

ORIGINALES

Diálogo intercultural como herramienta de construcción en políticas de salud. Amazonía Colombiana

Diana Marcela Prieto Romero. Growing Up Foundation. Bogotá. Colombia.

Para contactar:

Diana Marcela Prieto Romero. dianamar1105@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Describir el diálogo intercultural como herramienta para la construcción de políticas públicas de salud que respondan a la diversidad cultural indígena colombiana.

Métodos: Investigación cualitativa: observación participante, entrevistas en profundidad y análisis documental durante 2010 a 2019, desde la experiencia en la Asociación Indígena Zonal de Arica (AIZA) en la Amazonía colombiana.

Resultados: El diálogo intercultural en la construcción de las políticas públicas en salud relativas a los pueblos indígenas se describe a nivel comunitario, departamental y nacional. En AIZA, el diálogo se realiza entre las etnias muina, p++nemina e inga de manera constante y fluida, promoviendo el desarrollo de un proceso de salud que tiene como meta el fortalecimiento de la medicina tradicional y complementarla con la occidental. A nivel departamental, el diálogo entre las asociaciones indígenas es constructivo y colaborativo; entre asociaciones e instituciones gubernamentales, el diálogo depende de la voluntad de los funcionarios de turno. A nivel nacional, el diálogo entre las asociaciones e instituciones nacionales es precario. Las instituciones tienen objetivos de corto plazo; no comprenden que se requieren metas de largo plazo, y ello dificulta la construcción de políticas en salud pertinentes con la diversidad cultural.

Discusión: El diálogo intercultural como herramienta avanza en cada nivel, bien sea comunitario, departamental y nacional, de manera distinta y única, confluyendo diferentes factores.

Palabras clave: Competencia cultural, comunidades indígenas, políticas en salud, Salud Pública.

INTERCULTURAL DIALOGUE AS A TOOL FOR CONSTRUCTION IN HEALTH POLICIES. COLOMBIAN AMAZON

Abstract

Objective. Intercultural dialogue is reported as a tool to devise public health policies that respond to the indigenous cultural reality of Colombia.

Methods. Qualitative research strategies involving participant observation, in-depth interviews and documentary analysis over the period 2010 to 2019; from the experience in the Arica Zonal Indigenous Association (AIZA) in the Colombian Amazon.

Results. Intercultural dialogue in the drawing up of public health policies related to indigenous peoples at community, departmental and national level. In AIZA dialogue between the muina, p++ nemina and inga ethnic groups is constant and fluid. This enables developing a healthcare process whose aim is to strengthen traditional medicine complementary to its western counterpart. At departmental level, dialogue with indigenous associations is constructive and collaborative. However, dialogue between governmental associations and institutions depends on the will of the officials on duty. At national level dialogue between national associations and institutions is precarious. Institutionalism has short term aims and there is no understanding that long term goals are required. This hinders building health policies relevant to cultural diversity.

Discussion. Intercultural dialogue as a tool advances at each level, be it community, departmental and national in a different and unique way where different factors converge.

Keywords: Cultural Competency, Indigenous Communities, Health Policies, Public Health.

INTRODUCCIÓN

Colombia es un país que reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación; además es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la nación; lo anterior se fundamenta en la soberanía nacional, en el respeto a la autodeterminación de los pueblos y en el reconocimiento de los principios del derecho internacional¹.

Colombia, con la Ley 100 de 1993, crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desde el cual y bajo un modelo de aseguramiento se hace responsable de garantizar el derecho a la salud. Para ello, desde el nivel central, realiza los desarrollos políticos normativos y define cómo se apropian los recursos para financiar el sistema². La estructura del sistema en términos generales es así: a) el Ministerio de Salud gestiona la elaboración de las políticas, la Superintendencia de Salud vigila el cumplimiento de las mismas; b) se crean instituciones privadas especializadas para administrar los recursos y empresas, públicas y privadas, a cargo de prestar el servicio de salud; c) las entidades territoriales cumplen la función de vigilancia y se encargan de garantizar las coberturas en salud, por otro lado cubren la atención de las personas «vinculadas», que son aquellas que no tienen capacidad de pago y que no han ingresado al régimen subsidiado³.

