplificando en esta comunidad un proceso emergente de retraso crónico de crecimiento y aparición de sobrepeso como principales problemas nutricionales (18).

Puntualmente, en la comunidad Arhuaca ubicada en *Nabusímake* y *Yewruaen* la Sierra Nevada de Santa Marta, se desconoce con certeza el estado nutricional de los niños menores de 5 años y los determinantes sociales asociados del mismo.

En la actualidad alcanzar el crecimiento óptimo de los niños constituye una meta hacia la equidad social (19), marco en el que en el 2006 se publican los patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(20-22) que fueron adoptados por Colombia como estándar del estado nutricional (23,24).

**METODO:** El estudio tiene dos componentes: la valoración nutricional y la aplicación de la encuesta de Prácticas Saludables de la OPS (28) a cuidadores. La valoración nutricional se hizo con toma de peso (kg), talla (cm), perímetro cefálico (cm), sexo y edad (meses), realizado por un único examinador, respetando lineamientos de la legislación vigente (24). La encuesta de Prácticas Saludables se hizo desde una aproximación a las dimensiones de la seguridad alimentaria ajustada para la población participante mediante un estudio piloto.

## **SALUD INDÍGENA EN EL SIGLO XXI: PARÁSITOS INTESTINALES, DESNUTRICIÓN, ANEMIA Y CONDICIONES DE VIDA EN NIÑOS DEL RESGUARDO INDÍGENA CAÑAMOMO-LOMAPRIETA, CALDAS-COLOMBIA**

*Jaiberth Antonio Cardona-Arias\* Yennifer Rivera-Palomino\*\* Jaime Carmona-Fonseca\*\*\**

Cardona-Arias J, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonseca J. Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomapieta, Caldas-Colombia. MÉD.UIS. 2014;27(2):29-39.

**Introducción:** la desnutrición, el parasitismo intestinal y la anemia son graves problemas de salud, estos comparten factores de riesgo y se manifiesta en forma

conjunta, principalmente en grupos con condiciones de vida de alta vulnerabilidad como los niños indígenas. **Objetivo:** determinar la prevalencia de parasitismo intestinal, desnutrición y anemia, y su asociación con condiciones de vida, en niños emberá-chamí de Colombia. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo transversal y prospectivo con 184 niños. Se aplicó una encuesta sobre condiciones de vida y se realizaron mediciones antropométricas, hemograma, ferritina y parásitos intestinales por los métodos directo y de concentración formol-éter. Los datos se analizaron en SPSS 21, Anthro y Anthro plus, con frecuencias, medidas de resumen, chi cuadrado de Pearson, exacta de Fisher, U de Mann Whitney y t *Student*. **Resultados:** el 76% tienen viviendas con piso de cemento, 53% alcantarillado y 26% pozo séptico. El hacinamiento domiciliario afecta a 35% de las familias, la mediana de los ingresos monetarios familiares mensuales fue US\$ 133 (48% del salario mínimo mensual). Se halló ferropenia en 2%, anemia en 13%, desnutrición global o en riesgo de desarrollarla 17%, desnutrición crónica 8% y en riesgo de desnutrición crónica 21%. La prevalencia de parasitismo intestinal fue de 93,5%, la prevalencia de parásitos patógenos fue 83,4% siendo mayor en niños con desnutrición global y crónica, cefalea y con dolor abdominal. **Conclusiones:** este estudio contribuye a los objetivos plasmados en Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. El resguardo presenta altas prevalencias de parásitos intestinales, anemia y desnutrición y sus principales factores de riesgo, lo que evidencia la necesidad de mejorar programas de educación, atención en salud, control y seguimiento, dadas las graves consecuencias de estas infecciones y enfermedades en la salud individual y colectiva. (MÉD.UIS. 2014;27(2):29-39)

## **ENFERMERÍA PERSPECTIVAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y DE LOS INDÍGENAS AUSTRALIANOS ESTUDIANTES**

Leanne Hunt , Lucie Ramjan , Glenda McDonald , Jane Koch , David Baird ,

Los pueblos indígenas son la población más desfavorecidos dentro de Australia con las condiciones de vida comparables a los países en desarrollo. El programa de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Western Sydney ha incorporado la salud indígena en el programa de enseñanza de pregrado, con la expectativa de que los estudiantes a desarrollar una conciencia de los problemas de salud y de salud indígenas.

### Objetivo

Para profundizar en las percepciones de las personas indígenas y si las estrategias de enseñanza y aprendizaje del curso implementado mejores

estudiantes de los estudiantes los resultados de aprendizaje y actitud hacia las personas indígenas y la salud indígena en Australia.

## Diseño

Un diseño de métodos mixtos prospectivo encuesta fue elegido.

## Métodos

Los estudiantes matriculados en el tema de la salud indígena en 2013 fueron invitados a completar las encuestas previas y posteriores a sujetos que contenían preguntas cerradas y abiertas. Estudiantes de datos socio-demográficos se recogió al inicio del estudio, pero el 'Actitud hacia (ATIA) escala de los australianos indígenas y el Conocimiento 3 ítems, el interés y la confianza de enfermería pueblos indígenas australianos escala se administró a ambos antes y después de sujetos encuestas.

## Resultados

502 estudiantes completaron la encuesta de línea de base y 249 estudiantes completaron la encuesta de seguimiento. Hubo un cambio estadísticamente significativo de actitud hacia los indígenas australianos, medido por la escala ATIA y conocimiento de los participantes, con la intención de trabajar con los australianos y confianza indígenas en el cuidado de ellos aumentó significativamente durante el seguimiento. Basado en las respuestas de los participantes a preguntas abiertas-cuatro temas clave surgieron: a) la comprensión de la historia indígena, la cultura y la salud; b) el desarrollo de la competencia cultural; c) un mayor respeto por la cultura y las prácticas tradicionales indígenas australianos; y d) una mayor conciencia de las desventajas inherentes para los australianos indígenas en la educación y la sanidad. No hubo diferencias entre los grupos socio-demográficas estadísticamente significativas entre los que comentaron sobre temas clave.

## Conclusión

Abordar las desigualdades en salud para los aborígenes australianos es de suma importancia. Las enfermeras necesitan la conciencia cultural y la sensibilidad para ofrecer asistencia sanitaria culturalmente apropiada en Australia.

**sero prevalencia de *Rickettsia* sp. en indígenas Wayuü de la Guajira y Kankuamos del Cesar, Colombia Seroprevalence of *Rickettsia* sp. in indigenous Wayuü of La Guajira and Kankuamos of Cesar, Colombia**

Jully Ortiz, Jorge Miranda, Lisay Ortiz, Yolidy Navarro, Salim Mattar. Open Access funded by Asociación Colombiana de Infectología Under a Creative Commo.

Objetivo: Determinar la seroprevalencia de *Rickettsia* sp. del grupo de las fiebres manchadas en indígenas Wayuu (La Guajira) y Kankuamos (Cesar), Colombia.

Materiales y métodos: Entre agosto de 2012 y mayo de 2013 se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal donde se recolectaron sueros de indígenas Wayuü (n = 171) y Kankuamos (n = 167). Los sueros fueron analizados por IFI para *Rickettsia* sp.

Resultados: *La población Wayuü presentó una seroprevalencia del 11% y la Kankuama, del 32%. La mayor seropositividad se obtuvo en mujeres Wayuü (89%), siendo del 65% en Kankuamas. En ambas poblaciones las amas de casa fueron seropositivas en un 34% (25/73). De los seropositivos de la población Wayuü, el 58% (11/19) estaban distribuidos en barrios periféricos de Maicao y el 42% (8/19) en pequeños conglomerados rurales cercanos (rancherías). Los seropositivos de la población Kankuama se distribuyeron de la siguiente forma: 52% (28/54) en Atánquez, 32% (17/54) en Valledupar, 9% (5/54) en La Mina y 7% (4/54) en Pontón. La presencia de garrapatas en los Wayuü fue reportada en el 42%, y en los Kankuamos, en el 96%.*

*Conclusión: Este es el primer estudio de seroprevalencia de Rickettsia en poblaciones indígenas de los departamentos de La Guajira y el Cesar, que permitió demostrar la infección por Rickettsia sp., del grupo de las fiebres manchadas. Los resultados indican una alta sero prevalencia en la población Kankuama y moderada en la población Wayuü. Los datos pueden ser utilizados en los programas de vigilancia y control de síndromes febriles.*



## INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS BAJAS

Anne B. Chang, MBBS,FRACP,PhDa,b,c,d,, Christina C. Chang, MBBS,FRACPe, K. O 'Grady, PhDa, P.J. Torzillo, MBBS, FRACPF,g

### RESUMEN

La bronquiolitis y la neumonía suponen la mayor parte de la carga de las IRBA en niños pequeños. Estas enfermedades son indicadores de disparidades socioeconómicas y de salud persistentes entre niños indígenas y no indígenas en países desarrollados. EIVSR es el agente causal más frecuente de bronquiolitis, y S.pneumoniae y H.influenza es un agentes etiológicos importantes en la neumonía. La coinfección y los síndromes clínicos concomitantes son frecuentes en niños indígenas. La detección temprana, el diagnóstico y el manejo de estas enfermedades en los niños indígenas resultan decisivos para obtener mejores resultados y minimizarlas consecuencias de las bronquiectasias y otras enfermedades pulmonares crónicas.

La prevención de la repetición de infecciones debe ser una prioridad clínica y de salud pública. En las directrices de manejo resultan fundamentales el seguimiento continuo de la enfermedad y la revisión periódica, dada la preocupación cada vez mayor acerca de la resistencia a antibióticos y los cambios epidemiológicos de los patógenos, tanto viral como bacteriana. Ninguna medida para la reducción de la carga de enfermedad de los niños indígenas dará resultado si no se actúa también sobre los factores sociales, económicos y ambientales, determinantes clave de la salud infantil en esa población.

### **Perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas de las comunidades indígenas pertenecientes al Departamento de Casanare, Colombia.**

Martha Leonor Castillo Bohórquez., Ana Lucia Oliveros Rozo, Ana Isabel Mora Bautista, Jennifer Andrea Contador Alonso, Lesley Andrea Cortés Jaimes, Jeny Carolina Mora Acero.

1. Docentes investigadoras semillero ERITRON Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. 2. Estudiantes del programa de Bacteriología y Laboratorio Clínico de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Correspondencia: mlcastillo@unicolmayor.edu.co

Recibido: 07/06/2012 Aceptado: 18/10/2012

## Resumen

El propósito de esta investigación fue establecer el perfil de morbilidad infecciosa en la población indígena ubicada en el departamento de Casanare durante los años 2010 a marzo de 2012. Se utilizaron datos registrados por las instituciones encargadas de su atención y los recolectados por la Secretaría de Salud de Yopal, clasificándolos por resguardo: Caño Mochuelo, Chaparral Barro Negro y Orocué. Los resultados mostraron que las enfermedades de tipo infeccioso prevalentes en las comunidades indígenas estudiadas son: diarrea con 702 casos, infección de vías respiratorias 570 casos y parasitismo intestinal 187 casos.

Palabras clave: perfil de morbilidad, población indígena, enfermedad infecciosa, Casanare (Colombia).

## **Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena**

narváez h, nayip f. interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *cienc. enferm.* ; 18( 3 ): 17-24.

Este artículo pretende discutir y reflexionar en torno a la manera en la cual los servicios del sistema de salud inmersos en territorios con alta presencia de comunidades mapuche, se adecuan a la idiosincrasia cultural de esta población, abordando cuáles son las dificultades con que los servicios de salud se encuentran a la hora de ejercer la práctica de atención de salud en contextos pluriétnicos, en donde la salud es entendida de forma holística, llevando necesariamente a una visión epidemiológica distinta, incorporando las categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de la población de diferente cultura.

## **Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba**

Ramos Lafont, C. P. *Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

El presente estudio tuvo como objetivo describir las prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el resguardo Zenú ubicado en la sabana de Córdoba. Investigación de tipo de tipo cualitativo, etnográfico, método utilizado fue

la etno-enfermería propuesto por Leininger. Muestra compuesta por 10 gestantes indígenas, éstas fueron entrevistadas varias veces hasta lograr la saturación de datos; luego, se recolectaron y analizaron mediante entrevista y análisis etnográficos propuestos por Spradley. Resultados, se encontró cuatro dominios culturales y un tema cultural “acciones de cuidado y protección de la embarazada Zenú”. El estudio concluyó que la mujer Zenú tiene sus propios modos de cuidar su embarazo y proteger a su hijo por nacer y confían en los cuidados y la atención que les brindan las comadronas. De igual forma, el cuidado de enfermería que se ofrece a estas mujeres debe hacerse con base al conocimiento de la enfermería transcultural propuesto por Leininger.

**Palabras claves:** enfermería, etno-enfermería, cuidado, cuidado cultural, gestantes  
Indígenas.

## PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS GENÉTICOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LOS SISTEMAS UNIVERSAL E INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS.

Diana Rocío BERNAL CAMARGO\*\*

### RESUMEN:

Este artículo muestra el estado actual de la protección de los recursos genéticos de los pueblos indígenas en el contexto del derecho internacional de los derechos humanos. El análisis se justifica por cuanto la legislación internacional, regional e interna sobre el acceso a recursos genéticos de los pueblos indígenas es insuficiente, deficiente y en algunos casos nulos. La protección de los recursos genéticos en relación con los pueblos indígenas tiene connotaciones especiales acorde al sistema propio de derechos humanos de estos pueblos, de forma que se busca indagar si el derecho internacional de los derechos humanos toma en cuenta estas particularidades étnicas. En este sentido se hace una caracterización de los sistemas universal e interamericano en relación con los recursos genéticos para plantear las deficiencias y retos de estos sistemas.

### 4.1 MARCO NORMATIVO Y POLITICO

La Ley 691 de Septiembre 18 de 2001 y el Acuerdo 326 de 15 de Febrero de 2006 emitido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), tienen 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

Ley 359 de 2009 en la constitución política de Colombia establece en su artículo 7 "el estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana y en su artículo 13 estipula "todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismo derechos, libertades y oportunidad 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 adoptara medidas a favor de grupos discriminados o marginados"

Se estipula la protección para todas las comunidades indígenas establecidas y la equidad para todos aquellos que habitan en Colombia.

Ley estatutaria N 1751 16 de febrero del 2015 por medio de la cual regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Con los objetivos de regular los principios de los derechos y deberes de la salud para la población.

Es una ley que regula los derechos y deberes fundamentales de las personas y la administración de justicia en nuestro país. Esta facilitara que se mejore el acceso a los servicios de salud, se eliminen las autorizaciones para las atenciones de urgencias, se fortalezca el control de precios a los medicamentos y se avance más rápido en la incorporación de nuevas tecnologías.

Las determinaciones de la corte han mantenido énfasis en los aspectos deontológicos del derecho a la salud, en entrono al bienestar y la autonomía individuales que mantenga un equilibrio frente a la sociedad que poseen los recursos para responder las necesidades de salud de todos.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de salud Publica. Este plan incluye:



- Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación en salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
- Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, que se complementaran con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP, a los prestadores de servicios de salud – IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

Para ello se formulara y aprobara el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud – POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularan en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

## 4.2 MARCO CONCEPTUAL

**ENFERMEDAD:** es la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. La salud de una persona puede ser afectada por factores internos o externos

**CABILDO:** Corporación o grupo de personas integrado por un alcalde y varios concejales que se encarga de administrar y gobernar un municipio

**ETNIA:** Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural

**PRÁCTICAS CULTURALES:** acciones que movilizan saberes, valores, imaginarios, hábitos y actitudes de carácter colectivo que construyen comunidad.

**HABITOS ALIMENTICIOS:** patrón de alimentación que una persona sigue a diario, incluyendo preferencias alimentarias, influencia familiar y cultural.

**SANEAMIENTO:** Conjunto de obras, técnicas encaminados a establecer, mejorar o mantener las condiciones sanitarias de una población, etc.

**EDA:** Enfermedades diarreicas agudas se puede definir como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo

**IRA:** Padecimientos de infecciones de las vías respiratorias

**PPI:** poli parasitismo intestinal Son infecciones causadas por parásitos que se alojan principalmente en el sistema digestivo. Afectan principalmente a los niños, entre 1 y 5 años. Los más frecuentes son: Oxiurus, Ascaris, Giardias.

**TBC:** Una bacteria que puede afectar los pulmones, es contagiosa.

**DESNUTRICION:** enfermedad causada por una alimentación inapropiada.

**HIGIENE ORAL:** La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente.

Esto significa que:

- Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos
- Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental
- El mal aliento no es un problema constante

Si las encías duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental, o usted sufre de mal aliento persistente, visite a su dentista. Cualquiera de estas infecciones indica un problema.

**SALUD:** Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada.



- Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos.
- Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud.
- Es universal a través de todas las culturas aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

**CUIDADOS:** Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

**CUIDADOS CULTURALES:** son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

**PERSONA:** Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

**ENTORNO:** todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

**ETNOENFERMERIA:** Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

**DIVERSIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES:** Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

**UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES:** La similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas.

**JAIBANA:** autoridad de los embera encargado de controlar las fuerzas espirituales maléficas y benéficas.

**JAIBANISMO:** Es un tipo de chamanismo propio de los Embera

**DISIMILES:** Diferente, distinto.

**ACERVO:** Conjunto de bienes o valores morales o culturales que pertenecen a un grupo, región o país.



## 4.3 MARCO INSTITUCIONAL

### DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

#### ***Reseña histórica***

Después de un proceso de investigación, se constató que el Primer Puesto de Salud en Obando Valle fue fundado en 1946 bajo el Decreto Departamental acto administrativo No. 1080 de Octubre 6 de 1948. Funcionó entonces en la llamada Casa de la Nación y fue dirigido por el Doctor Cecilio Alberto Delgado, acompañado de la ayudante de enfermería María del Franco. Los servicios que se prestaban eran de consulta externa. Posteriormente fue trasladado a la Calle 4ª No. 2-70 donde se prestaron otros servicios adicionales. A principios de los años sesenta, fue trasladado a la calle 6ª No. 2-90 donde funciona actualmente el Hospital Local de Obando.

Se creó como una Entidad de Derecho Público por Resolución 2273 de Febrero 24 de 1968. El 24 de septiembre de 1973 mediante Resolución No. 3551 se le reconoce Personería Jurídica al Centro Hospital de Obando, dirigido en ese entonces por el Doctor Rafael Clemow, como una Entidad sin ánimo de lucro, destinada a proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa, proyectando sus servicios a la familia y a toda la comunidad, de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Pública y Plan de Salud del Departamento.

El 1 de marzo de 1994 mediante el Acuerdo No. 035 se convierte en Empresa Social del Estado, correspondiente al primer nivel de atención ajustándose a la nueva Constitución Política y a la Ley 60 de 1993, adoptando como estamento superior la Junta Directiva y como Representante Legal al Gerente.

#### ***Misión***

“Somos una Empresa Social del Estado que contribuye al mantenimiento de la salud y de la integridad humana, dignificando la vida a través de servicios de salud de óptima calidad, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad dentro del primer nivel de atención. Contamos con excelentes recursos humanos, físicos y tecnológicos que nos permiten trabajar en procesos de mejoramiento continuo, con el fin de prestar cada vez un mejor servicio.”