En su base fundamental, el SGSSS tiene como referencia el perfil epidemiológico nacional, establecido sin la participación efectiva de los pueblos indígenas como lo determina la Ley 21 de 1991, mediante la cual se incorporó el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo; posteriormente, el Congreso de la República aprobó la Ley 691 de 2001 que en su artículo 10, establece que las acciones en salud se ajustaran a los preceptos, cosmovisión y valores tradicionales de los pueblos⁴, sin embargo, esta ley se dio bajo el modelo de aseguramiento planteado en el SGSSS, con el cual los pueblos han expresado no estar de acuerdo.

El Departamento del Amazonas se encuentra localizado en el extremo sur del territorio colombiano, tiene una extensión de 109.655 km², cerca del 10% del total del país, de los cuales 89.338 km² son resguardos indígenas, área que corresponde al 81% del territorio departamental⁵. El departamento cuenta con dos municipios y 14 asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas, entre ellas la Asociación Indígena Zonal de Arica (AIZA).

El diálogo intercultural se constituye en necesidad y herramienta fundamental para la construcción social en sociedades altamente diversas, las cuales requieren desarrollar procesos que permitan la interacción de los distintos sistemas de conocimiento, como instrumento para fortalecer el respeto y generar igualdad de oportunidades para la gente⁶, convirtiendo las políticas públicas en instrumentos efectivos para garantizar los derechos humanos⁷. Por lo tanto, es relevante conocer cómo se realiza el diálogo intercultural en los espacios políticos a nivel local, departamental y nacional.

Abordar el tema demanda la definición de las expresiones «diálogo intercultural» y «políticas públicas», y describir el contexto en el que se desarrolla esta experiencia. Para efectos de este texto, se acogieron las siguientes definiciones:

- **Políticas públicas:** son instrumentos estatales para atenuar las desigualdades sociales⁸, su planificación se concibe como un proceso que apunta a lograr un cambio social deliberado⁹ en función de un objetivo o creación de nuevos sistemas¹⁰. Existen varios factores que determinan la política sanitaria: políticos, culturales, económicos, científicos y tecnológicos, así como epidemiológicos¹¹.
- La definición de AIZA de **diálogo intercultural** como interacción y relacionamiento entre los seres humanos y no humanos (plantas, animales, ríos, etc.¹²) demanda una descolonización epistemológica¹³. Por otro lado, los indígenas refieren que existen maderas prácticamente extintas; la pesca es cada vez más difícil y algunas familias se alejaron de las prácticas tradicionales^{15,16}.

Este trabajo se propone describir y analizar cómo se desarrolla el diálogo intercultural en los espacios políticos a nivel local, departamental y nacional para la construcción de políticas públicas en salud relacionadas con los pueblos indígenas.

MÉTODOS

Se utilizó la metodología cualitativa porque permite construir un conocimiento basado en datos descriptivos en las propias palabras de las personas, sean habladas o escritas¹⁷. Se realizó una revisión documental, así como una observación participante a nivel local en los talleres, congresos y reuniones, a nivel departamental en la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa y Nacional en una reunión del espacio del Sistema Indígena de Salud Propia (SISPI). Mediante notas de campo se registraron sistemáticamente los encuentros. Además, se realizaron entrevistas a profundidad a los líderes indígenas que aceptaron hacerlas y que estuvieron más de un año acompañando el proceso, así como a profesionales a nivel departamental y nacional que igualmente tuvieron más de un año de experiencia acompañando los espacios, y todo ello en el lapso comprendido entre los años 2013 y 2019.

La población estudiada está ubicada en el Departamento del Amazonas, el cual cuenta con 14 asociaciones de autoridades tradicionales indígenas (AATI), dentro de las cuales está la Asociación Indígena Zonal de ARICA (AIZA), que es una entidad pública de carácter especial que consta de 12 comunidades.

El trabajo de campo del presente estudio utilizó el enfoque etnográfico, un enfoque centrado en la inmersión comunitaria que nos permitió ir definiendo con las comunidades las personas que se entrevistarían, y cómo y cuándo se llevarían a cabo estas entrevistas.

Estas decisiones se tomaron en reuniones de la comunidad o en espacios de conversación cotidiana, en los que se contaba con la presencia de autoridades políticas o tradicionales; es decir, las decisiones de a quién entrevistar, cómo y cuándo no fueron decisiones externas ni con base a criterios externos.

Lo anterior permite recoger en contexto relatos y significados con los cuales se construyen los resultados del presente trabajo. Se realizaron 7 conversaciones individuales y 12 colectivas, en las que participaron mujeres, jóvenes, adultos, tradicionales, promotores de salud, asesores de ONG y funcionarios de instituciones públicas como la Secretaría de Salud Departamental.