#### ***Visión***

Ser una entidad altamente competitiva en el mercado de los servicios de la salud, brindando a nuestros usuarios unas respuestas oportunas, eficaces y acordes a sus necesidades de salud, actuando como una organización autónoma, con

arraigados intereses sociales y comunitarios, y maximizando la productividad y rentabilidad social y económica.

### ***Valores institucionales***

**Honestidad:** Las acciones, expresiones y en general todas las actuaciones públicas o privadas de los funcionarios al servicio del Hospital Local Obando E.S.E deben estar precedidas por el manejo recto del patrimonio de la institución.

**Respeto:** El Hospital reconoce la libertad de pensamiento y trabaja para lograr el fortalecimiento y mejoramiento continuo de sus competencias y obligaciones. No está sujeto a discusión ni son permisibles por ningún motivo las desviaciones en cuanto a buen trato hacia los usuarios, entre los colaboradores de proceso y en horas de mantener un excelente clima laboral no se promueven relaciones de extrema confianza y/o de poca cordialidad.

**Compromiso:** El Hospital Local Obando como ente público al servicio de la comunidad asume su función de cumplir con los programas y proyectos orientados a satisfacer las necesidades de la comunidad en el desarrollo de sus planes o programas.

**Solidaridad:** El Hospital Local Obando se apoyará mutuamente en las dificultades, las causas y los proyectos de la comunidad. Los funcionarios del hospital tendrán siempre disposición solidaria con todos los usuarios de la entidad.

**Probidad:** Todo servidor público del hospital debe destinar su capacidad hacia la buena atención de las necesidades en salud de la población en los diferentes sectores que la conforman, en igualdad de condiciones.

### ***Principios institucionales***

**Servicio:** El Hospital Local Obando E.S.E orienta sus objetivos, metas y programas a través de los procesos y proyectos a brindar una respuesta adecuada y efectiva a las demandas y necesidades presentadas por la comunidad.

**Transparencia:** En todas las actuaciones de los funcionarios del hospital se hace evidente la claridad y nitidez, mediante la divulgación abierta de una información veraz sobre los procesos que se desarrollan internamente. La conducta de todos los servidores públicos del hospital debe ser clara, sin dudas ni ambigüedades, abierta a su observancia por parte de todos los grupos con quienes interactúan.

**Eficiencia:** Es la facultad de lograr lo propuesto prestando los servicios al menor costo. Capacidad de acción para lograr un propósito con el menor uso de energía o recursos.

### **Portafolio de Servicios**

El Hospital Local de Obando E.S.E en la actualidad presta los siguientes servicios a toda la comunidad:

- Consulta médica general
- Urgencias
- Hospitalización
- Odontología
- Laboratorio clínico
- Citologías
- Atención de parto
- Psicología
- Monitoreo fetal
- Incubadora
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### **Manual de Calidad**

La estructura del presente Manual de Calidad PEQA-M-02 se encuentra dividida en ocho capítulos; los tres primeros son introductorios, los numerales 1, 2, 2.1 describen su objetivo, alcance y sus exclusiones debidamente justificadas y, del capítulo cuatro a ocho se describen la manera de cómo se da cumplimiento a los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

Para la elaboración, revisión, aprobación, modificación y divulgación del Manual de Calidad del Hospital Local de Obando E.S.E, se aplica lo estipulado en el Procedimiento de Control de Documentos y Registros PEQA-P-01 y la documentación de la descripción e interacción de los procesos, se encuentra disponible en las carpetas de los diferentes procesos. Ver Listado Maestro de Documentos PEQA-O-03.

### ***Control de los documentos***

El procedimiento de Control de Documentos y Registros PEQA-P-01 definido para la institución establece la metodología desde la elaboración de la documentación hasta la aprobación, distribución y difusión de la misma, determina el manejo que se le dará a los documentos que afecten el Sistema Integrado de Gestión de Calidad con el fin de garantizar su adecuada planificación, control y prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos.

Los documentos que afectan la conformidad del Sistema Integrado de Gestión de Calidad pueden ser elaborados por la persona que los necesite, deberán ser revisados por el líder del proceso y/o el responsable del área de Aseguramiento de la Calidad y su aprobación deberá darla el líder del proceso, el gerente, el representante de la gerencia o la junta directiva si es el caso y, en caso de requerirse una modificación o inclusión de un nuevo documento se ejecutará a través de la Solicitud de Elaboración o Modificación Documental PEQA-F-05 conforme al procedimiento de Control de Documentos y Registros PEQA-P-01.

El Coordinador de Calidad debe asegurarse de que las versiones de los documentos consignados en todo el SIGC permanecen disponibles y actualizadas según el desempeño y necesidades de cada proceso, previniendo siempre el uso no intencionado de documentación obsoleta, para ello es preciso mantener vigente el Listado Maestro de Documentos PEQA-O-03.

### ***Control de los registros***

El Procedimiento de Control de Documentos y Registros PEQA-P-01 define los parámetros necesarios para el almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de retención y disposición final de los registros generados por cada área, cada uno de estos evidencia el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y su aplicación deberá ejecutarse según lo descrito en el documento de modo que se garantice permanentemente su legibilidad, identificación y recuperación.

## **RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION**

### ***Compromiso de la dirección***

El Hospital Local de Obando E.S.E da cumplimiento a este numeral de la norma a través de la ejecución de actividades y proyectos que permite la alta gerencia de la institución, poniendo siempre por delante la satisfacción de las necesidades de los usuarios, a través del enfoque de procesos y en concordancia con el Sistema Integrado de Gestión de Calidad.

El Sistema Integrado de Gestión de la Calidad cuenta con una Política y Objetivos de Calidad diseñados por la alta gerencia con el apoyo del comité de calidad (Ver numerales 5.3 y 5.4.1); esto con el fin de que el compromiso con el SIGC no sea

sólo de la alta gerencia sino que incluya además a todos los líderes de los procesos que interactúan en la prestación de los servicios de salud.

El compromiso de la alta gerencia se evidencia principalmente en:

- La divulgación de la Política y Objetivos de Calidad a través de conferencias, folletos, boletines, inducciones y demás.
- Las revisiones periódicas del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.
- La planificación de la metodología para el tratamiento de los cambios que puedan afectar la conformidad y mejoramiento continuo del SIGC.
- El cumplimiento de las leyes que a la le competen a la organización.
- El mejoramiento continuo de los procesos. Ver numeral 8 del presente documento.
- La disponibilidad de recursos financieros y el buen manejo de los mismos. Ver resultados de Informe de Auditoría Gubernamental realizado por Contraloría Departamental del Valle del Cauca.
- El proyecto de mejoramiento de infraestructura. (Construcción de una nueva y mejor planta física).
- La aprobación y divulgación de los procedimientos mandatorios de la Norma ISO 9001:2008.

## **POLÍTICA DE CALIDAD**

Los procesos de Planeación Estratégica se comprometen formalmente con el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad a través de la siguiente Política de Calidad, la cual declara el propósito del Hospital Local de Obando, busca asegurar el cumplimiento de los requisitos de los usuarios y el mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

### ***Política de Calidad Hospital Local de Obando E.S.E:***

“En el hospital Local de Obando E.S.E ponemos a disposición de nuestros usuarios, una infraestructura adecuada y personal altamente calificado para la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, orientados en la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad brindando una atención oportuna y de calidad garantizando la confidencialidad, eficacia y eficiencia para el mejoramiento continuo de nuestros procesos, contribuyendo de esta forma al desarrollo y bienestar de la comunidad y trabajando permanentemente para lograr la satisfacción del usuario bajo directrices de seguridad del paciente.

Para ello contamos con un direccionamiento estratégico que se fomenta a través de la cultura organizacional, equilibrio financiero y un excelente ambiente de

trabajo fundamentales para el trabajo basado en el compromiso y la solidaridad en los servicios que prestamos a la población objetivo como entidad de primer nivel de atención”.

## **Planificación**

### ***Objetivos de Calidad.***

En el marco de referencia de la Política de Calidad institucional, Ver numeral 5.3 del presente documento, la planeación estratégica del Hospital Local de Obando determina los siguientes objetivos de calidad con el ánimo de implementar, mantener y mejorar continuamente el Sistema Integrado de Gestión de Calidad:

- Garantizar el adecuado estado de los equipos e infraestructura
- Contar con personal competente para la prestación de los servicios de salud
- Garantizar una atención oportuna a nuestros usuarios
- Velar por la confidencialidad de la información generada en la institución
- Satisfacer los requerimientos en salud de la población del municipio, a través de la adecuación continua de los servicios prestados.
- Fomentar el fortalecimiento de la cultura organizacional, a través del desarrollo adecuado del direccionamiento estratégico y la gestión gerencial
- Evidenciar el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en la institución
- Mejorar continuamente el ambiente de trabajo y clima organizacional al interior de la entidad
- Mantener la población contributiva y con capacidad de pago como clientes de nuestros servicios de salud, e incrementar la demanda a través de estrategias de mercadeo
- Prestar servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan las normas de calidad establecidas, de acuerdo a la reglamentación expedida para tal propósito.
- Garantizar mediante manejo gerencial, la rentabilidad social y financiera de la empresa.

### ***Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.***

Fundamentalmente la E.S.E Hospital Local de Obando ha definido formalmente el Procedimiento de Planificación de Cambios PEMO-P-01 para asegurarse de que se establece la metodología para la planeación y control de cambios que puedan

afectar a la institución, manteniendo la integridad del Sistema integrado de Gestión de Calidad.

Se ha definido como estrategia de planificación del SIGC la estandarización de todos los procesos involucrados en el sistema, a través de las diferentes caracterizaciones de procesos, Ver Listado Maestro de Documentos PEQA-O-03, los procedimientos formales de inducción y re-inducción de personal GRTH-P-03, Seguimiento y evaluación a personal en entrenamiento GRTH-P-02 y, el Manual Funciones GRTH-M-02 para mantener con ello la integridad del SIGC cuando se presenten cambios o movimientos de personal.

Adicionalmente se cuenta con el documento Despliegue de objetivos por Directriz PEQA-O-05, que contiene la siguiente información: Directriz de la política de la calidad, Objetivos específicos por directriz, metas, indicadores de gestión, fórmula de cálculo, frecuencia de medición, fuente de información, responsable de la medición y proceso al que pertenece cada objetivo.

El contenido de este Manual, los procedimientos mandatorios de la Norma ISO 9001:2008, los demás documentos requeridos por la institución para asegurar la estandarización de los procedimientos que se realizan así como los registros que genera todo el SIGC hacen parte de la planificación de este y, su control y actualización se realiza según lo establecido en el numeral 4.2.3 del presente manual. Ver Procedimiento de Control de Documentos y Registros PEQA-P-01.

### ***Responsabilidad, Autoridad y Comunicación***

En este capítulo se establece y documenta la responsabilidad y la autoridad de los funcionarios de la institución para planear, conducir, aplicar y verificar el trabajo que afecte la calidad del SIGC.

La estructura orgánica de la institución, actualmente está conformada por cuatro grupos de procesos como se indica en el Mapa de Procesos institucional PEQA-O-02: Estratégicos, Misionales, De Apoyo y de Evaluación y Control. Los rangos de autoridad y responsabilidades se encuentran definidos para el personal de planta en el Manual de Funciones GRTH-M-02 y en lo referente a los Canales de Comunicación Interna, la gerencia ha definido formalmente los procedimientos y documentos pertinentes, Ver numeral 5.5.3 del presente Manual.

### ***Responsabilidad y Autoridad***

La definición de las responsabilidades y de los niveles de autoridad está debidamente documentada para el personal de planta en el Manual de Funciones GRTH-M-02 diseñado para cada uno de los cargos de la E.S.E Hospital Local de Obando; adicionalmente la institución cuenta con el documento Reglamento Interno de Trabajo PEMO-O-07, en el cual se establecen responsabilidades y obligaciones de la institución y del personal que labora en ella.

### ***Representante de la dirección.***

El Hospital Local de Obando E.S.E, ha definido como Representante de la dirección, al Subgerente Administrativo, quien es el responsable de velar por el cumplimiento de todas las actividades definidas en este manual y en los distintos documentos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, con el fin de asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios su mejora continua, de informar a la junta directiva de cualquier necesidad de mejora y de asegurarse de que se promueva en toda la organización el enfoque en el cliente para la satisfacción de sus necesidades. (Ver acta de nombramiento del representante por la dirección)

### ***Comunicación interna***

El Hospital Local de Obando E.S.E dispone de la infraestructura de comunicación necesaria para asegurar la eficacia del Sistema de Comunicación, cuenta con red interna de trabajo para todos los computadores de cada área, correos electrónicos institucionales, Ver Instructivo de Manejo de Correo GRIN-I-01, planta telefónica que permite la comunicación entre áreas a través de la marcación de las respectivas extensiones, los registros que permiten la comunicación escrita interna y externamente, Comunicaciones Internas GRIN-F-37 y de Comunicaciones Externas GRIN-F-38, así como un procedimiento de Divulgación de Información y Contenidos GRIN-P-08, el cual define formalmente las actividades que deben ejecutarse para la comunicación de información desde la gerencia.

Adicionalmente las reuniones periódicas de los diferentes comités constituyen un elemento importante en el cumplimiento de este requisito de la norma, pues es durante estas reuniones donde se comunican y retroalimentan, con el personal involucrado directamente los aspectos que impactan en el desempeño de los procesos.

## **GESTIÓN DE RECURSOS**

### ***Provisión de recursos***

El Hospital Local de Obando E.S.E garantiza la provisión de los recursos necesarios para la implementación y adecuación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad a través de los procesos de apoyo Adquisición de Bienes y Servicios, Gestión del Talento Humano y Gestión del Ambiente Físico, mediante la estandarización de los procedimientos de compras GRAD-P-01, Manual de Contratación GRAD-M-01, Selección y Evaluación de proveedores GRAD-P-02, Mantenimiento de equipos biomédicos GRFI-P-03 asegurando la disponibilidad permanente de los recursos para la óptima ejecución de los procesos.



## Recursos Humanos

### **Generalidades**

La alta gerencia y los líderes de áreas identifican las necesidades de talento humano en la organización por medio del análisis y seguimiento al desempeño de los procesos, de la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas para desarrollar las labores necesarias y de forma tal que su vinculación represente un mejor servicio para los usuarios, contribuyendo del mismo modo, al mejoramiento continuo del SIGC de la E.S.E Hospital Local de Obando.

### **Competencia, toma de conciencia y formación.**

En lo referente a la contratación del personal de planta, se apoya en lo descrito en el Manual de Contratación GRAD-M-01 y en la normatividad legal vigente. Para el personal contratado por cooperativa, la Asociación Gremial Integración en Salud "Asoinsalud" de la ciudad de Cartago ha definido acorde a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 su propio procedimiento de Selección y Vinculación de Personal. Ver Carpeta Documentos Externos Gestión del Talento Humano.

El Hospital Local de Obando ha definido las competencias necesarias para el personal de planta en el documento Manual de Funciones GRTH-M-02, el método de evaluación a través del procedimiento Evaluación de Personal GRTH-P-07 y en el registro Diagnóstico de competencias GRTH-F-09. Igualmente, para la adquisición y/o fortalecimiento de las competencias requeridas se ha diseñado el documento Capacitación y Formación GRTHP-04, el cual define las actividades necesarias para lograr que el personal logre las competencias y habilidades específicas para garantizar la conformidad en la ejecución de los procesos; para la elaboración del Programa anual de Capacitaciones y Formaciones se toma como apoyo los resultados del diagnóstico de necesidades de capacitación GRTH-F-04.

Adicionalmente para asegurar que el personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo éstas contribuyen al logro de los objetivos de la calidad, se ha definido el procedimiento de Inducción y Re-inducción de personal GRTHP-03, aplicable para todo el personal de la institución, en el cual se comunican aspectos fundamentales del Direccionamiento Estratégico, de la entidad, del sector público y aquellos que son claves y precisos para las labores en el puesto de trabajo.

### **Infraestructura**

El Hospital Local de Obando E.S.E cuenta con la infraestructura física apropiada para la óptima prestación del servicio, cumpliendo con los requisitos de habilitación para cada uno de los servicios asistenciales. Cada puesto de trabajo se encuentra dotado de la infraestructura necesaria (Muebles y enseres de oficina, papelería, equipos e instrumental biomédico (cuando aplique)), entre otros para desarrollar plenamente todas las actividades.

De acuerdo con la caracterización del proceso de Gestión del ambiente Físico GRFI-O-02 se garantiza el normal y continuo funcionamiento de todos los equipos necesarios para la prestación del servicio o que afecten el SIGC, Mantenimiento de equipos biomédicos GRFI-P-03, y, para lo que respecta a las deficiencias identificadas en la planta física (relacionadas en su totalidad con grietas y averías provocadas por movimientos telúricos), se cuenta con el proyecto aprobado y el presupuesto disponible para la construcción de una nueva planta.

La disponibilidad y actualización de los sistemas de información constituyen otro factor clave para el cumplimiento del presente requisito de la norma, la institución mantiene la vigencia y verifica el cumplimiento oportuno del contrato para garantizar el funcionamiento eficaz del Sistema de Información Hospivisual de CADISOFT y el paquete financiero AWA.

### ***Ambiente y trabajo***

La institución proporciona permanentemente a los funcionarios y a sus usuarios un ambiente de trabajo óptimo, el cual permite que los servicios se lleven a cabo cumpliendo con los requisitos necesarios para ello; se cuenta con el documento Manual de Bioseguridad GRFI-M-01 con el ánimo de que la adherencia a este prevenga accidentes laborales por uso y manipulación de elementos que representen un riesgo y/o comprometan la salud del personal.

Dando cumplimiento a los requisitos legales existentes, el Comité Paritario de Salud Ocupacional y el Comité de Gestión Ambiental se encuentran vigentes y cuentan con el personal competente para la ejecución de sus funciones; sus actividades se apoyan continuamente en la Administradora de Riesgos Laborales e igualmente su funcionamiento se ampara en el marco del Sistema Integrado de Gestión de Calidad para dar cumplimiento a los objetivos y política de calidad.

## **PRESTACION DEL SERVICIO**

### ***Planificación de la prestación del servicio***

Para la planificación de los servicios, la institución parte de la elaboración del plan de gestión, el cual se realiza para cada periodo gerencial y/o cambio de administración municipal; dentro del SIGC se encuentra incluido el documento Plan de Gestión 20122015 PEMO-O-10 y Matriz de Metas Plan de Gestión 2012-2015 PEMO-O-09, en los cuales por cada componente medular de la administración se han definido las metas, indicadores y actividades necesarias de cada subprograma específico.

Comprometidos con el aseguramiento de la calidad de los procesos para la satisfacción de las necesidades de los usuarios, la institución realiza anualmente al comienzo del año un comité de calidad para la socialización, ajuste y aprobación de los Planes Operativos de Anuales de cada proceso, documento que define formalmente las líneas de acción, objetivos y estrategias para el alcance de

metas trazadas con dichos objetivos, y al cual se le hará seguimiento durante todo el año para verificación de cumplimiento de metas, Ver PEMO-F-01.

Así mismo, el documento Despliegue de Objetivos por Directriz PEQA-O-05 proporciona todo el conjunto de indicadores y metas que maneja cada proceso clasificados según el objetivo de calidad con el que contribuyen. (Ver numeral 5.4.1 del presente manual Objetivos de Calidad).

El contenido de este Manual, los procedimientos documentados requeridos por la Norma ISO 9001:2008 y los procedimientos, instructivos, manuales, protocolos y demás necesarios para la prestación del servicio, también dan cumplimiento a los requisitos que establece este numeral. Ver Listado Maestro de Documentos PEQA-O-03.

Las actividades de verificación y seguimiento para garantizar los resultados de los procesos se encuentran descritas en cada caracterización de proceso, Ver Listado Maestro de Documentos PEQA-O-03; igualmente, los registros que proporcionan evidencia de la prestación del servicio y en general de la ejecución de todos los procesos, se presentan en el Listado Maestro de Registros PEQA-O-04.

## **Producción y prestación del servicio**

### ***Control de la prestación del servicio***

Todos los procesos de la institución planifican sus actividades según lo indicado en el numeral 7.1 del presente manual, de igual manera cada uno cuenta con toda la documentación de instrucciones específicas de trabajo para garantizar la calidad en los procedimientos y actividades que realizan, Ver Listado Maestro de Documentos PEQA-O03; por otra parte, cada Plan Operativo anual y cada caracterización de proceso definen los indicadores necesarios medir, controlar y asegurar el alcance de las metas propuestas; el documento Ficha Técnica de indicadores PEQA-F-06 permite profundizar aún más en lo referente a los resultados de la medición de los procesos, a través del análisis del comportamiento de las variables en los periodos de tiempo registrados, Ver Carpeta Aseguramiento de la Calidad: Indicadores por proceso.

### ***Validación de los procesos de la prestación del servicio.***

La evolución del tratamiento aplicado no forma parte de la validación pues esta depende de la reacción del organismo de cada individuo, sin embargo los servicios ofrecidos por el Hospital Local de Obando pueden ser evaluados al momento de su aplicación a través del seguimiento in situ, verificando que la aplicación del tratamiento tenga adherencia a las guías, protocolos y procedimientos de atención establecidos, Ver Listado Maestro de Documentos PEQA-O-03; así mismo, la institución ha definido dentro del SIGC el Manual de seguridad del paciente PEQA-

M-01 con el fin de asegurar que el diseño de los procesos y las directrices institucionales están encaminadas a gestionar de forma segura la atención en salud, a disminuir no conformidades potenciales y a prevenir la ocurrencia de eventos adversos a través de metodologías científicamente probadas.

La evidencia del tratamiento aplicado queda consignada en la historia clínica del paciente y en su respectivo registro de evolución; el manejo y custodia de esta se realiza en el marco de la normatividad legal vigente y del documento institucional Manual de Archivo de Historias Clínicas GRIN-M-03.

### ***Identificación y trazabilidad.***

La identificación y trazabilidad de los servicios asistenciales de la institución se realiza a través del manejo y control de las historias clínicas, pues en ellas es en donde se mantiene los registros derivados de tratamientos aplicados y su evolución, ver Manual de Archivo de Historias Clínicas GRIN-M-03; es importante resaltar que en la actualidad el hospital cuenta con la aplicación informática para la creación y gestión de historias clínicas de forma digital, por lo tanto la aplicabilidad del manual abarca el manejo de estas cuando aún se encuentran en medio físico.

Por otra parte aplica la identificación y trazabilidad a los medicamentos utilizados por la organización para la aplicación de tratamientos a los pacientes. Dando cumplimiento a este requisito de la norma, se refieren los documentos Manual de procedimientos de Farmacia AUCO-M-01 y Procedimiento de Compras GRAD-P-01, en los cuales se describe el proceso de compra, almacenamiento, distribución, conservación, seguimiento y control de los medicamentos e insumos médicos.

Adicionalmente, la trazabilidad de los registros de la organización está definida en el Listado Maestro de Registros PEQA-O-04 en donde se indica el lugar de almacenamiento de los registros, el responsable de diligenciarlos, el tiempo de retención, la forma de almacenamiento y la disposición final de estos una vez ha finalizado el tiempo de retención.

### ***Propiedad del cliente.***

La E.S.E Hospital Local de Obando garantiza la protección a la propiedad física e intelectual de los usuarios a través de:

- Equipo de seguridad y vigilancia permanente.
- Cámaras de seguridad ubicadas en sitios estratégicos de toda la planta física.
- Cadena de custodia de la historia clínica descrita en el Manual de Archivo de Historias Clínicas GRIN-M-03 y en el numeral 2.1.2 del Manual de Procedimientos de Enfermería AUSH-M-04, en el cual se definen los criterios fundamentales sobre las características de manejo y confidencialidad del documento.

### **Preservación del Producto.**

La institución da cumplimiento a este requisito de la norma a través de la identificación, manipulación, almacenamiento y protección de los medicamentos e insumos médicos descritos en el Manual de Procedimientos de Farmacia AUCCO-M-02 y el Procedimiento de Manejo de Medicamentos de Control Especial AUCCO-P-XXX; se garantiza permanentemente el control de las condiciones de temperatura y humedad en el área de farmacia (Min 2°C-Max 8°C) a través del adecuado funcionamiento del equipo termo higrómetro, el cual está incluido en el programa de mantenimiento preventivo; el regente de farmacia y todo el personal a su cargo son responsables de la continua verificación de las condiciones físicas de la farmacia; la rotación de los medicamentos para evitar su vencimiento y el proceso de fármaco vigilancia se describen en el Manual de procedimientos de farmacia AUCCO-M-02.

### **Control de los equipos de seguimiento y de medición**

Este requisito de norma es documentado y controlado de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Mantenimiento de equipos biomédicos GRFI-P-03, la institución asegura la vigencia del contrato de mantenimiento con el personal idóneo tanto en experiencia como en confiabilidad de los equipos con los cuales se realiza la calibración para los equipos biomédicos del hospital; el contratista es responsable de garantizar la calibración de los equipos de su propiedad frente a patrones de medición estándares.

Se mantiene el registro Hoja de Vida de Equipos Biomédicos GRFI-F-18 con el ánimo de ejecutar recopilar información técnica de los equipos y determinar el cronograma de mantenimiento preventivo; cuando es necesario realizar mantenimiento correctivo cada coordinador de área, solicita la ejecución de mantenimiento correctivo, por medio del formato Solicitud de Mantenimiento GRFI-F-26, el contratista, ejecuta el mantenimiento correctivo en un periodo no superior a 3 días después de realizada la solicitud, explicando al responsable las generalidades del daño, dejando evidencia de la corrección o actividades pendientes en el formato, una vez realizada la corrección se verifica la funcionalidad del equipo con presencia del responsable; el contratista entrega un reporte de servicio con la descripción de los trabajos realizados, firmado por el coordinador del área, dicho reporte se archiva en la hoja de vida del equipo GRFI-F-18.

### **Seguimiento y medición de los procesos**

En las diferentes caracterizaciones de proceso se han definido los Indicadores de gestión para el control de los mismos y la profundización en este tema se realiza

mediante el documento Ficha Técnica de Indicadores PEQA-F-05, además de los controles establecidos en el numeral 7.5 del presente Manual.

### **Seguimiento y medición del servicio**

En las diferentes caracterizaciones de los procesos de la institución y en los Planes Operativos de cada uno, se han definido indicadores de Gestión por medio de los cuales medirán el cumplimiento de los requisitos asociados al servicio, cuando esto sea apropiado. El registro de la medición de estos quedará consignado en el formato Ficha Técnica de Indicadores PEQA-F-05.

### **Control del producto no conforme**

resultados de la revisión por la dirección; el Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la institución es transversal a todos los procesos y está abierto a toda acción proactiva que surja desde cada uno en pro del mejoramiento continuo del mismo para garantizar antes que nada la satisfacción de los usuarios mediante el mejoramiento de su salud, la promoción-educación sobre hábitos de vida saludables y la prevención de enfermedades y situaciones que pongan en peligro su integridad; todas las acciones que surjan para el mejoramiento del SIGC deberán ser registradas en el documento Plan de Mejoramiento PEQA-F-03 y al igual que para las acciones correctivas y preventivas, deberá realizarse seguimiento y comprobación de su eficacia.

### **Acción correctiva**

El Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la institución dispone del Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas PEQA-P-03 en el cual se muestran los pasos a seguir en la revisión y determinación de no conformidades y, la implementación, registro y revisión de las acciones tomadas a través del documento Plan de Mejoramiento PEQA-F03, con el fin de eliminar la causa de la misma.

Para el análisis de causas de las no conformidades reales debe hacerse uso del documento Instructivo de Análisis de Causas PEQA-I-01 y deben tomarse en cuenta las quejas presentadas por los usuarios, los incumplimientos a la normatividad legal y/o la Norma ISO 9001:2008, y todas aquellas desviaciones en el curso natural del proceso que comprometan la calidad de los procedimientos de atención en salud y la seguridad del paciente, dicho análisis debe permitir la elaboración del plan de acción acorde para la eliminación de la no conformidad; el área de aseguramiento de la calidad es responsable de realizar seguimiento al estado de las acciones programadas y de verificar la eficacia del plan de acción, en caso de que no se logre conformidad con los resultados obtenidos será necesaria la elaboración de un nuevo plan de mejoramiento.

Todo documento del SIGC del Hospital Local de Obando, que se vea afectado por la acción tomada para solucionar la no conformidad en un servicio, se debe

modificar de acuerdo con Procedimiento de Control de Documentos y Registros PEQA-P-01.

### **Acción preventiva**

El Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la institución dispone del Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas PEQA-P-03 en el cual se muestran los pasos a seguir en la revisión y determinación de no conformidades potenciales y, la implementación, registro y revisión de las acciones tomadas a través del documento Plan de Mejoramiento PEQA-F-03, con el fin de prevenir la ocurrencia de una no conformidad.

Para el análisis de causas de las no conformidades potenciales debe hacerse uso del documento Instructivo de Análisis de Causas PEQA-I-01 y deben tomarse en cuenta todos aquellos factores o situaciones que representen un riesgo para la ejecución normal de los procesos y que por ende, comprometan la calidad de los procedimientos de atención en salud y la seguridad del paciente, dicho análisis debe permitir la elaboración del plan de acción acorde para prevención de la no conformidad; el área de aseguramiento de la calidad es responsable de realizar seguimiento al estado de las acciones programadas y de verificar la eficacia del plan de acción, en caso de que no se logre conformidad con los resultados obtenidos será necesaria la elaboración de un nuevo plan de mejoramiento.

Todo documento del SIGC del Hospital Local de Obando, que se vea afectado por la acción tomada para solucionar la no conformidad en un servicio, se debe modificar de acuerdo con Procedimiento de Control de Documentos y Registros PEQA-P-01.

## **4.4 MARCO TEÓRICO**

Esta investigación validará los conceptos teóricos propuestos en la teoría de enfermería transcultural de MADELEINE LEININGER, quien fue la primera en definir los cuidados de enfermería transculturales

Uno de los supuestos que MADELEINE LEININGER son:

- Los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio para saber, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros y de este modo, guiar la práctica de estos.
- Los cuidados enfermeros basados en la cultura que son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyen al bienestar de las personas, familias, grupos y o unidades dentro del entorno y de sus contextos

- Los cuidados enfermeros coherentes con la cultura y beneficiosos solo se dan cuando la enfermera tiene conocimiento y hace uso adecuada y coherentemente de los valores, expresiones y modelos.

La enfermería transcultural se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta.

Con esta teoría se pretende mejorar las prácticas que hacen incidir las enfermedades de la comunidad Embera Chami, sin dejar de lado sus valores culturales y creencias con el fin de proporcionar un cuidado culturalmente competente.

Estos individuos poseen su propia base de conocimientos y comportamientos de auto cuidado, los cuales pueden ser correctos o incorrectos dependiendo de la repercusión en su salud. Tratar de cambiar esos hábitos no es fácil, puesto que es una costumbre transmitida de generación en generación.

Lograr que la comunidad Embera reconozcan sus costumbres poco saludables, sin atropellar su cultura ni imponer los cambios, se debe partir desde la comprensión de su entorno para así iniciar la transformación, negociación las paticas culturales con la manera adecuada de sus cuidados.

Desde las disciplinas es preciso decir que el modelo teórico transcultural de Madeleine nos dice que el fondo cultural del individuo comprende primordialmente sus normas internas de comportamiento y los valores o actitudes compartidos con su comunidad. Es por tal razón que actúan de acuerdo a sus costumbres e influencias por el largo tiempo de vida.

Investigar esta comunidad indígena de los Embera ha resultado complejo para el grupo de investigación porque se ha encontrado muy poca información, por lo cual nos hemos interesado mas en investigar sobre ellos, y de esta manera poder identificar la incidencia de las enfermedades más frecuentes en la comunidad Embera Chami.

A continuación se ofrece una descripción breve de la teoría encaminada a los asuntos culturales en el cuidado de enfermería: la Teoría de la Diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales.

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, el 13 de junio de 1925 e inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St Anthony, en Denver. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería, obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social. La cultura, el cuidado y sus complejas dimensiones han sido abordadas por diversos estudiosos entre los que



M. Leininger ha marcado la pauta en la indagación y comprensión de estas cuestiones, mediante el desarrollo de la enfermería transcultural y el constructo cuidado cultural, entendido como los valores culturales populares, creencias y patrones de estilos de vida aprendidos y transmitidos, que son utilizados para asistir, facilitar o empoderar a otra persona o grupo para mantener su bienestar o salud, o mejorar su condición humana o estilo de vida (Leininger & McFarland, 2002). La enfermería transcultural desarrollada por Leininger (2002), se ha conceptualizado como un área de estudio y práctica enfocada en las diferencias y similitudes de las creencias, valores y patrones de estilos de vida en el cuidado humano, con el objeto de brindar una atención en salud culturalmente congruente, significativa y beneficiosa para las personas. Son varios los propósitos de la enfermería transcultural, algunos se enfocan hacia la promoción y mantenimiento de las necesidades de cuidado cultural en los seres humanos; Para Leininger es necesario, preparar a las enfermeras para que sean conocedoras, sensibles, competentes y, particularmente, seguras en el cuidado que le brindan a las personas con estilos de vida, valores, creencias y prácticas similares o diferentes, de manera significativa y beneficiosa. Otro de los propósitos de Madeleine de la enfermería transcultural es la realización de un cuidado de enfermería culturalmente congruente y competente. Este concepto se refiere a la utilización sensible, creativa y significativa de prácticas de cuidado que encajen con los valores generales, creencias y visiones del mundo de los pacientes para un cuidado de salud beneficioso o satisfactorio que les ayude con las dificultades de la vida, las discapacidades o en la muerte. De modo que, la intención nuclear de la enfermería transcultural es la provisión a las personas de culturas similares o diferentes, de un cuidado culturalmente competente, seguro y congruente de parte de las enfermeras u otros profesionales de la salud (Leininger & McFarland, 2002; Leininger, 2002). Mediante el uso de la etnoenfermería Leininger desarrolló la Teoría de la Diversidad Cultural del Cuidado y la Universalidad y el Modelo del Sol Naciente, en un esfuerzo inicial en la década de los años 60 del siglo XX para estudiar el cuidado humano y las relaciones culturales. El propósito central de la teoría se encamina al descubrimiento, documentación, interpretación, explicación y predicción. El objeto de la teoría es el de proveer cuidado culturalmente congruente bajo tres modalidades de acción y decisión (Leininger, 2002).

La filosofía que subyace al planteamiento teórico de Leininger tiene en cuenta que los seres humanos mejoran con los atributos del cuidado, que las diversas culturas fueron creadas con un propósito y que el reto de la enfermería consiste en descubrir, respetar, entender y ayudar a las culturas según se requiera con un ethos propio del cuidado y con el enfoque del trabajo multidisciplinario. Otro asunto que refleja la filosofía hace referencia a la responsabilidad ética y moral de

la profesión para descubrir, conocer y utilizar los modos de cuidado cultural como una contribución única a la humanidad. De igual manera, para alcanzar los ideales filosóficos los profesionales tienen que ampliar su visión del mundo hacia una perspectiva multicultural en el estudio de las culturas y subculturas (Leininger, 2002). Leininger, desarrolló el Modelo del Sol Naciente como un mapa cognitivo, visual, orientativo y sensible a los factores que influyen las respuestas en el cuidado cultural; de igual manera, el modelo fue desarrollado como una guía conceptual holística para la investigación que discrimina los múltiples factores que influyen el acto de cuidado humano (Leininger & McFarland, 2002). Más allá de las contribuciones teóricas e investigativas de M. Leininger, los aportes científicos han servido para consolidar el marco epistémico de la disciplina mediante la indagación cualitativa de los fenómenos inmersos dentro de los actos de cuidado, los cuales, por su naturaleza humana se escapan de las metodologías empírico analíticas; de igual manera, han sido el punto de partida que ha motivado e inspirado a otros pensadores y académicos a interesarse por el cuidado humano desde los asuntos culturales.

Con base en dicha teoría vemos como podemos aplicar estos cuidados culturales en la comunidad embera Chami de la etnia Kima Drúa del municipio de Obando lo cual resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder e interactuar de manera integral a las necesidades de esta comunidad ya que es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado.

### **Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios.**

*Marrero González, CM. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7*

Si los clientes son participantes en el cuidado y tienen una opción en cuanto a las metas de salud, planes e intervenciones, se mejoran los resultados de la salud.

Para ser eficaz, el cuidado de la salud debe reflejar la comprensión única de los valores, creencias, actitudes y la visión del mundo, de poblaciones diversas y modelos de aculturación individuales.

Desde los anteriores supuestos mencionados vemos como la competencia cultural son aquellos conocimientos, actitudes, conductas e incluso políticas que capacitan a un profesional de enfermería he aquí hacer una mirada crítica y práctica como el modelo de la teoría de competencia cultural está relacionado con el modelo transcultural de Leininger ya bien porque es un llamado a que los profesionales de enfermería desarrollemos las habilidades para la valoración de la práctica cultural para así poder de esta manera hacer intervenciones. La enfermería transcultural y el desarrollo en el profesional de la salud debemos ofrecer una herramienta que permita reconocer la apropiada la cultura del profesional para así construir propuestas de tratamiento donde se comprenda, se aprecie y se sea sensible con las formas que estas personas enfrentan los procesos salud-enfermedad y como lo argumentaba Campinha nos debemos de esforzar por lograr la habilidad para trabajar adecuadamente dentro de un contexto de una familia, individuo o comunidad. Es importante reconocer el rol que soporta la enfermería en la relación interpersonal pues en ella se revela el ser y el sentir de quien lo brinda y de quien lo recibe y como todo acto humano cobra sentido en el contexto cultural. Madeleine y Campinha nos enfoca que debemos realizar un cuidado de enfermería culturalmente congruente y competente donde el reto debe de consistir en respetar, entender, descubrir y ayudar a las culturas según lo requieran con un ethos propio del cuidado y con el enfoque hacia la motivación propia de cada profesional de enfermería lo cual entraría a formarse un trabajo multidisciplinario pero se debe primero que todo lograr una suficiente motivación por aprender de esos contextos culturales moldeándolos desde su propia base que tienen en sus comportamientos y conocimientos según la necesidad que tengan respetando esa costumbre. He ahí la principal tarea que es fomentar la motivación entre los profesionales de salud para desarrollar una enfermería transcultural con unos agentes de salud competentes.