Para el caso del presente estudio, por ser un trabajo con dos pueblos indígenas, el procedimiento fue el de consulta y concertación con las autoridades tradicionales indígenas. Los pasos realizados fueron: a) contacto con el presidente de AIZA con el cual se comenta el proyecto; b) el presidente comenta al secretario de salud de AIZA el objetivo del proyecto, lo acepta y deciden consultar al cuerpo de tradicionales; c) se realiza la consulta a los tradicionales en el espacio del mameadero, en una reunión interna de la asociación; d) se consigna la aprobación en el acta de la reunión de marzo de 2013.

Del mismo modo, se realizaron los acercamientos pertinentes a la Dirección de Salud Departamental del Amazonas.

La información obtenida fue estudiada con base al análisis interpretacional, en el que, como explica Valles, «el investigador no presupone la existencia de estructuras o relaciones ocultas que el analista deba descubrir, más bien se pretende identificar y categorizar elementos (temas, pautas, significados, contenidos) y la exploración de sus conexiones, de su regularidad o rareza, de su génesis»¹⁸.

RESULTADOS

Diálogo intercultural en el interior de la Asociación Indígena Zonal de Arica

La AIZA está ubicada en el resguardo Predio Putumayo, cuenta con 12 comunidades ubicadas sobre las riveras de los ríos Putumayo e Igará-Paraná, y para acceder a su territorio se requiere como mínimo 3 días de viaje desde Bogotá, la capital de Colombia.

Los pueblos indígenas que conforman la asociación pertenecen a las etnias muina, p++nemina e inga. A partir de 2002 establecen un acuerdo con la Fundación Gaia Amazonas, fundada a principios de la década de 1990, para el acompañamiento en la consolidación y fortalecimiento de la gobernanza en su territorio. Está decisión demandó un diálogo al interior de la asociación entre comunidades y pueblos. El diálogo se llevó a cabo durante diferentes actividades, como congresos, asambleas, talleres o reuniones, las cuales, a partir de sus principios culturales de respeto, reciprocidad e integridad cultural, llegaron al acuerdo de iniciar un proceso de salud bajo la coordinación de un secretario y con el acompañamiento de los médicos tradicionales, parteras y promotores de salud, con el objetivo general de fortalecer la medicina tradicional y complementarla con la occidental, orientándose a construir un sistema de salud pertinente a las condiciones culturales y geográficas, siendo conscientes de que el camino para materializar el objetivo es largo.

La Secretaría de Salud de AIZA presenta anualmente ante su congreso el Plan Operativo Anual (POA), instrumento en el cual organizan de manera integral las actividades y que es aprobado por la junta directiva y los gobernadores. Del mismo modo, al finalizar el año la Secretaría rinde un informe de cada una de las actividades con su reporte financiero, especificando avances, dificultades y retos para abordar.

En este diálogo, AIZA ha promovido la participación de todas las comunidades en la construcción de la red de vigilancia comunitaria. Los promotores registraron la información tanto de las enfermedades tradicionales como occidentales. El proceso se inició con acuerdos entre los médicos tradicionales de las diferentes etnias, quienes acordaron unificar los nombres de las enfermedades tradicionales para efectos del registro y establecer los criterios de sistematización temporal de acuerdo con el calendario ecológico. El formato de registro de la información se construyó con la participación de los promotores, parteras y médicos tradicionales. Igualmente, a través de acuerdos, se seleccionaron las personas responsables para registrar la información. Lo anterior dio como resultado un mayor compromiso y participación de todos.

De acuerdo con el POA, los médicos tradicionales, parteras y promotores de salud se reúnen dos o tres veces al año para organizar, unificar y analizar la información comunitaria, ejercicio que se estructura en función del calendario ecológico. Del mismo modo se organizan las actividades colectivas para realizar la prevención y promoción de los eventos en salud, entre las que se resaltan los bailes tradicionales, entendidos como un ejercicio de diálogo entre los seres humanos y los seres espirituales, dueños de los animales, las plantas, lugares específicos del territorio, etc.

De la misma manera, al finalizar el año, reunidos en asamblea general o congreso, establecen y coordinan directrices políticas y espirituales a través del mame y ambil, elementos sagrados hechos de coca y yarumo, el primero, y de tabaco y sal de monte, el segundo, para que sus coordinadores de salud, educación y territorio se desplacen a la ciudad de Leticia a dialogar con la entidad territorial; en el caso de salud, con la Dirección de Salud Departamental del Amazonas (DSDA), en el marco de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa (MPCI).