#### 4.5 MARCO GEOGRAFICO

La comunidad Kima Drúa de la etnia Embera Chami, está ubicado en el municipio de Obando Valle Del Cauca, en la vereda el Machetazo del corregimiento de San José, se llega a este sitio por la vía de Obando que conduce al corregimiento de Villa Rodas, por carretera destapada en aproximadamente 30 minutos, luego por camino de herradura caminar alrededor de 15 minutos.

## MARCO CONTEXTUAL

La investigación que buscamos conocer las enfermedades más frecuentes en la comunidad Embera Chami de la etnia Kima Drúa del municipio de Obando, se pretende realizar estadísticas de cada uno de estos pacientes que acudan al hospital del municipio en busca de atención, verificando los motivos de consulta y que los llevo a ese estado.

## MARCO DE REFERENCIA

1. Fred G, Manrique A, Billón D, Bello S, Ospina J, Agentes causantes de diarrea en niños menores de 5 años en Tunja ,Colombia REV DE SALUD PUBLICA15 de febrero del 2006.
2. Uribe M, Rodríguez L, Gómez Y, Olaya L, Rodríguez S, Aislamiento de patógenos comunes asociados con enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, Bucaramanga, Colombia, MED UNAB 3 de abril del 2009.
3. Caceseres D, Estrada E, Rodrigo A, Pelález Y, La enfermedad diarreica aguda un reto para Colombia RV PANAM SALUD PUBLICA 2005,17(1)6-14
4. Remolina A, Rey F, García L, Llanos R, Arrellana R, Clemow R, Palacio N, Fals E, Etiología de la enfermedad diarrea aguda (EDA) en barranquilla Colombia, SALUD UNINORTE BARRANQUILLA (COL),3(1) 3-18,1986.
5. Osorio M, Díaz P, Rodríguez E, Montaña L, Medina M, Gonzales G, Realph M, Caterización fenotípica y genotípica de salmonella typhimurium variante 5- asociada a un brote de enfermedad transmitida por alimentos en el municipio de paz de rio Boyacá 2010 universidadde Antioquia Medellín colombia1 de enero del 2014.

6. Restrepo B, Restrepo M, Beltrán J, Rodríguez M, Ramírez R, Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Emberakatio, tierra alta, córdoba, Colombia biomédica V. 26 n.4 bogota dic. 2006
- 7 Cáceres DC, Estrada E, DeAntonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(1):6–14. Diana Carolina Cáceres,1 Eduardo Estrada,2 Rodrigo DeAntonio1 y Dioselina Peláez1
8. Propuesta docente en semiología basada en morbilidad digestiva hospital san Jorge de Pereira año 2000. Jaime mejía cordobés Jon Geraldo moreno Gómez
9. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia Diana Carolina Cáceres, Eduardo Estrada, Rodrigo de Antonio y Dioselina Peláez
10. Aislamientos patógenos comunes asociados con enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, Bucaramanga, Colombia Marta Amparo Uribe Yepes, Laura Andrea Rodríguez Villamizar, Yolanda Astrid Gómez Gonzales, Lina Evelia Olaya Gamboa, Sandra Milena Rodríguez Santamaría.
11. Agentes causantes de Diarrea en Niños Menores de 5 Años en Tunja, Colombia Fred G. Manrique-Abrill, Diane Billon Y Tigne II, Sandra E. Bellol III y Juan M. Ospina IV
16. Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. Berta Nelly Restrepo 1, María Teresa Restrepo 2, Juan Camilo Beltrán 1, Mónica Rodríguez 1, Ruth Emilia Ramírez 1
17. Enfermedad diarreica aguda en niños. Agentes causales más comunes en una comunidad del Chaco Central 5/10/2011, aceptado para publicación: 6/12/2011, Dra. María Elsa Da Silva Mello de Martínez.
18. La carga de la enfermedad por rotavirus en niños menores de cinco años, Colombia, 2004 Panam Salud Pública. 2006; 20 Diana Carolina Cáceres, Dioselina Peláez, Nubia Sierra, Eduardo Estrada y Luis Sánchez.
19. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud Recibido en julio 15 de 2013, Aceptado en marzo 27 de 2014 vLapeira Panneflex y Diana Acosta Salazar

## Consideraciones éticas

Los principios éticos y científicos para llevar a cabo esta investigación han estado sujetos a las disposiciones normativas contenidas en la resolución 8430 de 1993 Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, la Resolución 2378 de Junio de 2008, que establecen el marco ético y científico de la investigación para la salud en humanos.

Por medio de estas disposiciones la investigación partió de la base jurídica de que el ser humano (sujeto de estudio), deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar, prevaleciendo la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos). Esto implicó contar con los permisos, del representante legal de la comunidad el señor Gobernador del cabildo, cuidando con ello la integridad del ser humano y los integrantes de comunidad Kima Drua, así mismo como del permiso del Gerente del Hospital Local de Obando para acceder a las bases de datos de consulta externa y del servicio de urgencias.

## 6. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal sobre las características culturales de la comunidad Kima Drua, del asentamiento indígena que consulta al hospital local de Obando, mediante la revisión del histórico de las consultas realizadas en los servicios de Urgencias y Consulta externa durante los años 2012,2013 y 2014, para identificar las principales enfermedades que afectan a esta comunidad y posteriormente aplicar un instrumento elaborado por los investigadores basados en la revisión de la literatura sobre los aspectos socio demográficos, económicos, culturales que se encuentran relacionados con estos procesos de salud enfermedad que afectan específicamente a esta comunidad y que requieren un desarrollo de competencias culturales para un cuidado coherente a sus necesidades.

Con base en los resultados se pretende realizar una identificación de un perfil epidemiológico, unas prácticas culturales que afectan la salud de esta población y realizar recomendaciones al Sistema de Salud de la localidad de Obando

**Población objeto.** La comunidad del asentamiento indígena Kima Drua, que consulta al hospital de Obando.

**Muestra.** De las aproximadas 144 personas que conforman unas 20 familias de esta comunidad, se obtuvo una muestra de 12 familias que residen en el asentamiento. El tamaño de la muestra fue calculado mediante la expresión usual para poblaciones finitas.



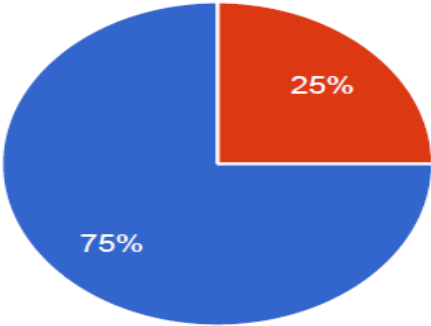
Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta en el proceso de recolección de la información fueron los siguientes

- Personas mayores de edad, que fueran parte de la comunidad Kima Drua
- Personas que voluntariamente quisieran acceder a hacer parte de la investigación y que quisieran acceder a diligenciar completamente el formulario de recolección de la información
- Personas que comprendieran el español, para asegurar una comprensión de las preguntas y que pudiera responder en forma autónoma las respuestas.

### RESULTADOS

La caracterización socio demográfica de la comunidad embera chami, ubicada en el municipio de Obando Valle Del Cauca, en la vereda el Machetazo del corregimiento de San José, es habitada por 144 personas, que integran en promedio 20 familias de las cuales fueron encuestadas 12 que corresponden al 60% de la población, de los participantes el 75% fueron del género femenino cuyas edades el 50% es mayor de 46 años, el 25% entre 15 y 25 años, el 16.7% se encuentran entre 26-30 años y el restante 8.3% corresponde a las edades entre 36 a 46 años.

### GENERO

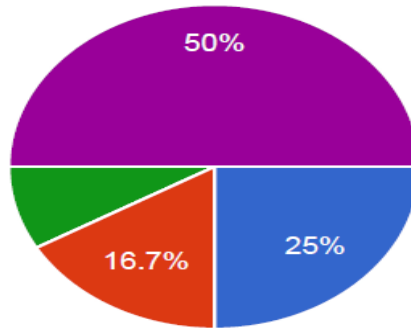


<b>FEMENINO</b>	<b>9</b>	<b>75%</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>3</b>	<b>25%</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>9</b>	<b>75%</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>3</b>	<b>25%</b>

Fuente Elaboración propia



## EDAD

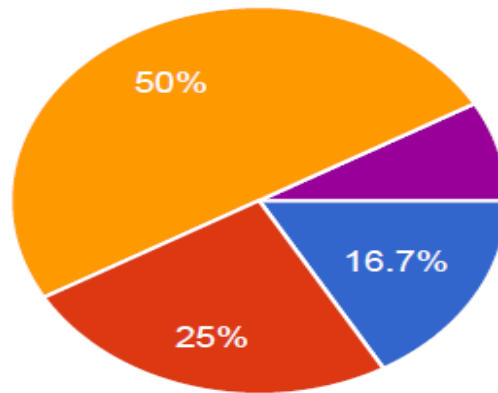


DE 15-25 AÑOS	<b>3</b>	25%
DE 26-30 AÑOS	<b>2</b>	16.7%
DE 31-35 AÑOS	<b>0</b>	0%
DE 36-45 AÑOS	<b>1</b>	8.3%
MAYOR DE 46 AÑOS	<b>6</b>	50%
DE 15-25 AÑOS	<b>3</b>	25%
DE 26-30 AÑOS	<b>2</b>	16.7%
DE 31-35 AÑOS	<b>0</b>	0%
DE 36-45 AÑOS	<b>1</b>	8.3%
MAYOR DE 46 AÑOS	<b>6</b>	50%

Fuente de elaboración propia

El estado civil que prevalece en la comunidad Kima Drua es la unión libre en un 50%, seguido de casado en un 25%, soltero en un 16,7% y divorciado en un 8.3%, la fuente de ingresos familiares en un 100% tienen menos de 1 SMLMV cuya fuente económica es el trabajo como jornaleros en un 100%, las familias están constituidas en un 58.3% con un número de hijos entre 1-3, el 25% de 7-9 hijos, un 16.7% entre 4 y 6 hijos.

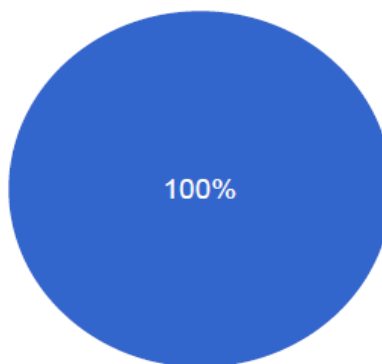
## ESTADO CIVIL



DIVORCIADO/A	<b>1</b>	8.3%
SOLTERO/A	<b>2</b>	16.7%
CASADO/A	<b>3</b>	25%
UNION LIBRE	<b>6</b>	50%
VIUDO/A	<b>0</b>	0%

Fuente Elaboración propia

## INGRESOS FAMILIARES



MENOS DE 1 SMLMV	<b>12</b>	100%
1 SMLMV	<b>0</b>	0%
2 SMLMV	<b>0</b>	0%
MAS DE 2 SMLMV	<b>0</b>	0%

Fuente Elaboración propia



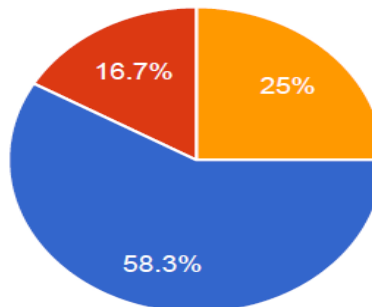
## FUENTE ECONOMICA DE LA FAMILIA



JORNALEROS/A	<b>12</b>	100%
AGRICULTORES	<b>0</b>	0%
PROFESORES/A	<b>0</b>	0%
ARTESANOS/A	<b>0</b>	0%
OTROS	<b>0</b>	0%

Fuente Elaboración propia

## ¿NUMERO DE HIJOS?

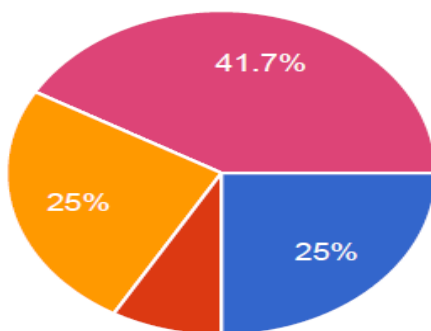


1-3 HIJOS	<b>7</b>	58.3%
4-6 HIJOS	<b>2</b>	16.7%
7-9 HIJOS	<b>3</b>	25%
MAS DE 9 HIJOS	<b>0</b>	0%
NINGUNO	<b>0</b>	0%

Fuente Elaboración propia

En esta comunidad en un 41.7% corresponde a ningún grado de educación, el 25% primaria incompleta seguida de otro 25% con bachillerato incompleto y el restante 8.3% tienen primaria completa.

## ¿QUE GRADO DE EDUCACION TIENEN?



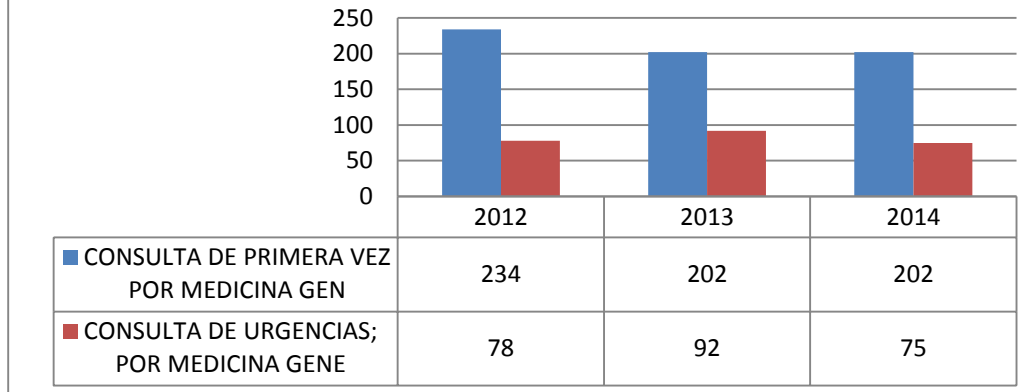
PRIMARIA INCOMPLETA	<b>3</b>	25%
PRIMARIA COMPLETA	<b>1</b>	8.3%
BACHILLER INCOMPLETO	<b>3</b>	25%
BACHILLER COMPLETO	<b>0</b>	0%
TECNICO	<b>0</b>	0%
UNIVERSITARIO	<b>0</b>	0%
NINGUNO	<b>5</b>	41.7%

Fuente elaboración propia

El comportamiento de las enfermedades más frecuentes en la comunidad Kimadrúa que consultan al hospital de Obando en los servicios de urgencias y consultas externa, fueron analizados de la base de datos del departamento de estadísticas del cual se analizaron RIPS (registros individuales de prestación de servicios) de los usuarios atendidos en estos servicios, durante los años 2012, 2013, 2014; lo cual permitió identificar la incidencia y prevalencia del comportamiento de las siguientes enfermedades

El número de consultas de primera vez en consulta externa es permanentemente alto en un promedio de 213 consultas a través de los años 2012, 2013 y 2014. Para el servicio de urgencias el promedio es de 82 consultas durante este mismo periodo de tiempo.

## Consulta Indigenas 2012-2014



Se toman los diagnósticos de las personas que consultaron al hospital local de Obando dados por los médicos según la sintomatología manifestada por cada paciente, se separan los diagnósticos por año para determinar cual fueron las enfermedades más influyentes en las consultas, encontrado hasta el momento que las enfermedades más recurrentes son

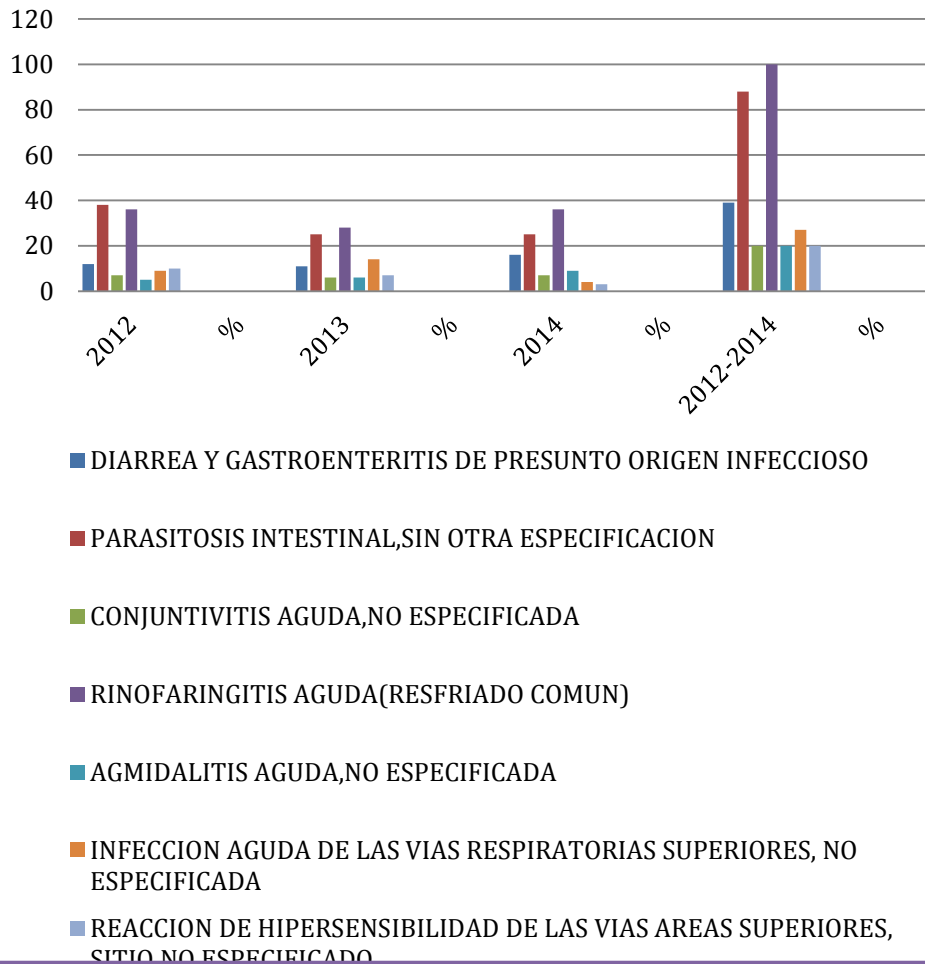
- DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
- PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
- RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
- CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
- AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
- INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA
- REACCION DE HIPERSENSIBILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, SITIO NO ESPECIFICADO



COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES POR AÑO EN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS

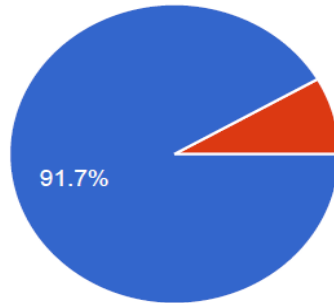
COD	DIAGNOSTICO	TOTAL DIAGNOSTICOS						TOTAL 2012- 2014	TOTAL AL %
		20 12	%	20 13	%	20 14	%		
AO 9X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	12	3.84 %	11	3.52 %	16	5.12 %	39	12.4 8%
B82 9	PARASITOSIS INTESTINAL,SIN OTRA ESPECIFICACION	38	12.1 7%	25	8.01 %	25	8.01 %	88	28.1 9%
H10 3	CONJUNTIVITIS AGUDA,NO ESPECIFICADA	7	2.24 %	6	1.92 %	7	2.24 %	20	6.4%
JO OX	RINOFARINGITIS AGUDA(RESFRIADO COMUN)	36	11.5 3%	28	8.97 %	36	11.5 3%	100	32.0 3%
JO3 9	AGMIDALITIS AGUDA,NO ESPECIFICADA	5	1.6%	6	1.9%	9	2.8%	20	6.3%
JO6 9	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	9	2.8%	14	4.4%	4	1.2%	27	8.4%
J39 3	REACCION DE HIPERSENSIBILIDAD DE LAS VIAS AREAS SUPERIORES, SITIO NO ESPECIFICADO	10	3.2%	7	2.2%	3	0.9%	20	6.3%
	TOTAL		37.3 8%		30.9 2%		31.8 %		100 %

## COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES POR AÑO EN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS



en relación con las prácticas culturales encontramos un asentamiento indígena donde sus viviendas, son casas que presentan un riesgo de deslizamiento en un 91.7% ya que son casa indígenas (tambos) construidas sus paredes en un 50% de bareque, el 33.3% de ladrillos y el 8.3% de guadua sus pisos son en un 66.7% de cemento, 16.7% madera en mal estado y el 8.3% tabla o ladrillo y el material del techo es en un 66.7% de zinc y el 33.3% restante tejas de barro, las viviendas presentan grietas en sus paredes y pisos en un 100%. En los servicios sanitarios encontramos que tienen inodoro con conexión a alcantarillado en un 50% con el sanitario fuera de la vivienda en un 83.3%, dentro de la vivienda un 8.3% y no tiene el 8.3% restante.

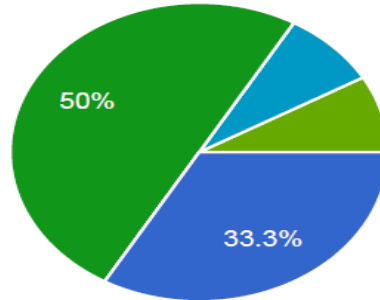
## VIVIENDA CON RIESGO DE DESLIZAMIENTO



SI	11	91.7%
NO	1	8.3%

Fuente elaboracion propia

## MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES

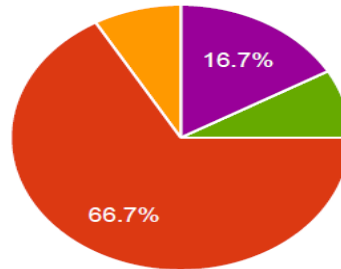


LADRILLO	4	33.3%
PIEDRA	0	0%
MADERA	0	0%
BAHAREQUE	6	50%
TABLA	0	0%
GUADUA	1	8.3%
CAÑA	0	0%
ESTERILLA	1	8.3%
CARTON	0	0%
LATAS	0	0%
TELA	0	0%
OTRO	0	0%

Fuente elaboracion propia



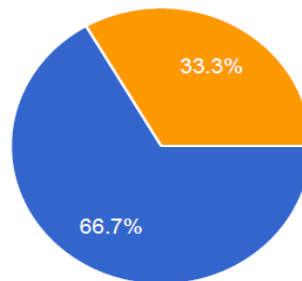
## MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO



BALDOSA	<b>0</b>	0%
CEMENTO	<b>8</b>	66.7%
TABLA O LADRILLO	<b>1</b>	8.3%
GRAVILLA	<b>0</b>	0%
MADERA EN MAL ESTADO	<b>2</b>	16.7%
TIERRA	<b>0</b>	0%
ARENA	<b>0</b>	0%
OTRO	<b>1</b>	8.3%

Fuente elaboracion propia

## MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO



ZINC	<b>8</b>	66.7%
PALMA	<b>0</b>	0%
TEJA DE BARRO	<b>4</b>	33.3%
CEMENTO	<b>0</b>	0%
DESECHOS	<b>0</b>	0%
PAJA	<b>0</b>	0%

Fuente elaboracion propia

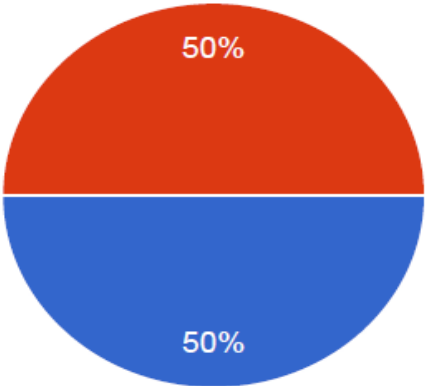
**HAY GRIETAS EN LA VIVIENDA**



SI	<b>12</b>	100%
NO	<b>0</b>	0%

Fuente elaboracion propia

**SERVICIO SANITARIO ¿TIENEN INODORO CON CONEXION A ALCANTARILLADO?**

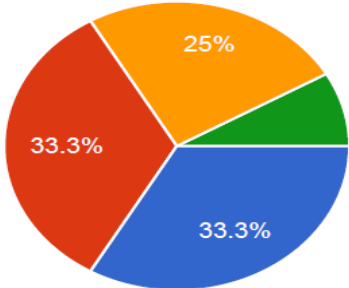


SI	<b>6</b>	50%
NO	<b>6</b>	50%

Fuente elaboracion propia.

En promedio encontramos que el 33.3% tiene un sola habitación, otro 33.3% tiene 2 habitaciones, el 25% 3 habitaciones y el 8.3% cuentan con 4 habitaciones lo cual es coherente con el número de personas que duermen en cada habitación encontrando que el 50% es de 1 a 2 personas, 16.7% de 3 a 4 personas, otro 16.7% de 8 a 12 personas, el 8.3% de 5 a 7 personas y el otro 8.3% más de 12 personas. De las cuales el 58.3% duermen en cama y el 41.7% en el suelo. Donde el material predominante para los colchones es algodón en un 33.3%, paja en un 25%, piso de madera en un 25% piso de guadua en un 8.3% y cemento el otro 8.3%.

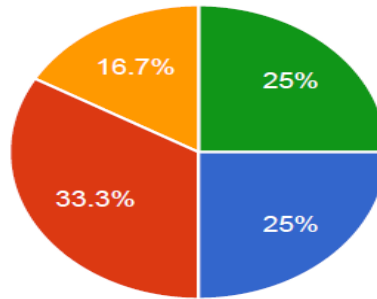
**NUMERO DE HABITACIONES DE LA VIVIENDA**



1 HABITACION	4	33.3%
2 HABITACIONES	4	33.3%
3 HABITACIONES	3	25%
4 HABITACIONES	1	8.3%
NINGUNA HABITACION	0	0%

Fuente elaboracion propia

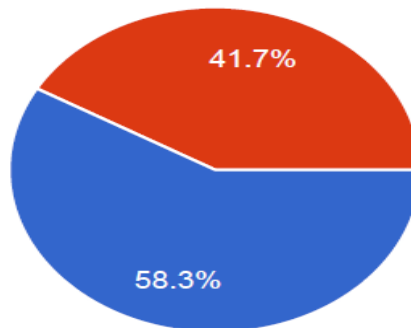
## ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN LA CASA?



1-2 PERSONAS	<b>6</b>	50%
3-4 PERSONAS	<b>2</b>	16.7%
5-7 PERSONAS	<b>1</b>	8.3%
8- 12 PERSONAS	<b>2</b>	16.7%
MAS DE 12 PERSONAS	<b>1</b>	8.3%

Fuente elaboracion propia

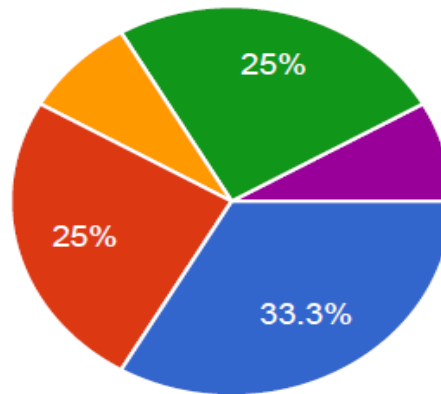
## ¿DONDE DUERMEN?



CAMA	<b>7</b>	58.3%
SUELO	<b>5</b>	41.7%
AMACA	<b>0</b>	0%
OTRO	<b>0</b>	0%

Fuente elaboracion propia

## ¿QUE MATERIAL DE COLCHON TIENEN?

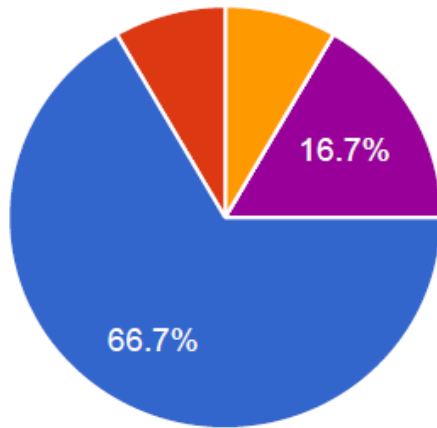


ALGODON	<b>4</b>	33.3%
PAJA	<b>3</b>	25%
GUADUA	<b>1</b>	8.3%
MADERA	<b>3</b>	25%
CEMENTO	<b>1</b>	8.3%

Fuente elaboracion propia

La principal fuente de agua para la familia es de un 66.7% acueducto, el 16.7% agua de la quebrada, 8.3% pozo con bomba y el otro 8.3% agua lluvia, donde el 75% la consumen de la llave, 16.7% de la quebrada y el 8.3% hervida.

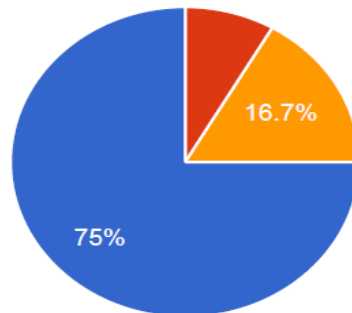
## ¿CUAL ES LA FUENTE DE AGUA PARA EL CONSUMO DE LA FAMILIA?



ACUEDUCTO	<b>8</b>	66.7%
POZO CON BOMBA	<b>1</b>	8.3%
AGUA LLUVIA	<b>1</b>	8.3%
PILA PUBLICA	<b>0</b>	0%
QUEBRADA	<b>2</b>	16.7%

Fuente elaboracion propia

## ¿DE DONDE SE CONSUME EL AGUA?

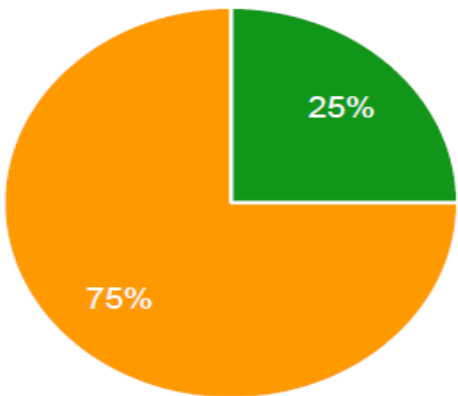


LLAVE	<b>9</b>	75%
HERVIDA	<b>1</b>	8.3%
QUEBRADA	<b>2</b>	16.7%

Fuente eleboracion propia

Para la recolección de las basuras utilizan canecas sin tapa en un 75% el 25% restante tiran la basura al suelo; el 100% queman las basuras y el 50% hace aprovechamiento en forma de abono, el 41.7% no la aprovechan y solo el 8.3% hace reciclaje.

## RECOLECCION DE BASURAS ¿ALMACENAMIENTO?

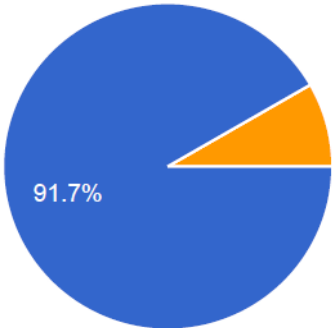


BOLSA PLASTICA	0	0%
CANECA CON TAPA	0	0%
CANECA SIN TAPA	9	75%
SUELO	3	25%
OTRO	0	0%

Fuente elaboración propia

En cuanto a los servicios públicos el 91.7% cuentan con fuente de energía eléctrica, servicio de acueducto 100% y no cuentan con servicio de recolección de basuras ni suministro de gas, lo cual genera que el 100% cocinen con leña.

## ¿QUE TIPO DE ALUMBRADO TIENEN?



ELECTRICIDAD	11	91.7%
VELAS	0	0%
OTRO	1	8.3%

### ¿ CON QUE TIPO DE SERVICIO PUBLICO CUENTAN?

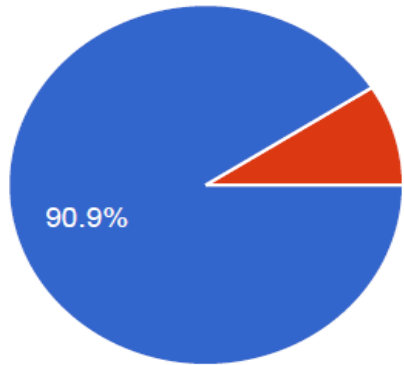


AGUA, ELECTRICIDAD	<b>11</b>	100%
AGUA, GAS, ELECTRICIDAD	<b>0</b>	0%

Fuente elaboracion propia

Otro de los factores de riesgo que se identifica es la presencia de roedores donde un 90.9% indicaron que existen en sus viviendas y presencia de insectos de un 75% no pese a esto también se encuentran animales domésticos en un 75% de los cuales el 100% no están vacunados y en es un lugar al cual el 91.7% indica que no se realizan campañas de fumigación.

### ¿ HAY PRESENCIA DE ROEDORES?

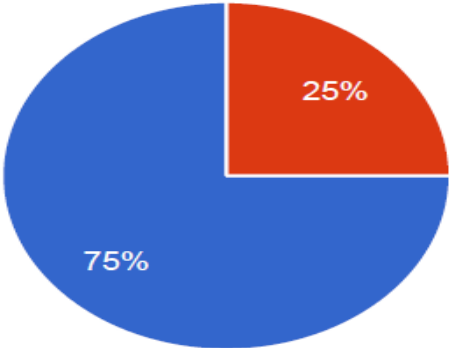


SI	<b>10</b>	90.9%
NO	<b>1</b>	9.1%

Fuente elaboracion propia



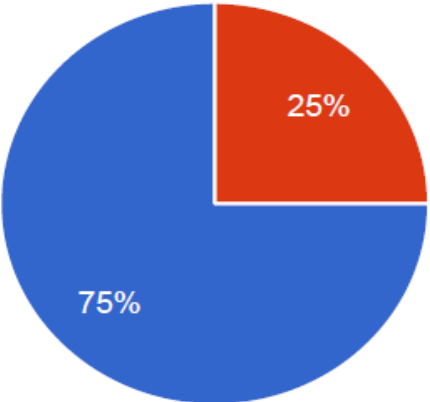
**¿HAY PRESENCIA DE INSECTOS?**



SI	<b>9</b>	75%
NO	<b>3</b>	25%

Fuente elaboracion propia

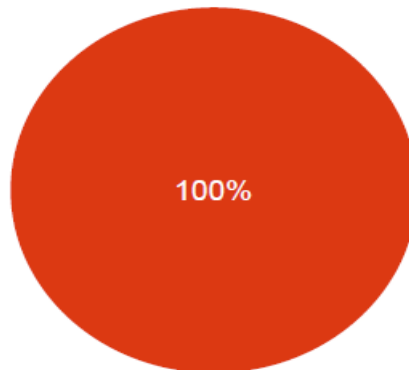
**¿TIENEN ANIMALES DENTRO DE LA VIVIENDA?**



SI	<b>9</b>	75%
NO	<b>3</b>	25%

Fuente elaboracion propia

## ¿ESTAN VACUNADOS LOS ANIMALES?



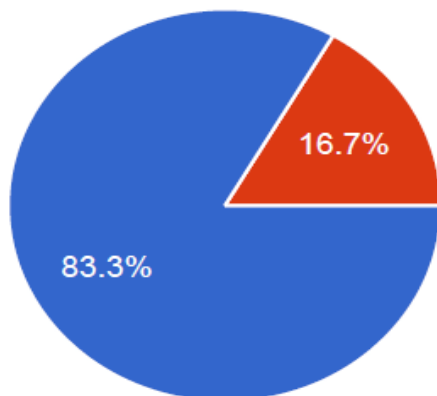
SI 0 0%

NO 11 100%

Fuente elaboracion propia

En promedio encontramos que el 83,3% de las familias cuentan con una afiliación al sistema de seguridad social de los cuales el 66.7% pertenecen a barrios unidos, el 16.7% a caprecom seguido de un 16,7% no cuentan con ningún tipo de afiliación. Se identifica que un 83.3% no realizan brigadas de salud, evidenciándose que un 33.3% nunca asisten a los programas de promoción y prevención, identificándose que un 25 % muy pocas veces lo hacen, 16,7 % algunas veces seguido de un 16,7% siempre asisten y un 8.3% casi siempre.

## FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD-ENFERMEDAD ¿ TODA LA FAMILIA ESTA AFILIADA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL?



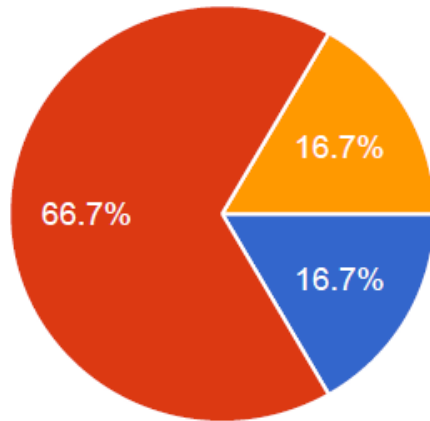
SI 10 83.3%

NO 2 16.7%

Fuente elaboracion propia



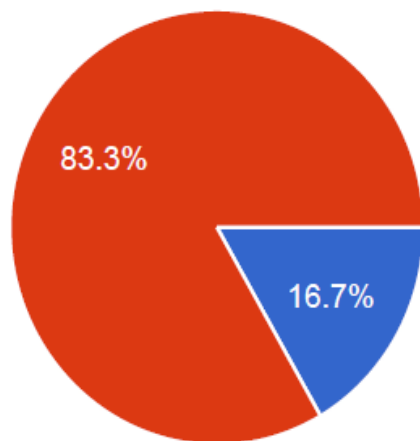
### ¿QUE TIPO DE AFILIACION TIENEN?