Es importante resaltar que el diálogo intercultural se lleva a cabo en el espacio de la *maloka*, lugar sagrado donde, además de reunirse, realizan bailes y curaciones, etc., acompañados por sus elementos sagrados mame, ambil, maniquera, caguana. Allí, el maloquero, el mameadero, el fogón, así como cada espacio, tienen una importancia particular en el diálogo, de tal manera que las mujeres, niños, sabedores, tradicionales, gobernadores, jóvenes y comunidad en general desempeñan un rol fundamental.

Diálogo a nivel departamental

En la MPCI, el diálogo se estructura en tres niveles/momentos: 1) entre las asociaciones indígenas, con el fin de compartir sus procesos e identificar puntos de coincidencia y divergencia en ellos; 2) entre asociaciones indígenas y asesores de la Fundación Gaia Amazonas, espacio que permite analizar y precisar los aspectos técnicos, políticos y jurídicos de los procesos y estructurar las estrategias de diálogo en función de ser propositivos; y 3) entre las asociaciones indígenas y la DSDA, escenario en el cual se presentan los procesos indígenas en forma de propuestas concretas para la adecuación, construcción, definición e implementación de políticas públicas.

La MPCI es un escenario creado en 2002 a partir del trabajo organizativo de los pueblos indígenas y en el marco de una crisis de gobierno departamental, en la cual un gobernador interino decidió junto con las AATI del departamento suscribir un acuerdo especial para la constitución y consolidación de un escenario permanente que permita coordinar los planes, programas y proyectos a desarrollar en los territorios indígenas¹⁹.

Antes de llevarse a cabo cada sesión de la MPCI, existe un espacio de preparatoria, donde se reúnen en Leticia, capital del departamento del Amazonas, las 14 asociaciones indígenas del departamento junto con los asesores. En este espacio, las asociaciones comparten las directrices dadas por sus tradicionales y comunidades. Este diálogo se realiza a partir de los elementos sagrados. Posteriormente, cada asociación relata cómo fue el trabajo

desarrollado en su asociación, describiendo las dificultades y avances que tuvieron. Este compartir experiencias contribuye en el avance de los diferentes procesos en salud; esto es un desarrollo del principio indígena según el cual: primero hay que conocerse uno mismo para no perderse y, posteriormente, poder ir al espacio del otro para conocerlo y reconocerlo.

Seguidamente, en compañía de los asesores, las asociaciones construyen una estrategia para abordar el diálogo con la entidad territorial. Su definición y organización demanda un diálogo interno entre las asociaciones, estableciendo consensos sobre los puntos comunes y las particularidades de cada proceso. Deciden conjuntamente quién será el vocero mayor y la propuesta de agenda, así como la distribución de los temas; qué líderes van a intervenir y cómo lo harán, además de quiénes son los asesores que los acompañarán por si necesitan que intervengan, previa autorización del vocero mayor.

El diálogo de los delegados de las asociaciones con los asesores es un compartir, una colaboración acerca de cómo caminar, la construcción conjunta, el cómo hacer y qué hacer en situaciones específicas de la coordinación con el Estado. Es un acompañamiento de una persona confiable y él o ella deben saber el sentido de la palabra para entender ambos lados. Además, tiene que ser alguien que viva y conozca la cultura, cada asesor debe tener una formación que le permita entender el pensamiento de los pueblos indígenas. Por lo tanto, es una persona que contribuye a tejer los procesos.

Por otro lado, el diálogo con la DSDA ha pasado por diferentes momentos, descrito por líderes indígenas y profesionales de la DSDA. Al inicio se daban las discusiones, y los acuerdos no se cumplían. A partir de la sesión 12, la estrategia fue empezar a comprometer al gobierno, a través de convenios con las AATI, para apoyar el trabajo que se tenía en las comunidades. Esta propuesta avanzó, pero su consolidación enfrentó problemas por la perspectiva de poder, fundada en los recursos financieros de la entidad territorial.

Posteriormente, las asociaciones reconocen que el espacio de la MPCÍ es un proceso y, por lo tanto, analizan los avances y las dificultades. En la sesión 22, la DSDA decía que las asociaciones no sabían administrar; sin embargo, la mayoría demostró que son responsables con los productos a entregar y con la administración financiera de acuerdo con los convenios firmados.

Como dificultades en el proceso del diálogo, los asesores refieren que: «Las culturas amazónicas siempre lo aceptan todo, pero no lo acogen todo. Eso está bueno para usted; para mí está bien de otra manera. Ese es un principio que estamos intentando explicar a la entidad territorial». Para los líderes indígenas, la principal dificultad es: «A la entidad territorial le cuesta reconocer la aceptación de la palabra del otro. Cuando uno la acepta, respeta su mundo, su espacio, su forma de ser y comparte su espacio. Ese es el sentido de una interlocución, y ahí es cuando se puede construir algo en conjunto. Por lo tanto, este espacio es una invitación a que el otro construya conmigo y tejamos». Para algunas funcionarias de la DSDA, la principal dificultad es que en el interior de la institucionalidad no se ve el espacio de la MPCÍ como un proceso y no se teje este con el que hacer de la entidad. Por lo tanto, los acuerdos quedan como una lista de actividades de salud pública. Por otro lado, no hay una preparación al interior de la DSDA como debería ser; reduciéndolo a si se cumple o no la actividad, pero no tratando de entender el pensamiento de las comunidades indígenas. Por último, es relevante resaltar que después de 9 años se reconoce la MPCÍ a través de la ordenanza 004 del 2011 de la Asamblea Departamental.

Diálogo a nivel nacional

En el espacio del Sistema Indígena de Salud Propia (SISPI), han participado diferentes departamentos con sus respectivos delegados indígenas de las asociaciones, asesores y una persona de la DSDA.

La Comisión de Salud de Amazonas trabajó en la presentación de una propuesta para la construcción del SISPI. En el ejercicio se evidenció el esfuerzo de las partes para tener un diálogo intercultural que les permitiera construir un trabajo mancomunado. En ese sentido, la propuesta presentada partió de la definición de territorialidad y territorio, el cual está ordenado de acuerdo al calendario ecológico que establece el orden de cómo relacionarnos y qué hacer en cada época, y la forma como aparecen las enfermedades, además de la definición de salud, que es el equilibrio entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad, de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo.

A partir de estos conceptos, proponen la construcción de un perfil epidemiológico que refleje la realidad de los departamentos y de las comunidades (enfermedades y tradicionales y occidentales), y en base al perfil epidemiológico diseñar la política de salud, que debe ser construida de acuerdo con las reglas de los indígenas y no debe venir orientada por otras entidades. Del mismo modo proponen que la financiación y la administración se realice a través de las entidades territoriales indígenas, sin intermediarios, y resaltan que la calidad debe ser entendida desde las asociaciones: para lo cual se requieren personas eficientes, que trabajen con respeto y en coordinación con la medicina tradicional. Lo anterior indudablemente demanda trabajo desde las comunidades y apoyo de parte del Estado.

Por otro lado, en el evento se evidenciaron actos y procedimientos que van en contravía con un diálogo intercultural, como, por ejemplo:

- La alimentación es un elemento para las comunidades indígenas donde se realiza el diálogo, sin embargo, en la reunión no se tuvo en cuenta este elemento, perdiendo la oportunidad de dialogar y compartir; es un elemento a tener en cuenta en la organización de reuniones y eventos con pueblos indígenas.
- El objetivo del evento fue la socialización y retroalimentación del trabajo avanzado con los pueblos indígenas en el territorio, sin embargo, los que más intervinieron y tomaron la palabra fueron las personas que representaban a las distintas instituciones. En algunos departamentos participaron más funcionarios institucionales que líderes indígenas.
- En el desarrollo del evento no se garantizó una traducción de los distintos dialectos, lo cual generó pérdida de información valiosa para el diálogo, y una desarticulación de unos departamentos con otros.
- En estos espacios se pierde la posibilidad de que los líderes indígenas expresen directamente sus opiniones y expectativas de construcción de propuesta de una política a la institucionalidad del nivel nacional, debido al poco tiempo del evento y al cumplimiento de un orden del día extenso, donde se pretende alcanzar objetivos rápidos, de corto plazo, razón por la cual la institucionalidad a nacional no escucha, dificultando la construcción de políticas adecuadas.

DISCUSIÓN

En este estudio se refleja el interés de las comunidades indígenas de AIZA por contribuir en la construcción de una política pública de salud acorde a la realidad étnica y cultural, para lo cual realizan diálogos interculturales en diferentes instancias: entre las diferentes etnias y pueblos que conforman AIZA, con las demás asociaciones a nivel departamental y nacional para unificar objetivos, y finalmente dialogando con las instituciones departamentales y nacionales. Lo anterior reafirma que la construcción y aplicación de una política pública es un proceso de comunicación en el más amplio sentido de la expresión²⁰.