CAPRECOM	<b>2</b>	16.7%
BARRIOS UNIDOS	<b>8</b>	66.7%
NINGUNO	<b>2</b>	16.7%

Fuente elaboracion propia

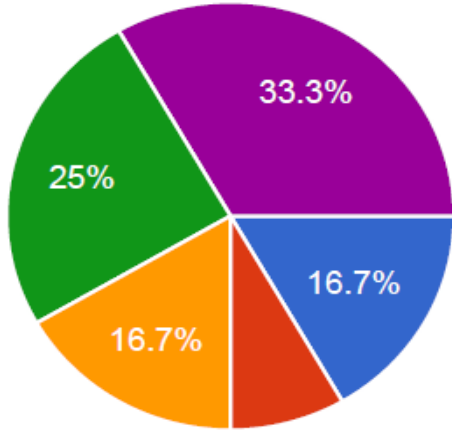
### ¿SE HAN REALIZADO BRIGADAS DE SALUD EN LOS ULTIMOS 6 MESES?



SI	<b>2</b>	16.7%
NO	<b>10</b>	83.3%

Fuente elaboracion propia

**¿ASISTEN A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN?**

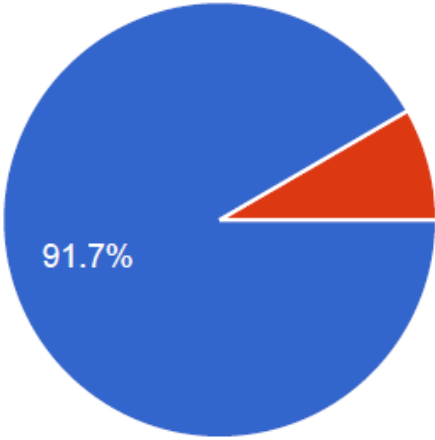


SIEMPRE	2	16.7%
CASI SIEMPRE	1	8.3%
ALGUNAS VECES	2	16.7%
MUY POCAS VECES	3	25%
NUNCA	4	33.3%

Fuente elaboracion propia

En la comunidad se encontró un 91,7% en menores de 5 años que cuentan con el carnet de vacunación, reflejado en un 16,7% que cuentan con carnet incompleto y un 33,3% carnet regular seguido de un 16,7% tienen esquema incompleto.

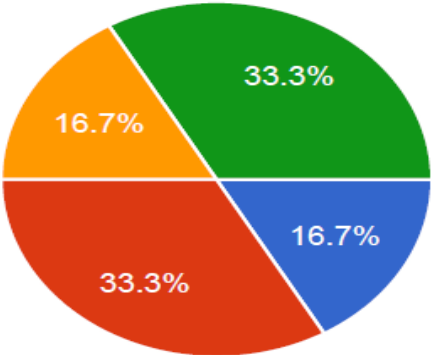
**¿LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS TIENEN CARNET DE VACUNAS?**



SI	11	91.7%
NO	1	8.3%

Fuente elaboracion propia

**ESQUEMA DE VACUNACION**



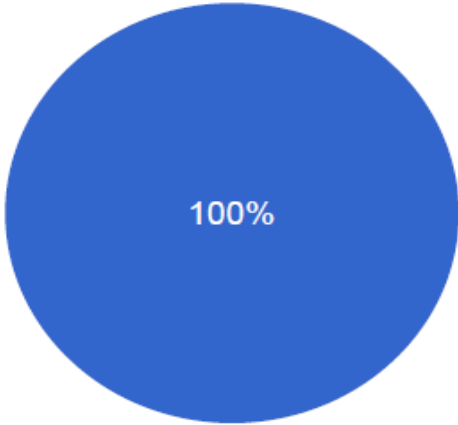
COMPLETO	2	16.7%
REGULAR	4	33.3%
INCOMPLETO	2	16.7%
NO TIENEN	4	33.3%

Fuente elaboracion propia

En el estado nutricional de la comunidad en el desayuno predomina un 100% el consumo de aguapanela, huevos y areoa , en el almuerzo un 100 % consumen

arroz, granos, pollo, platano y huevo y de igual manera en la comida en un 100 % el mismo consumo de alimentos mencionados.

**ESTADO NUTRICIONAL ¿QUE ALIMENTOS CONSUME LA FAMILIA?**



AGUAPANELA,HUEVOS,AREPA	12	100%
LECHE,QUESO,PANES	0	0%
LECHE,HUEVOS, PAN	0	0%
OTRO	0	0%

Fuente elaboracion propia

**ALMUERZO**



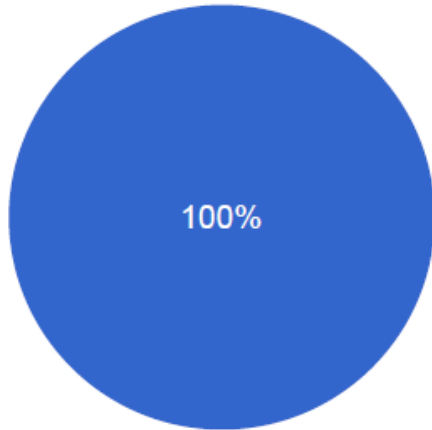
Arroz, granos, pollo,platano,papa,huevo 11 100%

Pescado,papa,arroz,granos 0 0%

Carne, arroz, papa, platano 0 0%

Fuente elaboracion propia

**COMIDA**

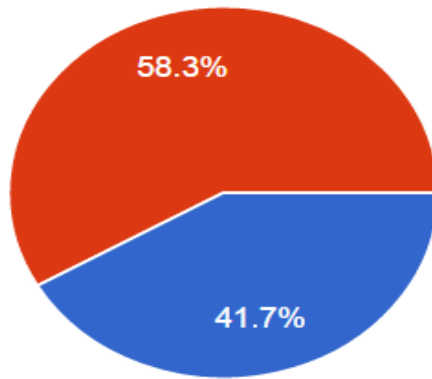


ARROZ, GRANOS, HUEVOS	12	100%
HUEVO, POLLO, PLATANO, AREPA	0	0%
PAPA, YUCA, HUEVO, ARROZ	0	0%

Fuente elaboracion propia

En el riesgo de enfermedad gastrointestinal se identifica que el lavado de manos antes y después de ir al baño en un 41.7% muy pocas veces lo realiza, el 33.3% casi siempre y el 25% dicen que siempre se las lavan. Se muestra evidentemente que estas comunidades sufren de diarreas con un 41,7% y no presentan en un 58.3% pero cuando las presentan el aspecto de estas son 100% liquidas y también se ve marcado que el 33.3% llevan más de 1año sin desparasitarse, un 25% hace un año y el 16,7% fue hace 6 meses. A pesar de esto ellos prefieren consultar después de 1-7 días de presentar los síntomas de diarrea con un 66.7% y por cultura para evitar la deshidratación del enfermo dar bebidas de plantas en un 91.7%, viéndose de esta manera que su primera opción son los remedios caseros.

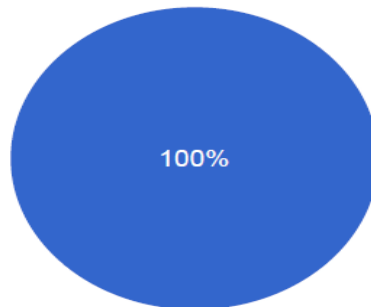
### **¿LA FAMILIA A PRESENTADO DIARREA EN LOS ULTIMOS 3 MESES?**



SI	5	41.7%
NO	7	58.3%

Fuente elaboracion propia

### ¿COMO SON LAS DEPOSICIONES?

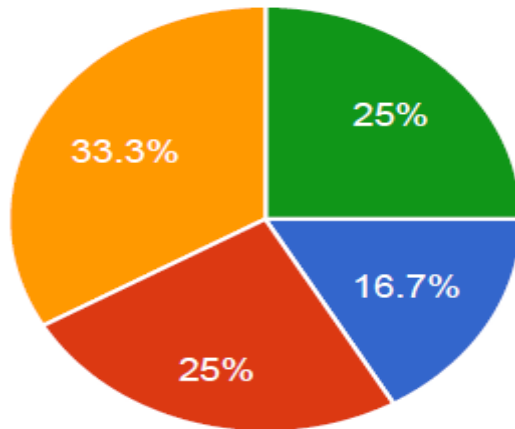


LIQUIDA	4	100%
BLANDAS	0	0%
SEMI-BLANDA	0	0%

Fuente elaboracion propia

### ¿HACE CUANTO SE DESPARASITO LA FAMILIA?

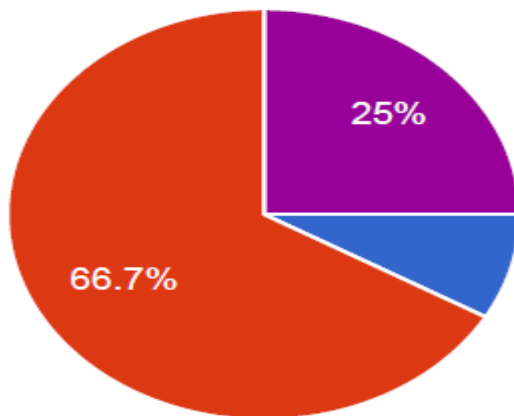




6 MESES	2	16.7%
1 AÑO	3	25%
MAS DE 1 AÑO	4	33.3%
NUNCA	3	25%

Fuente elaboracion propia

### ¿DESPUES DE PRESENTARSE LA DIARREA AL CUANTO

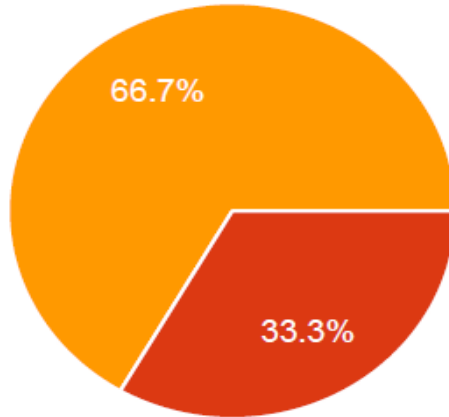


INMEDIATO	1	8.3%
1-7 DIAS	8	66.7%
15 DIAS	0	0%
1 MES O MAS	0	0%
NINGUNO	3	25%

Fuente elaboracion propia



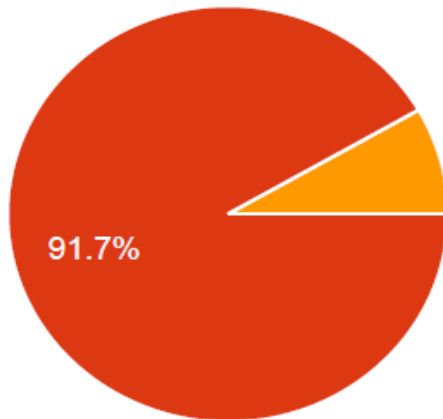
### ¿QUE HACEN PARA NO DEJAR DESHIDRATAR A UN NIÑO CON DIARREA?



LE DAN AGUAPANELA	4	33.3%
LE DAN BEBIDAS DE PLANTAS	8	66.7%
LE DAN SUERO ORAL	0	0%

Fuente elaboracion propia

### ¿CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENEN DIARREA QUE PRACTICAS CULTURALES REALIZAN?

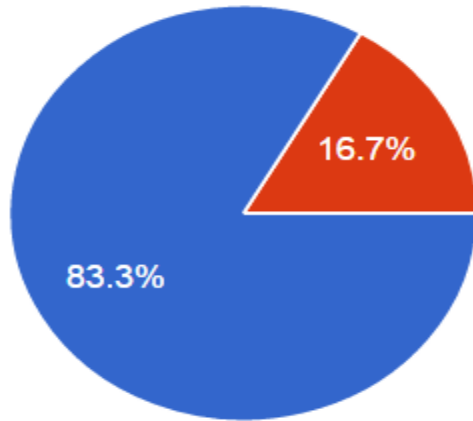


LE DAN SUERO ORAL	0	0%
LE DAN BEBIDAS DE PLANTAS	11	91.7%
OTRO	1	8.3%

Fuente elaboracion propia

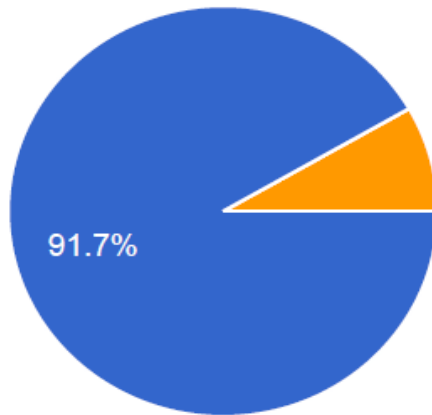


**¿ PARA USTED LOS REMEDIOS CASEROS SON MEJOR OPCION QUE IR AL MEDICO?**



SI	10	83.3%
NO	2	16.7%

**¿QUE UTENSILLOS DE ASEO MANEJAN USTEDES?**

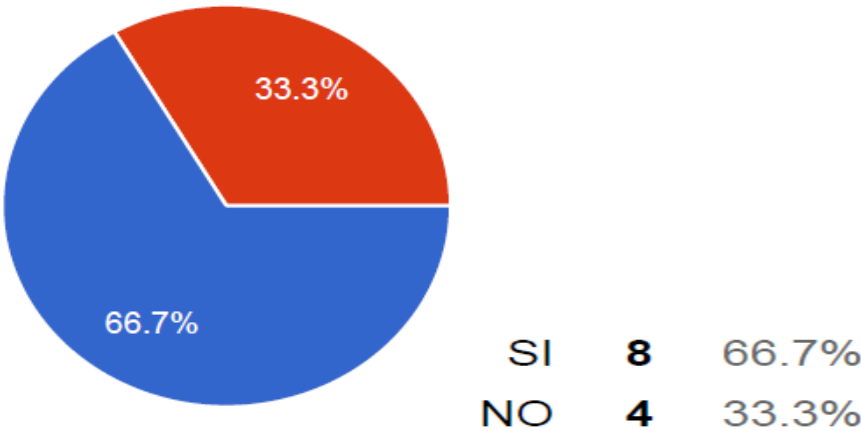


JABON,PAPEL HIGENICO,CREMA DENTAL	11	91.7%
CEPILLO DE DIENTES,CENIZA,DESODORANTE,CREMA DENTAL	0	0%
AGUA,HOJAS,CREMA DENTAL	1	8.3%
NINGUNO	0	0%

Fuente elaboracion propia

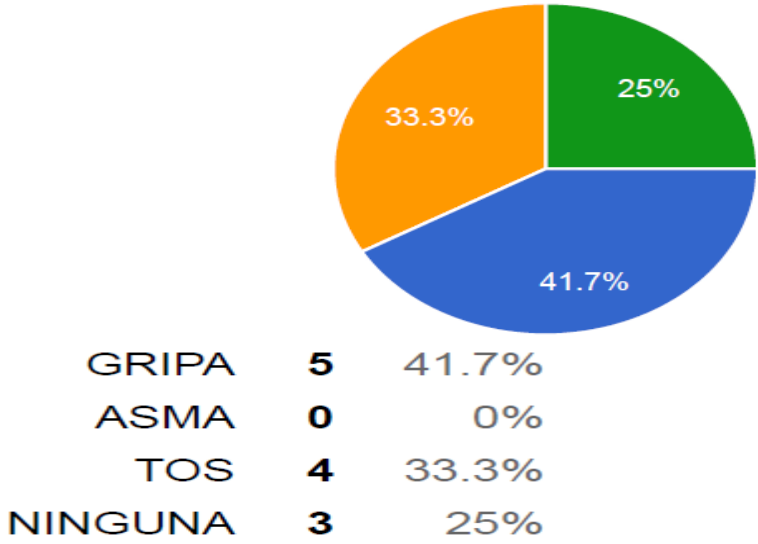
En el riesgo de enfermedades respiratorias, el 66.7% sabe que son las enfermedades respiratorias, reconociendo como la principal en un 41.7% la gripa, la tos con un 33.3% y el 25% desconoce de estas. Considerando en un 58.3% que los animales pueden ser causantes de esta. En un 83.3% se ha presentando tos con unos episodios de menos de un mes en un 63.6% , en 2 meses con un 27.3% y más de 3 meses con un 9,1% donde la tos que presentan es de un 54.5% tos seca y un 45.5% con flema.

### RIESGO DE ENFERMEDADES REPIRATORIAS¿SABE QUE SON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS?



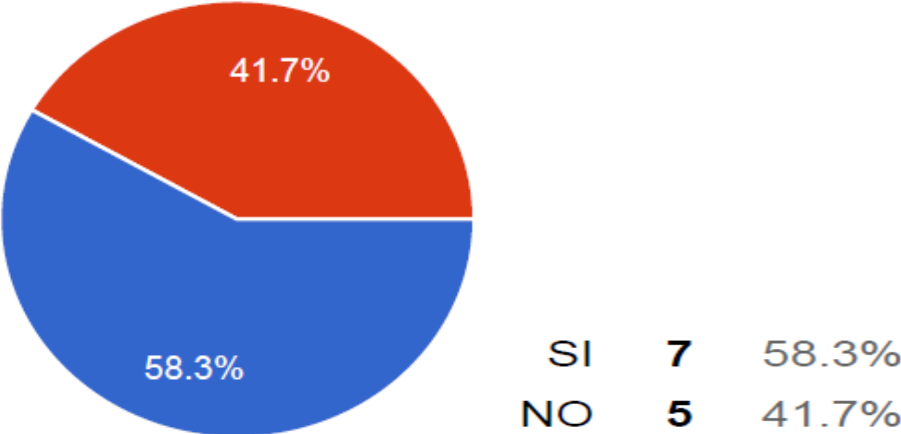
Fuente elaboracion propia

### ¿DE ESTA CUAL CONOCE?



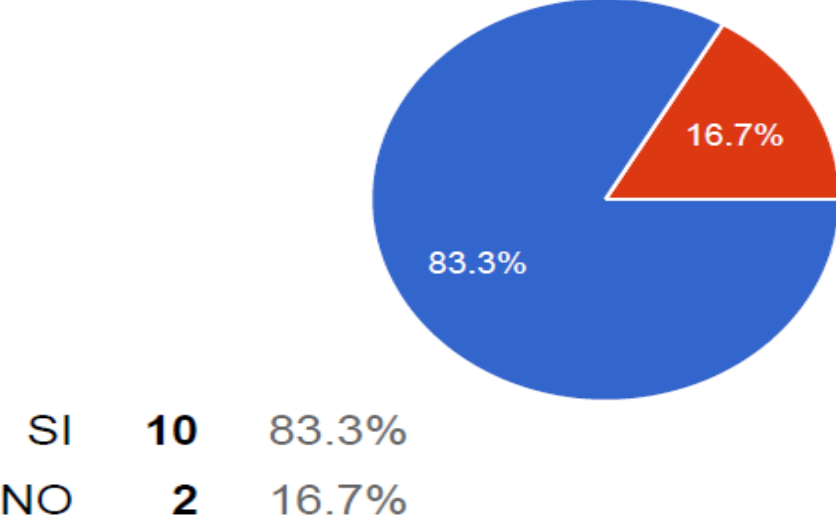
Fuente elaboracion propia

**¿USTED CONSIDERA QUE LOS ANIMALES PUEDEN CAUSAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS?**



Fuente elaboracion propia

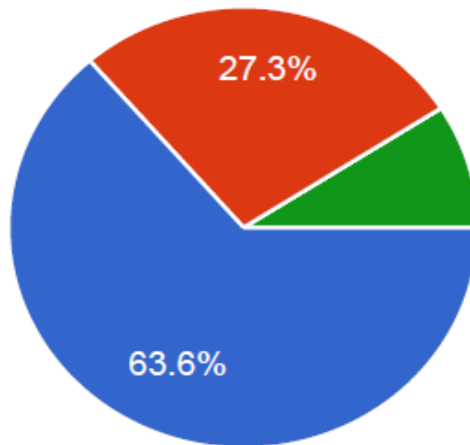
**¿A PRESENTADO TOS?**



Fuente elaboracion propia



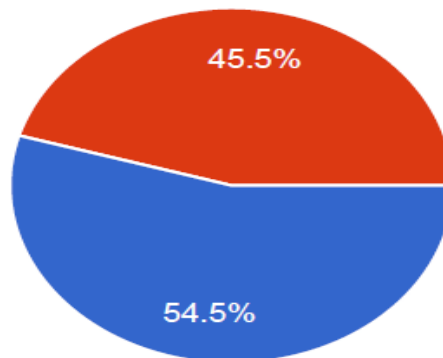
## ¿HACE CUANTO PRESENTO EL ULTIMO ESPISODIO?



MENOS DE 1MES	<b>7</b>	63.6%
2 MESES	<b>3</b>	27.3%
3 MESES	<b>0</b>	0%
MAS DE 3MESES	<b>1</b>	9.1%

Fuente elaboracion propia

## ¿LA TOS VIENEN ACOMPAÑADA DE?

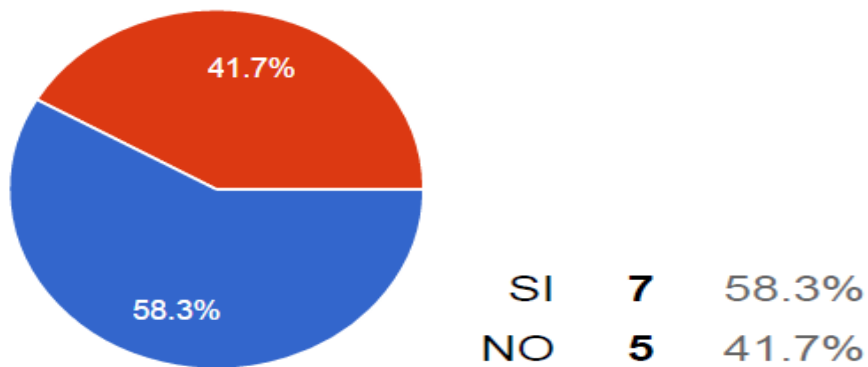


TOS SECA	<b>6</b>	54.5%
CON FLEMA	<b>5</b>	45.5%
CON SANGRE	<b>0</b>	0%
NINGUNO	<b>0</b>	0%

Fuente elaboracion propia

Se evidencia un 58.3% el consumo de cigarrillo como un factor de riesgo identificando un 33.3% fuman dentro de la casa seguido de un 33.3% fuera de la casa y un 33,3% ninguno lo hace. Se indica que el 50% de las comunidad conoce los signos de alarma en un niño con dificultad respiratoria, viéndose aquí de igual manera prefieren realizar remedios caseros para el tratamiento en un 83.3% y realizan vapores en un 8.3% y también consultan en un 58.3% después de los 7 días de presentar síntomas, en un 16,7% no consultan seguido de un 8,3 consultan de inmediato, en un 8.3% o hacen 15 días después y un 8.3% consultan después de 1 mes o más.

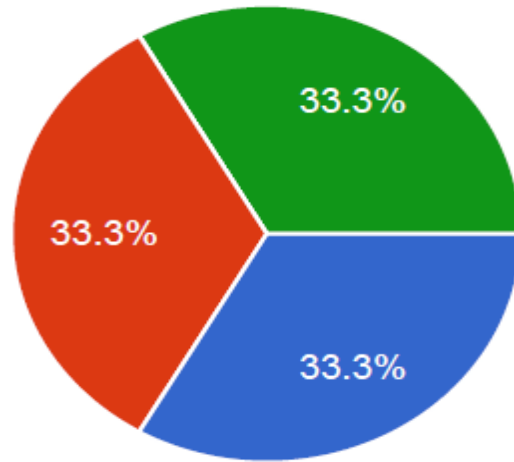
## ¿EN LA FAMILIA CONSUMEN CIGARRILLO?



Fuente elaboracion propia



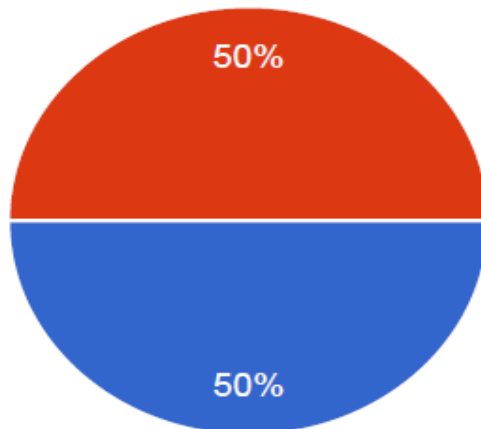
## ¿DONDE FUMAN?



CASA	4	33.3%
FUERA DE LA CASA	4	33.3%
CON LOS NIÑOS	0	0%
NINGUNO	4	33.3%

Fuente elaboracion propia

## ¿CONOCE LOS SIGNOS DE ALARMA DE UN NIÑO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA?



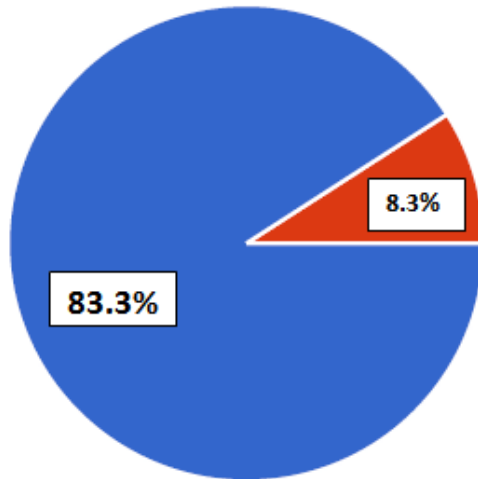
SI	6	50%
NO	6	50%

Fuente elaboracion propia





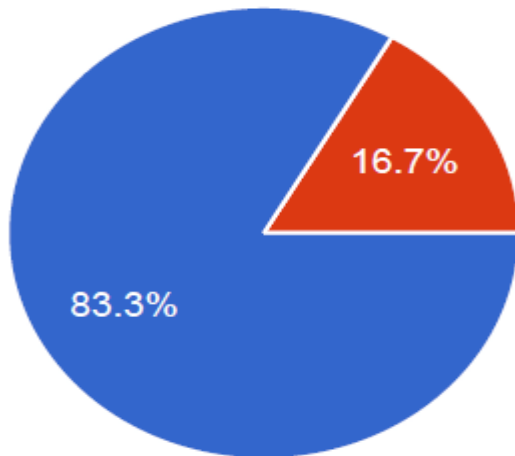
**¿CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENEN TOS/ GRIPA QUE PRACTICAS CULTURALES REALIZAN?**



LE DAN BEBIDAS DE PLANTAS	<b>10</b>	83.3%
LE HACEN VAPORES	<b>1</b>	8.3%
LE DAN SUERO	<b>0</b>	0%

Fuente elaboracion propia

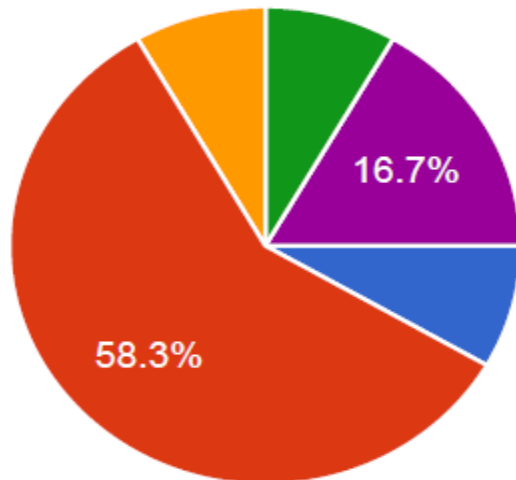
**¿ PARA USTED LOS REMEDIOS CASEROS SON MEJOR OPCION QUE IR AL MEDICO?**



SI	<b>10</b>	83.3%
NO	<b>2</b>	16.7%

Fuente elaboracion propia

**¿DESPUES DE PRESENTARSE LA DIFICULTAD RESPIRATORIA AL CUANTO TIEMPO CONSULTAN?**



INMEDIATO	1	8.3%
1-7 DIAS	7	58.3%
15 DIAS	1	8.3%
1 MES O MAS	1	8.3%
NO CONSULTA	2	16.7%

Fuente elaboracion propia

## DISCUSIÓN

Es claro que vivimos en un burgo global, en las cuales las fronteras prácticamente se han roto y los seres humanos nos movemos de un lado a otro sin mayor dificultad. Los profesionales de la salud debemos estar enterados de cada uno de los cambios que se presentan en las diferentes culturas y de esta manera brindar el correcto cuidado en el momento que recurran a ellos, es por esto que se realiza un proyecto de a incidencia y prevalencia de enfermedades que están afectando la comunidad embera Chami del asentamiento Kima drúa en las cuales hemos encontrado que las enfermedades más frecuentes son: la rinofaringitis aguda (resfriado común) en un 31.9%, parasistoris intestinal sin otra especificación en un 28.12% y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 12.4%.

En la comunidad Embera Chami encontramos que tienen presencia de parasitismo en un 28.19% en un acumulado del 2012 hasta el 2014 en consulta externa y urgencias en el hospital de Obando; lo cual es coherente con lo referenciado en los artículos **Tungiasis en población indígena del departamento del Vaupés:**

epidemiología, clínica, tratamiento y prevención,<sup>1</sup> y prevalencia de parasitismo intestinal en la comunidad seminke del resguardo indígena wiwa de la sierra nevada de santa marta, 2014.<sup>2</sup> Donde se encontró que esta es una enfermedad que sufren los integrantes de esta comunidad junto con la presencia de diarrea que se encontraron el 12.48% acumulado en lo que competen a los años 2012- 2014, como lo indica también los **artículos La enfermedad diarreaica aguda: un reto para la salud pública en Colombia,**<sup>3</sup> **aislamientos patógenos comunes asociados con enfermedad diarreaica aguda en menores de cinco años, Bucaramanga, Colombia**<sup>4</sup> y **Agentes causantes de diarrea en niños menores de 5 años en Tunja**<sup>5</sup>, estos están **relacionados con que** algunos habitan en viviendas de piso arenoso, seco, con detritos alimentarios, la falta de tratamiento del agua; la forma de eliminación de basuras, el hacinamiento y la convivencia intra o extra domiciliario con animales son los causantes que se presenten estas enfermedades. Donde las especies más prevalentes que se encontraron fueron Blastocystis con el 94%, Endolimax nana 89.2%, E. coli 84.3%, E. histolytica/ E. dispar 55.4% y Giardia intestinalis 44.6% en la comunidad indígena Seminke del resguardo indígena Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta al igual que en la comunidad Embera Chami de etnia Kima drúa.

En el riesgo de enfermedad gastrointestinal se identifica que el lavado de manos antes y después de ir al baño en un 41.7% muy pocas veces lo realizan, el 33.3% casi siempre y el 25% dicen que siempre. En las historias clínicas se muestra que estas comunidades sufren de diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, durante la aplicación del instrumento, indican que cuando presentan diarreas el aspecto de estas son 100% líquidas y también se ve marcado que el 33.3% llevan más de 1 año sin desparasitarse, un 25% hace un año y el 16,7% fue hace 6 meses. A pesar de esto ellos prefieren consultar después de 1-7 días de

---

<sup>1</sup> Miller H, Rodríguez G. Tungiasis en población indígena del departamento del Vaupés: epidemiología, clínica, tratamiento y prevención

<sup>2</sup> **Espinosa D, Gómez N, Campo I, Cardona J, Ríos I.** Prevalencia de parasitismo intestinal en la comunidad seminke del resguardo indígena wiwa de la sierra nevada de santa marta, 2014.

<sup>3</sup> Cáceres DC, Estrada E, De Antonio R, Peláez D. La enfermedad diarreaica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 17(1):6–14.

<sup>4</sup> Uribe M, Rodríguez L, Gómez Y, Olaya L, Rodríguez S. Aislamiento de patógenos comunes asociados con enfermedad diarreaica aguda en menores de cinco años, Bucaramanga, Colombia

<sup>5</sup> Manrique F, Billón D Y Tinge II, Bello III S. y Ospina IV J. Agentes causantes de diarrea en niños menores de 5 años en Tunja, Colombia

presentar los síntomas de diarrea con un 66.7% y por cultura para evitar la deshidratación del enfermo dan bebidas de plantas en un 91.7%, viéndose de esta manera que su primera opción son los remedios caseros. Como lo podemos ver reflejado en el artículo **Enfermedad diarreica aguda en niños. Agentes causales más comunes en una comunidad del Chaco Central**<sup>6</sup> en donde realizaron estudios de análisis de heces demostrando que la diarrea aguda es un problema de salud en estas comunidades y debe ser de importancia de salud pública.

Se encuentra que en la mayoría de los hogares no se tiene el conocimiento sobre los signos de alarma principales para acudir a la prestación del servicio hospitalario en el momento adecuado, lo que con lleva a que las madres se acerquen con sus hijos cuando ya presentan un cuadro clínico bastante comprometido, los factores que se relacionan con esto son los niveles educativos, la situación es también limitada por la parte económica ya que cuentan con un empleo que limita los ingresos siendo insuficientes para satisfacer las necesidades del hogar y que inciden en el nivel de vida de estas familias como se denota en los niños del resguardo indígena cañamomo-lomapieta de caldas-Colombia viéndolo en la revisión de **salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-lomapieta, caldas-Colombia**<sup>7</sup>, en donde también indica que el hacinamiento domiciliario afecta a 35% de las familias. De igual manera se encuentra que en el resguardo caño mochuelo también existe la presencia de estas enfermedades en un 58% parasitosis intestinal, un 24% de infección aguda de las vías respiratorias superiores, 10% rinofaringitis aguda ( resfriado común) y con un 8% diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso<sup>8</sup> estas afecciones son denominas enfermedades comunes pero las cuales pueden causar graves daños.

**Sobre los aportes que brinda el artículo infecciones de vías respiratorias altas<sup>9</sup>, a partir de las enfermedades más frecuentes se puede decir que en países como Canadá y Australia existen gran cantidad de niños que presentan enfermedades respiratorias lo cual nos lleva a la comparación entre los niños indígenas y los no**

<sup>6</sup> Silva M. Enfermedad diarreica aguda en niños. Agentes causales más comunes en una comunidad del Chaco Central

<sup>7</sup> Cardona J, Rivera Y, Carmona-fonseca J. Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomapieta, Caldas-Colombia. MÉD.UIS. 2014;27(2):29-39

<sup>8</sup> Castillo M, Oliveros A, Mora A, Contador J, Cortés L, Mora j. Perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas de las comunidades indígenas pertenecientes al Departamento de Casanare, Colombia.

<sup>9</sup> Anne B. Chang, Christina C. Chang K. Grady O, Torzillo P. infecciones de vías respiratorias altas

indígenas mostrándonos que en un centro regional de Australia, la incidencia de hospitalización asociada a bronquiolitis en lactantes indígenas fue de 190 por cada 1000 lactantes.

En la revisión de la literatura se encontró que realizan una comparación de bronquiolitis y neumonía en niños indígenas y no indígenas lo cual nos brinda porcentajes de recurrencias que las tasas más altas son en la comunidad indígena, esto está ligado de cierta manera a los determinantes sociales tales como: nivel educativo, ser aborigen, factores conductuales, entorno, economía y empleo. Además de la mayor incidencia de bronquiolitis en lactantes indígenas, estos niños tienen mayores tasas de coexistencia de neumonía clínica y de consecuencias negativas posteriores a la bronquiolitis. Lo primero parece deberse a aspiración de secreciones nasales que, en estos niños, contienen una alta carga bacteriana. Esta carga supera potencialmente las defensas pulmonares locales (mucosas y de inmunidad innata), alteradas por la infección viral. 44,45%. En niños indígenas, la colonización bacteriana de la nasofaringe (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* no tipable, *Moraxella catarrhalis*) ocurre más precozmente (tanto como a las 2 semanas de edad) y con mayor intensidad que en niños no indígenas. Por otra parte se presenta mayor frecuencia de hospitalizaciones repetidas por neumonía y de desarrollo de enfermedad pulmonar supurativa crónica, en niños indígenas, 18,74% aumentos de la probabilidad de coinfección o interacciones virales-bacterianas (especulada más que probada), y un impacto diferencial de las vacunas rutinarias. Por otra parte este artículo también nos arroja que en niños que no tiene sus vacunas rutinarias tiene mayor riesgo de presentar este tipo de patologías. En donde se puede contrastar con la comunidad indígena de México evidenciándose en el artículo **Baja cobertura de vacunación en niños y niñas migrantes indígenas**<sup>10</sup> Por otra parte la dinámica que va realizando persistentes cambios de residencia ha desfavorecido la vacunación sistemática de los niños y niñas, que contribuye al incremento de la vulnerabilidad para adquirir y transmitir las enfermedades infecciosas. Estas familias al ser su principal fuente económica el jornaleo viven en situación de pobreza extrema y alto grado de marginalidad, como también se pudo evidenciar en la comunidad embera chami de la etnia kima drúa del municipio de Obando; aquí lo que pretendieron con esta investigación fue 1) describir el cambio en la cobertura de vacunación en los niños migrantes durante su estancia de seis meses en albergues del contexto agroindustrial cañero de Cuauhtémoc, Colima; y 2) identificar factores asociados con la vacunación completa. Al final se pudieron dar cuenta que el 25.3% de los niños completaron el esquema regular para su edad pero ninguno completo el esquema debido a que fue nula la cobertura de las vacunas DPT+ Hib, polio, rotavirus y neumocócica.

---

<sup>10</sup> Bárcenas RM; et al. baja cobertura de vacunación en niños y niñas migrantes indígenas. *salud pública de México*. 54, 4, 361-362, July 2012. issn: 00363634

En los factores relacionados con la salud tenemos que el 83,3% de las familias cuentan con una afiliación al sistema de seguridad social de los cuales el 66.7% pertenecen a barrios unidos, el 16.7% a caprecom y otro 16,7% no cuentan con ningún tipo de afiliación. Las comunidades indígenas se ven vulneradas por el sistema de salud ya que se indica en un 83.3% que no realizan brigadas de salud lo cual afecta a la comunidad ya que ellos no cuentan con los suficientes recursos económicos para el traslado al hospital, evidenciándose en un 33.3% que nunca asisten a los programas de promoción y prevención. Los niños menores de 5 años cuentan con el carnet de vacunas en un 91.7% con un esquemas completo de un 16,7%, uno regular de 33,3% y un esquema incompleto de un 16.7%. Lo cual es coherente con el artículo **Brechas de equidad: análisis de la información socio demográfica de la población indígena** donde señalan que la desigualdad hace propenso a padecer problemas de salud a las poblaciones originarias debido a las características sociales como la riqueza, educación, ocupación, raza/ etnia, condiciones de la vivienda lo cual explica de igual distribución de los problemas de salud y que reflejan un alto grado de inequidad <sup>11</sup>

En el riesgo de enfermedades respiratorias el 66.7% sabe que son las enfermedades respiratorias, reconociendo como la principal en un 41.7% la gripe. Considerando en un 58.3% que los animales pueden ser causantes de esta. En un 83.3% se ha presentando tos con unos episodios de menos de un mes en un 63.6% donde la tos que presentan es de un 54.5% tos seca y un 45.5% con flema. En donde un 58.3% existe el consumo de cigarrillo como un factor de riesgo, viéndose aquí de igual manera que prefieren realizar remedios caseros para el tratamiento en un 83.3% y también consultan en un 58.3% después de los 7 días de presentar síntomas, esto lo encontramos en el resultado de las encuestas realizadas a la comunidad embera Chami de la etnia Kima drúa del municipio de Obando. [referencia base de datos de Obando](#)

Asimismo al momento de tratar de cuantificar el estado nutricional se muestra que ellos en su desayuno lo que más consumen es agua panela, huevos y arepa con un 100%; al almuerzo arroz, granos, pollo, plátano, papa y huevo en un 100% y de igual manera en sus comidas, lo cual se relaciona con los hallazgos encontrados sobre **estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas embera de Colombia**,<sup>12</sup> donde se demostró que estas comunidades presentan un riesgo de desnutrición crónica de un 68,9% y talla baja en un 77.1%, en niños, en los adultos la tendencia es al sobrepeso en un 45%, demostrando que los hábitos alimenticios

---

<sup>11</sup> Maris S. Brechas de equidad: análisis de la información socio demográfica de la población indígena. Revista ciencia y cuidado. 2015; 12(1): 14 -26

<sup>12</sup> Rosique J, Restrepo M.T, Manjarrés L.M, Gálvez A. Santa J. estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas embera de Colombia

no satisfacen las necesidades nutricionales y aumentan el riesgo de inseguridad alimentaria; lo cual se convierte en un factor de riesgo para la prevalencia de enfermedades como infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda lo cual también fue documentado por investigadores en comunidad embera katio del municipio de Tierralta del departamento de córdoba donde su base de alimentación es muy similar a la encontrada en la comunidad embera Chami a base de arroz y plátano.<sup>13</sup> así como se demostró en la comunidad dabeiba de Antioquia Colombia donde su principal fuente calórico lo adquieren del plátano<sup>14</sup>. A si mismo se encontró este comportamiento en la comunidad de los arahuacos de la sierra nevada de santa marta<sup>15</sup> y no siendo solo en Colombia si no que también está presente esta problemática en otros países como lo es argentina en donde se dé marca esta misma problemática en la Comunidad Mocoví (ubicada en la provincia de Santa Fe)<sup>16</sup>.

Es preocupante el hallazgo encontrado en la comunidad embera Chami donde manifiestan la presencia de roedores en el 100%, animales no vacunado e inadecuada disposición de basuras en canecas sin tapa en un 75% Riesgo que se potencia con la practica cultural de dormir en el suelo como lo encontramos en un 41.7% aunque en los motivos de consulta no se encuentran reportes de enfermedad como *Rickettsia* si se encontró infección local de la piel y del tejido subcutáneo , no especifica, dermatitis atópicas, dermatitis seborreica infantil y prurito no especificado Lo cual es coherente con el estudio reportado sobre La sero prevalencia de *Rickettsia* sp. en indígenas Wayuü de la Guajira y Kankuamos del Cesar<sup>17</sup>, Podemos identificar que la comunidad embera Chami como las otras comunidades indígenas en el campo que se desempeñan Están más expuestos a este tipo de vectores lo cual es su principal factor de Riesgo para la salud de toda la población.

Por otra parte, las actividades cotidianas, el contexto ecológico y la cercanía del hombre

---

<sup>13</sup> Restrepo B, Restrepo M, Beltrán J, Rodríguez M, Ramírez R. estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo embera-Katio, Tierralta, córdoba, Colombia.

<sup>14</sup> Alcaraz G, Arias M, Galvez A, universidad de Antioquia. "para calentar brazo". Tomo II. colección Bicentenario de Antioquia, memorias y horizontes(2011).453-463.

<sup>15</sup> Arias m, Tarazona M ,Lamus f, granados c. estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños arahuacos menores de 5 años de edad

<sup>16</sup> Labadié S; Fernández, R. Situación nutricional de niños indígenas en la Comunidad Mocoví, Argentina. *Salud Pública de México*. 50, 6, 435-436, Nov. 2008. ISSN: 00363634.

<sup>17</sup> ortiz j, miranda j,ortiz j, navarro y, mattar s. sero prevalence of *Rickettsia* sp. in indigenous Wayuü of la guajira and Kankuamos of cesar, Colombia

a los animales domésticos facilitan la picadura por los vectores, como lo reportó el 96%

De la población Kankuama y el 42% de los Wayüü. Sin embargo, aunque los vectores

Representan molestias y pueden transmitir la infección, para ellos no significan una

amenaza, ya que por sus creencias los animales están asociados a una profunda relación con el hombre, la naturaleza y la comunidad, permitiendo así la convivencia

con ellos e incluso considerando normal la picadura del vector.

Con respecto a la ubicación, condiciones de vivienda y la presencia de animales domésticos, se puede determinar el riesgo de la propagación de vectores entre sí con mayor facilidad; de esta manera es correcto indicar que el aseo personal y del ambiente el cual estas comunidades están acostumbrados a habitar es un alto factor de riesgo para la presencia de este tipo de enfermedades.

Resolviendo otro de los objetivos de nuestro proyecto el artículo **interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población**<sup>18</sup> indígena de donde se puede indicar que se debe de implementar y fortalecer acciones al interior de la comunidad mapuche donde se ve reflejada la deficiencia de atención en salud pública a lo cual se le proponen la intervención hacia un acercamiento con la comunidad y el equipo de salud respetando sus prácticas culturales pero tratando de negociar en las practicas no muy favorables para ellos en el aspecto de salud. La falta de interés de los funcionarios que tienen el deber de velar por las actividades necesarias para el mejoramiento y la atención de la comunidad, Esto nos permite evidenciar que los agravantes en las comunidades indígenas no solo son las prácticas culturas que ellos presentan sino también el descuido por parte de la salud pública, de manera que se debe concientizar en brindarles unas medidas de control para evitar la alta presencia de enfermedades.

Por otra parte se identifica que las mujeres de la comunidad Zenú<sup>19</sup> en sus prácticas culturales tienden a confiar en los cuidados y la atención que les brindan las comadronas, lo cual indica que ellas desde el momento de dar a luz o cuando se trata del cuidado a sus hijos no recurren a los servicios de enfermería o

---

<sup>18</sup> narváez h, nayip f. interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *cienc. enferm.* ; 18( 3 ): 17-24.

<sup>19</sup> Ramos Lafont, C. P. *Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba. Tesis de Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado de la salud materno perinatal, Universidad Nacional de Colombia Convenio Universidad de Cartagena Maestría en Enfermería* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).



hospitales públicos, con lo que comprobamos que ellos no acuden a nuestros servicios como primera opción. Por lo cual según una investigación realizada por la universidad de Antioquia en la comunidad dabeiba<sup>20</sup> indica que el recurso oficial y el jaibana son los agentes a quienes acuden en caso de enfermedad infantil (85.7%) en la zona selvática; el recurso profesional y la familia fueron consultados en 82.61% en la zona satélite. Lo que es muy similar a las comunidad embera Chami.

Es importante decir que los profesionales de la salud debemos saber sobre estas culturas y reconocer cuáles son sus generalidades para poder ofrecer un correcto cuidado, como lo indica el libro potes de la enfermedad entre los embera patogenia y cura<sup>21</sup>.

La detección temprana, el diagnóstico y el manejo de estas enfermedades en los niños indígenas resultan decisivos para obtener mejores resultados y minimizar las consecuencias de todas las enfermedades a los cuales están enfrentados por su grado de vulnerabilidad. La prevención de la repetición de infecciones debe ser una prioridad clínica y de salud pública, por lo cual nos deberíamos interesar mas a investigar estos temas.

---

<sup>20</sup> Alcaraz G, Arias M, Galvez A, universidad de Antioquia. “para calentar brazo”. Tomo I. colección Bicentenario de Antioquia, memorias y horizontes(2011). 23-302.

<sup>21</sup> Arias M, López A .Potes de la enfermedad entre los embera patogenia y cura. Editorial universidad de Antioquia.

## CONCLUSIÓN

En relación a la caracterización socio demográfica de la comunidad embera Chami de la etnia Kima Drúa, se encuentran ubicados en un asentamiento de difícil acceso geográfico, que cuentan con algunos servicios públicos como electricidad y acueducto, pero carencias de otros servicios vitales como el suministro del gas domiciliario y recolección de basuras que genera una mala higiene dentro de las viviendas y la presencia de roedores e insectos, cuentan con pozo séptico en un 33,3% el resto con alcantarillado.

Es una comunidad compuesta por 144 habitantes integrados por 20 familias de las cuales presentan una alta población de niños y los adultos se dedican al trabajo de campo (jornaleros) lo cual representa la base de los ingresos para el sustento familiar, que en el 100% de la población es menos de un SMLMV, que aumenta las necesidades básicas insatisfechas.

Las características de las viviendas presentan un alto riesgo de deslizamiento y deficitarias, con presencia de hacinamiento, grietas y en su mayoría construidas de bareque, techo zinc, piso de madera y cemento, con la cocina ubicada dentro de la vivienda con fogón de leña.

Se encuentra un alto índice de analfabetismo afectando a toda la población principalmente a los niños.

En la comunidad evaluada se presenta una alta prevalencia de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, parasitismo intestinal sin otra especificación, conjuntivitis aguda no especificada, rinofaringitis aguda, amigdalitis aguda no especificada, infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada, reacción de hipersensibilidad de las vías respiratorias superiores sitio no especificado, lo cual está directamente relacionado con sus condiciones socio demográficas y sus prácticas culturales.

El acceso a la salud se ve limitada por barreras económicas, sociales y culturales, lo cual se evidencia en las alteraciones de la salud que demarcan las comunidades indígenas, la interculturalidad en las políticas públicas y en particular las de la salud, deberían evolucionar hacia políticas-interculturales las cuales promuevan el dialogo de saberes y practicas respetando las diferentes creencias presentadas por estas comunidades.

La comunidad por sus creencias y prácticas culturales que realiza cuando sus miembros se enferman inicialmente aplicando tratamientos caseros como el uso de plantas medicinales (limoncillo, hierba buena, pronto alivio, hoja de guayabo, café con limón, hoja de menta, agua panela, cascara de naranja) durante los primeros 7 días de la enfermedad; si no encuentran mejoría es cuando acuden al hospital de Obando lo cual explica la alta consulta de estas enfermedades.

También hace parte de su cultura dormir en el suelo acompañados de animales domésticos y en hacinamiento lo mismo que tomar agua sin hervir, andar descalzos, cocinar con leña, lo que los vuelve más susceptibles de enfermarse.

Reconocer las costumbres poco saludables, respetando su cultura sin imponer cambios, Permiten la comprensión de su entorno para iniciar la transformación, negociación de las paticas culturales con la manera congruente de los cuidados.

## RECOMENDACIONES

Se pudo establecer que el asentamiento Kima Drúa posee abundantes bosques, agua y recursos que dieran un aumento sustancialmente en las condiciones de vida y un mayor bienestar para la comunidad.

El mal manejo de la recolección de basura, la contaminación del agua, el material de la vivienda, el servicio público con el que cuentan para cocinar todo esto requiere de atención prioritaria.

El sistema de producción de cultivo que les brinda el departamento de secretaria de salud debería de tener un seguimiento cada 8 días para supervisar si se está realizando adecuadamente el proceso.

Se debería poner en marcha un programa integral que les asegure la tenencia de la tierra, la organización comunitaria y que los sistemas sean eficaces para la producción.

Dado a la presencia de roedores e insectos con las que cuentan las viviendas, se precisa poner en marcha un programa comandado por la secretaría de salud para que se brinden jornadas de fumigación.

Se debe tener voluntad propia en los cambios de actitud por parte de los funcionarios públicos para justar lineamientos a los distintos programas del área de la salud donde se pueda apoyar e implementar centros de convergencia y atención ambulatoria en la comunidad. Poniéndose de acuerdo las unidades políticas con las autoridades del ministerio de salud acordes a esta propuesta para lograr a tener una pertenencia cultural que oriente a la interculturalidad en la salud. Donde se refleje un cambio de las personas que laboran en el ministerio de salud pública implementando protocolos en los cuales se modifiquen las prácticas culturales al sistema de salud.

Se necesita de nuevos lineamientos para las Prácticas culturales lo cuales se integren a los “programas de defensa de la salud integral indígena”, etnia-educación, control, prevención y seguimiento.

Al ver que en la comunidad no se están implementando brigadas de prevención y promoción, se debería realizar campañas de salud en la cual abarque un trabajo multidisciplinario donde se acoja la comunidad y halla un establecido control.

Se le recomienda elegir un líder en la comunidad que sea capacitado como promotor de la salud para un buen funcionamiento tanto en la enfermedad como en el tratamiento.

Percibiendo que la comunidad no cuenta con una madre comunitaria, se precisa educar a una mujer indígena que viva actualmente en el asentamiento Kima Drúa

sobre los cuidados básicos de los menores de edad y los signos y síntomas de alarma que pueda presentar un niño de manera que puedan tener una atención oportuna.

Se evidencia la poca motivación que tienen los profesionales de enfermería en la actualidad de aprender el contexto cultural del asentamiento Kima Drua, se debería fomentar propuestas en el hospital local de Obando a los funcionarios de la salud para construir acciones que mejoren esas prácticas culturales en la enfermedad y tratamiento respetando, entendiendo, descubriendo y no cambiando sus hábitos es tratar de valorar esos errores tradicionales e integrar nuevas formas de valorar la salud dentro de un contexto de cuidado.

Se recomienda para iniciar una transformación sin atropellar su cultura ni imponer reglamentos es lograr que la persona reconozca sus costumbres poco saludables a partir de la comprensión de su entorno ya de esta manera hacer una negociación de cuidados logrando un objetivo como lo es el bienestar del paciente puesto que se debe poner en equilibrio entre sus conocimientos y el nuevo conocimiento que se les quiere fomentar, no es solo una visita o una jornada es estar más de seguido de la mano con ellos en el transcurso de su aprendizaje.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Fred G, Manrique A, Billón D, Bello S, Ospina J, Agentes causantes de diarrea en niños menores de 5 años en Tunja ,Colombia REV DE SALUD PUBLICA15 de febrero del 2006.[citado el 16 de nov. del 2014] disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42280108>

2 Uribe M, Rodríguez L, Gómez Y, Olaya L, Rodríguez S, Aislamiento de patógenos comunes asociados con enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, Bucaramanga, Colombia, MED UNAB 3 de abril del 2009.[citado el 16 de nov. del 2014] disponible desde: <http://www.med.unab.edu.co/revista/index.php/medunab>

3 Caceseres D, Estrada E, Rodrigo A, Peláez Y, La enfermedad diarreaica aguda un reto para Colombia RV PANAM SALUD PUBLICA 2005,17(1)6-14[citado el 16 de nov. del 2014] disponible desde: <http://www.panam.org>

4. Remolina A, Rey F, García L, Llanos R, Arrellana R, Clemow R, Palacio N, Fals E, Etiología de la enfermedad diarrea aguda (EDA) en barranquilla Colombia, SALUD UNINORTE BARRANQUILLA (COL), 3(1) 3-18, 1986. [citado el 16 de nov. del 2014] disponible desde: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/3-1/1\\_Etilogia%20de%20la%20enfermedad%20diarreica%20aguda\\_Salud%20uninorte\\_Vol%203.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/3-1/1_Etilogia%20de%20la%20enfermedad%20diarreica%20aguda_Salud%20uninorte_Vol%203.pdf)

5 Osorio M, Díaz P, Rodríguez E, Montaña L, Medina M, Gonzales G, Realph M, Caracterización fenotípica y genotípica de salmonella typhimurium variante 5-asociada a un brote de enfermedad transmitida por alimentos en el municipio de paz de rio Boyacá 2010 universidad de Antioquia Medellín Colombia 1 de enero del 2014. [citado el 16 de nov. del 2014] disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180529791003.pdf>

6. Restrepo B, Restrepo M, Beltrán J, Rodríguez M, Ramírez R, Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Emberakatio, tierra alta, Córdoba, Colombia biomédica V. 26 n.4 Bogotá dic. 2006 [citado el 16 de nov. del 2014] disponible desde: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572006000400006&lng=es&nrm=](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572006000400006&lng=es&nrm=)

7. Cardona J. y otros (2013) REVISTA EDIMECO, Estudio ecológico sobre Parasitismo intestinal, anemia y estado nutricional en indígenas Embera Chami [citado el 16 de nov. del 2014] disponible desde: <http://www.eldiario.com.co/seccion/REGIONAL/ind-geas-se-capacitan091020.html>

8. <http://www.hospitallocaldeobando.gov.co/hlo/Web/> (citado el 22 de mayo del 2015)

9. <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v38n3/v38n3a03.pdf> (citado el 21 de mayo del 2015)

10. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n1/24023.pdf> (citado el 21 de mayo del 2015)

11. <file:///C:/Users/Acer/Downloads/Dialnet-conocimientosYPracticasSobreEnfermedadesDiarreicas-4788277.pdf> (citado el 21 de mayo del 2015)

## 1.1 Bibliografía

1.

1 P. Parola, C.D. Paddock, C. Socolovschi, M.B. Labruna, O. Mediannikov, T. Kernif, *et al.* Update on tick-borne rickettsioses around the world: A geographic approach

Clin Microbiol Rev., 26 (2013), pp. 657–702 [View Record in Scopus](#) | [Full Text via CrossRef](#) | Citing articles (62)

Citing articles (62)

2.

2 M.B. Labruna, V.S. Mattar, S. Nava, S. Bermúdez, J.M. Venzal, G. Dolz, *et al.*

Rickettsioses in Latin America, Caribbean, Spain and Portugal Revista MVZ Córdoba., 16 (2011), pp. 2435–2457 [View Record in Scopus](#) |

Citing articles (42)

3.

3 J. Acosta, L. Urquijo, A. Díaz, M. Sepúlveda, G. Mantilla, D. Heredia, *et al.* Brote de rickettsiosis en Necoclí, Antioquia, febrero-marzo de 2006 Inf Quinc Epidemiol Nac., 11 (2006), pp. 177–192 [View Record in Scopus](#) | Citing articles (10)

4 M. Hidalgo, J. Miranda, D. Heredia, P. Zambrano, J.F. Vesga, D. Lizarazo, *et al.*

Outbreak of Rocky Mountain spotted fever in Cordoba, Colombia [Full Text via CrossRef](#) | Citing articles (13)

Ann mariner tome y, Martha Raile Alligood. Modelos y teorías de enfermería. Sexta ed. Barcelona-España: 2007.p 407-498.