El diálogo intercultural que realizan las comunidades de AIZA en la construcción de esta política en salud contribuye a garantizar que la normatividad cuente con la participación de las personas que serán afectadas, y que aporten sus conocimientos desde el territorio, para así incorporar y proteger de una manera adecuada y respetuosa los conocimientos ancestrales, como lo dicta la Constitución Política de Colombia. Por lo tanto, es importante un trabajo intersectorial y una mirada integral de los problemas sociales complejos, de forma que la participación indígena se constituye como un determinante social en la construcción de políticas públicas²¹.

El proceso de AIZA demuestra que el diálogo intercultural incentiva la participación en la medida en que todas las etnias y comunidades de la asociación están involucradas en la construcción de una política en salud, de tal manera que se responda a la realidad y a las necesidades de su gente, a partir de la definición de salud y el calendario ecológico desde la medicina tradicional, y todo ello materializado en la vigilancia comunitaria como una herramienta para el diálogo con las entidades departamentales e institucionales. Lo anterior ratifica la participación comunitaria como un mecanismo para el fomento de la organización democrática y como un mecanismo de transformación del sector salud²².

Por otro lado, los espacios políticos como la MPCÍ y el SISPI son considerados espacios de invitación para el diálogo intercultural, entendido este como un proceso donde primero hay que conocerse a uno mismo para no perderse y tener la capacidad de escuchar al otro y entenderlo. En ese sentido, el diálogo es una invitación a participar en la construcción de políticas, convirtiéndose en uno de los pilares en los que se fundamenta la gobernanza y la ordenación integrada y sostenible del territorio²³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Nacional de Colombia Bogotá; 1991.
2. Ministerio de Salud y la Protección Social. Ley 100 Salud Md, editor. Bogotá; 1993.
3. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez. J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública de México. Febrero de 2011; 53.
4. Ley 691 mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Justicia, Diario Oficial: 18 de septiembre de 2001. [Consultado el 25 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1666556>
5. Gobernación del Amazonas. Plan de desarrollo del Departamento del Amazonas Leticia: Gobernación del Amazonas; 2012.
6. Guendel L. Aprendiendo acerca de la interculturalidad y la política en los países andinos. *inter.c.a.mbio*. 2008(5);6:109-30.
7. Organización de las Naciones Unidas. Prácticas de buen gobierno para la protección de los derechos humanos. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas; 2008.
8. López del Paso R. Informe Beveridge y su influencia en los sistemas públicos de prevención social. Málaga: Extoicos; 2011.
9. Henrik LB. Planning for Health. 2nd ed. New York: Human Sciences press Inc.; 1981.
10. Hyman HH. Health Planning A Systematic Approach. 67th ed. Rockville md.: Aspen Systems Corporation; 1975.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington: OPS; 1991.
12. Prieto Romero DM, Apraez Ippolito G, Guzman Valbuena M. Analisis del diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en la Amazonía colombiana. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 2018;11(1):37-44.
13. Obras clásicas del pensamiento latinoamericano y del Caribe. [Internet]. Enrique Dussel; 2020. [Consultado el 4 de abril de 2009]. Disponible en: <https://enriquedussel.com/su-obra/obras-clasicas-del-pensamiento-latinoamericano-y-del-caribe/>
14. Sigerist H. Historia social de la medicina Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
15. Gómez A, Lesmes AC, Rocha C. Cauchería y conflicto colombo peruano. Bogotá: Coama; 1995.
16. Vargas Llosa M. El sueño del celta. Barcelona: Alfaguara; 2010.
17. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación Barcelona: Paidós; 1987.
18. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 1999.
19. Preciado JC. Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa. Bogotá: ONG Gaia; 2011.
20. Velazquez B. La comunicación fundamento de las políticas públicas. *Comunicación*. 2014;(30):23-33.
21. Zuliani A, Bastidas A, Ariza M. La participación: determinante social en la construcción de políticas públicas. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015; 33(1):75-84.
22. Briceño LR. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Medellín; *Cadernos de Saúde Pública*. Opinião: 1998. p. 141-7.
23. Manero FM. La participación ciudadana en la ordenación del territorio: posibilidades y limitaciones. *Cuadernos Geográficos*. 2010;47(2):47-71.

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2020 **Fecha de aceptación:** 29 de septiembre de 2020

Editor responsable: Joan Quiles Izquierdo



Volver

COMENTARIOS

0
comentarios

Dejar un comentario

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar