



8

Colección  
**Ciencias Sociales**

# Investigar el desarrollo para debatirlo

**Aportes epistémicos, interdisciplinarios  
y multiescalares desde la Maestría  
en Desarrollo**

Denisse Roca-Servat y Luz Stella Carmona Londoño  
Editoras académicas



Universidad  
Pontificia  
Bolivariana

361.3  
C287

Roca-Servat, Denisse, Editor.

Investigar el desarrollo para debatirlo: aportes epistémicos, interdisciplinares y multiescalares desde la Maestría en Desarrollo / Denisse Roca-Servat y Luz Stella Carmona Londoño, editoras académicas -- Medellín: UPB, 2020.

251 páginas, 14 x 23 cm. (Ciencias Sociales)

ISBN: 978-958-764-835-5

1. Desarrollo social -- 2. Investigación social -- 3. Maestría en desarrollo -- Investigaciones -- I. Carmona Londoño, Luz Stella, Editor. -- I. Título (Serie)

CO-MdUPB / spa / RDA  
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| © Carlos Esteban Fernández Gómez               | © Lina María Suárez Vásquez     |
| © Olaf Pineda Nuñez                            | © Denisse Roca-Servat           |
| © Luz Stella Carmona Londoño                   | © María Botero Mesa             |
| © Isabel Cristina Preciado Ochoa               | © María Luisa Eschenhagen Durán |
| © Juliana Pineda Guzmán                        | © Ana Elena Builes Vélez        |
| © Victoria Cifuentes Rojas                     | © Ana María Sossa Londoño       |
| © Marcela María Vergara Arias                  | © Ana María Hernández Escobar   |
| © Luz Andrea Suárez Álvarez                    | © Guillermo León Moreno Soto    |
| © Ángela Esmeralda Hincapié Gómez              | © Daniela Ruiz Gómez            |
| © Editorial Universidad Pontificia Bolivariana | © José Roberto Álvarez Múnera   |
- Vigilada Mineducación

#### **Investigar el desarrollo para debatirlo.**

#### **Aportes epistémicos, interdisciplinares y multiescalares desde la Maestría en Desarrollo**

ISBN: 978-958-764-835-5

DOI: <http://doi.org/10.18566/978-958-764-835-5>

Primera edición, 2020

Facultad de Trabajo Social

Maestría en Desarrollo

CIDI. Grupo: Territorio. Proyecto: Ecología Política y Pensamiento Ambiental desde América Latina/Abya Yala- Radicado: 775B-06/17-12.

**Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín:** Mons. Ricardo Tobón Restrepo

**Rector General:** Pbro. Julio Jairo Ceballos Sepúlveda

**Vicerrector Académico:** Álvaro Gómez Fernández

**Decano de la Escuela de Ciencias Sociales:** Ramón Arturo Maya Gualdrón

**Editor:** Juan Carlos Rodas Montoya

**Coordinación de Producción:** Ana Milena Gómez Correa

**Diagramación:** Jorge Vélez Misas

**Corrección de Estilo:** Eduardo Franco

**Fotos Portada:** Pixabay

#### **Dirección Editorial:**

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2020

Correo electrónico: [editorial@upb.edu.co](mailto:editorial@upb.edu.co)

[www.upb.edu.co](http://www.upb.edu.co)

Telefax: (57)(4) 354 4565

A.A. 56006 - Medellín - Colombia

**Radicado:** 1953-26-02-20

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

# Salud y desarrollo: una aproximación a la interculturalidad a partir del estudio de la malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño, en el departamento del Amazonas<sup>1</sup>

Isabel Cristina Preciado Ochoa  
María Luisa Eschenhagen Durán

## Introducción

Este trabajo de carácter teórico-empírico busca poner en diálogo diferentes formas de construir conocimiento frente al fenómeno de la enfermedad, la salud y el tratamiento, desde el modelo

---

1 Este capítulo es resultado de la tesis Preciado Ochoa, I. (2018) *Contribuciones para un enfoque intercultural en salud: estudio de la malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño-Amazonas (2015-2017)* (Tesis de maestría, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia), y del trabajo etnográfico realizado en la investigación: "Implementación de un Sistema de Alerta Temprana para la prevención y control de las principales—ETVs— en el departamento del Amazonas", Colombia, del Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales—Pecet—de la Universidad de Antioquia, financiado con regalías del departamento del Amazonas.

biomédico y la medicina tradicional indígena, en el contexto del municipio de Puerto Nariño, en el departamento del Amazonas, particularmente en enfermedades como la malaria, desde la perspectiva teórica de la interculturalidad en salud como un puente entre ambos saberes. Para esto, parte de exponer cómo el modelo biomédico se define con una mirada (moderna) biologicista y multicausal de la vida, y construye un conocimiento específico alrededor de la salud y la enfermedad. Por su parte, el conocimiento indígena, aunque tiene un amplio abanico de acciones preventivas y curativas dentro de su sistema médico tradicional, ha adaptado hábilmente al lado del tratamiento de atención de muchas de sus enfermedades los conocimientos del modelo biomédico.

De esta forma, ambos modelos se han articulado de manera pragmática y dialéctica (no siempre simétrica). Ejemplo de esto es el uso de la quina en la farmacopea occidental o el de la aspirina combinada en infusiones de base vegetal usada por los indígenas. Tal interpretación se hace a partir del uso de conceptos como *desarrollo, salud e interculturalidad* en salud y el trabajo etnográfico realizado sobre la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (ETV) entre 2015 y 2017, en el territorio indígena de Puerto Nariño.

Para desarrollar los elementos esbozados, este trabajo plantea, inicialmente, una reflexión sobre la forma en que hegemónicamente se concibe estar enfermo o saludable, contrastándolo con la visión indígena. A continuación, comprende la relación salud, enfermedad y tratamiento desde lo que sería una perspectiva intercultural. Posterior a ello, presenta, a través de un caso particular, algunas de las dificultades que surgieron en una investigación ecoepidemiológica, definida con enfoque multidisciplinario y de salud intercultural. Con los argumentos anteriores, genera algunas ideas sobre la relación salud, enfermedad y tratamiento en un contexto indígena, y finalmente a manera de conclusión plantea unas breves consideraciones.

## La determinación de estar enfermo o saludable: claves en la formulación de acciones en salud con enfoque intercultural

---

*“La admisión en los sistemas públicos de las medicinas tradicionales y sus representantes, de los modos naturales de cuidado de la salud, de equipos multidisciplinarios, de ópticas conjuntas de las ciencias naturales y ciencias sociales de la salud puede hacer: que los resultados frente a la enfermedad sean mejores y que el progreso sanitario se cimente en las aportaciones equitativas”.*

(Aparicio Mena, 2007, p.10)

Existe una serie de nociones técnicas asociadas al discurso y las prácticas del desarrollo que configuran la determinación de acciones en salud para todos los grupos humanos indistintamente. Una de esas nociones es la de saneamiento básico, la cual ha desempeñado un papel transversal en la manera en que Occidente considera la relación salud y enfermedad. Sus deficiencias o inexistencias han sido consideradas como determinantes de la falta de condiciones de vida y, en este sentido, como factor en la aparición de enfermedades. Además, se ha construido un imaginario científico y popular que defiende una noción de progreso, salud, bienestar y desarrollo única para la práctica médica, la salud en su conjunto y las políticas en salud, y desecha otro tipo de formas de construir la determinación de estar enfermo o saludable.

Desde la década de 1960, el saneamiento básico fue considerado como fundamental en la relación salud y desarrollo socioeconómico, y se constituyó desde entonces en uno de los frentes de mayor inversión de recursos por parte de las agencias de ayuda como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Escobar, 2007). Esta estrategia fue impulsada principalmente para las ciudades, de dejó al margen las zonas rurales, un hecho paradójico si se considera que

la evaluación de este indicador somete a los mismos estándares de evaluación el campo y la ciudad.

Otro concepto asociado al saneamiento básico es el de necesidades, el cual, según Illich (1996), está enraizado en la noción de salud occidental y el discurso del desarrollo. Comenzando con una serie de indicadores que definen los bienes y servicios universales que una persona puede o no proveerse a partir de la capacidad adquisitiva que una persona tenga para adquirirlos, en caso de su escasez es determinado como pobre o no. Ambos conceptos, estrechamente relacionados, terminaron por definir la vida respecto de la carencia personal, es decir, de “la incapacidad de una persona para lograr los artículos ‘necesitados’ o los ‘servicios necesitados’” (p. 167).

La definición de necesidades universales, entendidas como la necesidad de la educación, la salud, el abrigo, la alimentación, ponen a la humanidad en un lugar común para todos, estableciendo necesidades comunes, con lo cual las personas son reducidas tan solo a un mero perfil de necesidades exclusivamente materiales (Illich, 1996). Este es el caso de la salud: “las prescripciones médicas son marginales a la salud de una nación, el costo de una medicina profesional insalubre continúa sobrepasando el de un estilo de vida saludable” (p. 161). Esto para referirse al hecho de que las necesidades han sido creadas por un aparato que busca generar insatisfacción, sin considerar que, las más de las veces, los estados de enfermedad son atribuibles a una pérdida de conocimientos heredados, del cambio del cuerpo, de sus ritmos propios y de autonomía para enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte (Illich, 1976).

Ahora, a pesar de tener ya desde hace varias décadas estas reflexiones, demostraciones y sugerencias, el modelo biomédico aún a la fecha escasamente entra en diálogo con las particularidades culturales de los contextos indígenas, como es el uso del lenguaje, las narrativas propias y con ello la comprensión de sus formas de ser, hacer y conocer. Por ejemplo, dentro del sistema biomédico particularmente, lo que es definido como síntomas, diagnóstico y prescripciones, en el transcurso de atención y tratamiento de las enfermedades, corresponden a etapas clave en el desarrollo de los mecanismos científicos de control social (Kapelusz-Poppi, 2011), en el que son instalados conceptos como *necesidades*, *calidad de vida*, *bienestar e higiene* que no necesariamente se enmarcan dentro de las categorías propias para el caso de los indígenas. Ellos más bien hablan respecto

de la provechosa cacería, chagra sin plaga, buenas relaciones entre el clan, solo por mencionar algunas.

Así, mientras que la medicina tradicional no contiene dentro de su lenguaje palabras como *patologías, diagnósticos o higiene*, conceptos como *necesidad, bienestar o buen vivir* están lejos de la mirada unívoca que tiene Occidente frente a estas palabras y su trasfondo. Su entendimiento de la relación salud, enfermedad y tratamiento habla de desarmonías, de ausencia de salud, desequilibrios energéticos o rupturas (Aparicio, 2007). En este sentido, el discurso y las prácticas del desarrollo generan una ruptura con la concepción de salud de los pueblos indígenas, pues, mientras que la primera está asociada al progreso económico y al conocimiento científico, para los pueblos indígenas la relación con la naturaleza es entendida como una armonía con su entorno y en el interior de la comunidad, así como el respeto de las normas sociales y naturales contribuyen a configurar tales equilibrios.

Foucault (1977) plantea al respecto que el problema de la salud ha sido resultado del “desarrollo del sistema médico y el modelo seguido por el ‘despegue’ médico y sanitario de Occidente desde el siglo XVIII” (p. 9). Castro-Gómez (2005) también expresa al respecto cómo el uso del lenguaje con la expansión colonial de la Europa moderna, concretamente con las reformas borbónicas, comienza a definir lo que es entendido y concebido como enfermedad, pobreza, ocio o bienestar. La racionalidad económica en este nuevo ciclo inició un camino de regulación de la vida en función del aumento de la productividad y por tanto de la riqueza, y a su vez estableció las prácticas de cuidado del cuerpo, los tratamientos y los lugares para desarrollar la práctica curativa.

Lo anterior produjo una forma de conocimiento único edificado por una especie de punto cero (Castro-Gómez, 2005), equivalente a tener el poder de construir una visión sobre el mundo social reconocida como legítima y avalada por el Estado. Según Castro-Gómez consiste en “un verdadero trabajo de construcción de la realidad social en el que los ‘expertos’ se definen a sí mismos como observadores neutrales e imparciales del mundo” (p. 142). No obstante, al observar la historia, puede identificarse cómo las percepciones de los lugares, las personas y las concepciones de las enfermedades, las ideas de bienestar y el lenguaje que los define van cambiando de una empresa a otra, como discursos que son

instrumentalizados para abanderar una causa. Empresas como las misiones religiosas, la Colonia, las reformas borbónicas o la industria extractiva, y ahora las misiones de salud, incluso, cada una define una manera de representación, una construcción de la salud y un lenguaje.

En alusión al concepto de Foucault, Castro-Gómez (2005) plantea el concepto de *biopoder* a aquella máquina que cambia según los intereses de dominación. Así, las representaciones del “otro” son fundamentales aparatos de control y dominación, o, dicho de otra forma, los imaginarios del “otro” son fundamentales para entender las redes discursivas mediante las cuales el estado de salud o enfermedad es definido. Es decir, “la legitimación narrativa que ofreció la ciencia para la implementación de ciertas prácticas de control sobre la población durante el siglo XVIII” (p. 309). La salud de los indígenas, de acuerdo con lo señalado, obedece, por tanto, a un camino de adaptación moldeado culturalmente. De esta forma, el sistema capitalista ha contribuido ostensiblemente en la pérdida de los saberes tradicionales, de equilibrios energéticos, del cuidado de sí, en las transformaciones ambientales de los territorios y con ello en las insustentabilidades territoriales que repercuten en el estado de salud de la población. En casos como el de la Amazonía colombiana, por ejemplo, la explotación cauchera y demás actividades extractivas han generado el aumento de epidemias o la migración hacia otros territorios.

Así, en los relatos de los indígenas de las riberas del río Loreto Yacú, del municipio de Puerto Nariño, aparecen de manera recurrente la alusión a los mercados o las remesas de aceite, azúcar, enlatados como leche en polvo Klim, sardinas y tarros de galletas, que les repartían en la década de 1960 que eran enviados desde Estados Unidos. Con este tipo de prácticas de “ayudas para el desarrollo”, las estructuras sociales, las costumbres alimenticias y las prácticas productivas fueron lentamente corroídas. Y como bien señala Langdon (2014), es posible observar desde entonces que “las actividades de subsistencia, así como la caza y la pesca, están muy reducidas, y la dependencia de la economía de mercado es mayor que nunca” (p. 21).

Además, para esta misma época, el narcotráfico inicia con fuerza en esta zona del país e involucre a gran parte de la población indígena del departamento. De acuerdo con Riaño (2003), el traba-

jo de la gente se diversificaba, pero casi todos tenían que ver con esta actividad. Algunos mantenían y construían los laboratorios y aeropuertos, otros servían como vigilantes o en la siembra y recolección de la hoja de coca, las mujeres por su parte se empleaban en oficios domésticos en las fincas de ‘los patrones’.

En este sentido, y de acuerdo con Illich (1975), la pérdida de los conocimientos propios repercute en las capacidades que tienen las comunidades para enfrentar las nuevas circunstancias de sus territorios, la cual determina sus condiciones de salud y contribuye en la agudización de problemas nutricionales por la pérdida de su soberanía alimentaria, y de nuevas dinámicas poblacionales que generan problemas de salubridad y saneamiento básico, ambientales, de seguridad y violencia.

Frente a esta situación sociocultural, las formas en que son comprendidas las enfermedades desde el modelo biomédico son miradas fragmentadas del cuerpo, la mente y el espíritu, y sobre todo desconocedoras de las realidades políticas, económicas y culturales de los territorios. Donde, además, el factor biológico es el único que tiene relevancia en la definición de las patologías, así como de las estrategias de prevención y atención. Son este tipo de concepciones que dificultan el curso de sanación de las enfermedades en tales contextos. Afirma Illich (1996) que esta forma ha contribuido a la expropiación de las capacidades de las personas para afrontar por sus propios medios la enfermedad a través de las adaptaciones propias a los ambientes, a los cuidados desde los conocimientos profundos adquiridos de generación en generación y a la solidaridad y la cooperación entre las personas. Al respecto, señala también Aparicio (2007):

La dimensión del ser humano es de amplia y variada expresión. Sus males y enfermedades, también. El enfoque unilateral de la terapéutica en los países occidentales, desde las ciencias naturales, es insuficiente. El ser humano es un ser social, no solo un conjunto de estructuras y funciones que conforman un cuerpo. (p. 10)

Sin embargo, las políticas públicas de salud han sido definidas desde la visión biomédica como también los presupuestos en que las enfermedades aparecen, que privilegian ciertos aspectos para darles

solución, mientras que niegan o invisibilizan otros. En este contexto, los actores son múltiples, uno de ellos el Estado, así como los organismos multilaterales internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre otros. Todos ellos desempeñan un papel crucial en la creación de estas retóricas y prácticas, pero no constituyen los únicos protagonistas: el análisis debe mirar también la variedad de instituciones públicas y privadas, redes de profesionales e ideologías de diversa naturaleza y origen que participan en su formación. Estrechamente interrelacionado con lo anterior, está el sistema económico que desempeña un papel fundamental en las decisiones frente al qué y al cómo hacer, y tratar las enfermedades. Estos procesos no evolucionan de manera lineal y continua, ni afectan a toda la sociedad por igual.

Por tanto, lo que aquí se busca es demostrar que la atención intercultural requiere para el tratamiento integral de la enfermedad una mirada al complejo sistema de la vida, a la red de relaciones e interdependencias que la constituyen.

## Abordar la relación salud, enfermedad y tratamiento desde una perspectiva intercultural

La condición humana ha sido el movimiento y con él los flujos de intercambio y migración. La interacción entre pueblos ha influido en la producción e integración de múltiples saberes y prácticas, por acuerdos, imposiciones o adopción voluntaria. Esta realidad posibilita abrir la puerta a nuevas miradas frente a conceptos como el de *cultura*, *diversidad cultural*, *identidad e interculturalidad*. Al considerar que son las interacciones la generalidad y no la excepción a la regla lo que constituye el bagaje de todas las culturas, el enfoque intercultural en salud busca cuestionar el conocimiento biomédico como única vía para comprender el fenómeno de la salud, la enfermedad y la atención. A la par este enfoque intercultural fortalece los saberes y las prácticas propios como un sistema de conocimiento y acción, en permanente diálogo y desencuentro e inclusión y exclusión con otros conocimientos.

Es de señalar que todos los grupos humanos desarrollan estrategias para curar o prevenir las enfermedades, mejorar sus condiciones de salud y combatir la muerte, para lo cual han creado los sistemas de salud que, además, son la forma explicativa del fenómeno de la enfermedad. Todos los sistemas médicos establecen formas curativas, de entender la enfermedad y de sanarlas a través del uso de instrumentos y personas. Autores como Alarcón, Vidal y Neira (2003) señalan, por tanto, que “las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales [sic] es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual” (p. 1063). Para llegar a ello, todo sistema posee una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias que definan la salud y la enfermedad.

Todos los sistemas médicos presentan axiomas o principios basados en un modelo epistemológico que sustenta la práctica médica y distingue medios para validarse y legitimarse a sí mismos. Por esto, “distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno resultan en diferentes explicaciones de la enfermedad” (Alarcón et al., 2003, p. 1063). La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que facilita, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades y la adherencia a los tratamientos. Por tanto, “el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre médicos y pacientes” (p. 1063).

En consecuencia, la búsqueda de estrategias que articulen e integren distintos enfoques en salud debido a las complejidades que encarna el encuentro entre culturas o cosmologías diferentes ha determinado la creación de diferentes propuestas. Nacidas algunas desde la institucionalidad occidental y otras lideradas por las propias comunidades indígenas, en el caso colombiano, a través de una propuesta como el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (Sispi), el cual aboga por la construcción de una política de salud propia, en la que la prestación de servicios de salud esté dada desde el marco de la interculturalidad.

Para el caso de la institucionalidad, los primeros intentos para llegar a un enfoque incluyente pueden rastrearse comenzando con la

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,<sup>2</sup> realizada en Kazajistán, conocida como Alma-Atá. En este marco, la participación comunitaria es considerada como fundamental para “la decisión de estrategias y en planificar, poner en marcha y controlar los programas de desarrollo” (Díaz, 2008, p. 23).

Este escenario propició programas basados en promotores de salud indígenas que pretendían tener a un agente indígena, capacitado en atención primaria en salud (APS) en cada uno de los pueblos indígenas de Latinoamérica y África. Sin embargo, es de señalar que, pese a las buenas intenciones del programa, este surge en el contexto de la Guerra Fría o lucha anticomunista y, por tanto, se encuentra inmerso en políticas de intervenciones asistenciales y tecnológicas de alta prioridad. Es decir, se trató de injerencias determinadas, no por las comunidades, sino por expertos internacionales en salud que desconocían por completo las particularidades históricas, económicas, culturales y políticas de estos países.

Aunque este trabajo no pretende cuestionar la importancia que la APS ha tenido a lo largo de estas décadas, las estrategias propuestas no han pasado, aún hoy, de ser “acciones simples desarrolladas por personal auxiliar y promotoras de salud” (Hernández y Obregón, 2002, p. 220).<sup>3</sup> Además, el promotor de salud fue convertido en un funcionario occidental que transformó sus propias prácticas y las de sus territorios, sin que esto surtiera el mismo

2 De acuerdo con Molina, a raíz de la reunión de las naciones celebrada en Alma-Ata, en 1978, se reconoció la APS como la estrategia más efectiva para alcanzar el mayor nivel posible de salud, lograr equidad y superar las desigualdades. El logro de dichos objetivos debe, como principio imprescindible, aceptar que la salud es un derecho humano fundamental, más que la ausencia de enfermedad, y que en su garantía intervienen otros sectores, además del sanitario, pues la salud se halla íntimamente relacionada con el desarrollo socioeconómico y requiere la participación de las personas, tanto individual como colectivamente. (2012, p. 230)

3 De acuerdo con Díaz (2008), ya en 1979, antes de que la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural fueran usados como argumento en contra, la Fundación Rockefeller declaró que la versión integral de la APS de Alma-Ata era demasiado cara y poco realista, para lo cual, si se querían mejorar las estadísticas de salud, habría que realizar intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado para los grupos de alto riesgo. Esta nueva intervención más limitada se conoce como atención primaria de salud selectiva (APS-S).

efecto dentro del modelo biomédico, revestido de “neutralidad” y científicidad, y por ende imposible de ser permeado. Al respecto, Suárez (2001) plantea:

Estos agentes de salud comunitarios se convirtieron en la mayoría de los casos en falsas figuras de poder, que, en vez de mejorar las condiciones de salud de su comunidad, lograron una ruptura de los procesos comunitarios, pues olvidaron su función de promover hábitos de vida saludables, prevenir enfermedades y de educación en salud y se dedicaron a esperar la llegada de los “pacientes” a sus consultorios rudimentarios (puestos de salud). (p. 176)

Para esa misma fecha, ocurren otras iniciativas institucionales a nivel mundial que abrieron el camino a esta perspectiva o enfoque, al integrar el componente ambiental en la forma de comprender los problemas de salud en el mundo. Algunas de estas propuestas fueron presentadas en la creciente conciencia ambientalista iniciada en la década de 1970, pero cobró más fuerza en la década de 1980, debido a una serie de accidentes que constituyeron daños ambientales irreversibles, tales como el accidente en una fábrica de pesticidas en Bhopal, en la India, en 1984; el accidente nuclear de Chernobyl, en Ucrania, en 1986; o el derrame petrolero Exxon Valdez en Alaska en 1989.

A partir de esta época va a desarrollarse una serie de encuentros y acciones como la Carta Mundial de la Naturaleza promovida por la ONU o el Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo “Nuestro futuro común” o Informe Brundtland. Este despertar ambiental pudo hacerse más visible en la salud, a través de acciones como la Carta de Ottawa para la promoción de la salud en 1986 que planteaba la necesidad de abordar la salud desde un enfoque sistémico e integral; la Agenda 21 resultado de la Cumbre de la Tierra en 1992 que traza la necesidad de involucrar la diversidad cultural como vía para mejorar las condiciones de salud; la Carta de la Transdisciplinariedad Convento de Arrábida, 6 de noviembre de 1994 que aboga por una racionalidad abierta que vincule diferentes ciencias, culturas y saberes para desarrollar estudios transdisciplinarios; y la ecosalud, de más reciente aparición, en 2011, que propone un espacio social integrado por diferentes actores con enfoques y prácticas compatibles (Bazzani y Sánchez, 2016).

Desde 1992, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) vienen promoviendo un enfoque nombrado como intercultural en los servicios de salud y una propuesta cercana definida como determinantes sociales de la salud. La primera propuesta, a grandes rasgos, establece que todos los grupos étnicos puedan acceder a los cuidados que necesiten e integrar su conocimiento y prácticas tradicionales para mejorar su salud. Y la segunda “reconoce el impacto que las condiciones sociales, políticas y económicas ejercen sobre la salud, que generan inequidades sanitarias” (OPS, 2009, p. 8). Ambas propuestas coinciden en que,

la necesidad de coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud. Existe riqueza de conocimientos de los médicos locales tanto en los Andes como en la Amazonía y el reto es reconocer y valorar formas distintas de conocimientos y saberes en el campo de la salud, e incorporarlas de manera gradual a los sistemas de salud “oficiales”. (OPS, 2008, p. 35)

Aunque esto abre un camino a otras formas de comprender la salud en contextos diversos, es necesario no desconocer los desencuentros epistemológicos entre las formas hegemónicas de hacer, ver y pensar, y las visiones subalternas.

## Tensiones en la multidisciplinariedad en el proceso de atención en la salud intercultural

Un ejemplo de la complejidad que encarna el encuentro con otras epistemologías surge en el trabajo multidisciplinario propio de la investigación de campo del que derivan muchas de las reflexiones propuestas en este estudio. Los investigadores, bajo una óptica de conocimiento particular (disciplinaria), intentan establecer estrategias que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de estas co-

munidades. Para ello, se investigaron sus realidades, y con la información recolectada, construyeron un sistema de alertas tempranas (SAT) que posibilitó prever la aparición de brotes de enfermedades como la malaria. Mientras que el sistema de conocimiento de las comunidades indígenas que conviven de manera permanente con la enfermedad construye su propio sistema de tratamiento (itinerario terapéutico), de acuerdo con las dinámicas de su vida en la selva y se adaptan a las dificultades que traza el sistema de salud occidental a pesar de las distancias de modelos de atención y las lógicas de tiempo (figura 3.1). En el trabajo de campo, se evidenciaron varias experiencias que ilustran tal complejidad, por la heterogeneidad de miradas en el equipo de trabajo en la construcción del SAT, concretamente entre tres modelos interpretativos y epistemes diferentes: la de las ciencias exactas, las sociales y las formas indígenas de entender el mundo. Para ilustrar los retos de esta complejidad, esta comenzó ya con la propia definición de una ruta de trabajo de acuerdo con los criterios planteados por la manera en que las ciencias biomédicas y la biología definen sus metodologías de trabajo investigativo.

**Figura 3.1 Asistencia del equipo SAT a un brote de malaria en la comunidad de San Pedro de Tipisca, en la primera salida de campo.**



Fuente: Fotografía del autor.

Por tanto, se presentaron discusiones alrededor del trabajo multidisciplinario, evidenciado, por ejemplo, en la disparidad de la participación de las diferentes disciplinas de la ruta de trabajo, con un solo investigador social frente a un equipo con más de seis biólogos y una veterinaria, y del equipo médico constituido por dos bacteriólogos, dos médicos y un técnico en ETV. Semejante consrelación conlleva necesariamente dificultades en la construcción de una metodología conjunta, en la articulación y en el momento de escribir, como también en las posturas divergentes frente a cómo era visto lo indígena por una u otra disciplina.

Particularmente, en la formulación de la metodología para las salidas de campo (se realizaron siete en total, entre agosto de 2015 y enero de 2017 con una duración de un mes aproximadamente), se resalta que fueron organizadas de acuerdo con las necesidades de información de cada investigador. Sin embargo, la primera dificultad que emergió fue la definición de una encuesta y su aplicación a través de una *tablet*, metodología en la cual las ciencias sociales tuvieron poco espacio y poder de participación.

La encuesta por definición tiene un carácter cuantitativo, cuyo objetivo era la recolección de información ecoepidemiológica, el tipo de vivienda y las características de cada persona como edad, sexo, peso, talla y grado de escolaridad. Aunque tales datos buscan identificar los factores de riesgo involucrados en la aparición de la enfermedad, la encuesta tiene limitaciones porque su aporte está en la entrega de unos datos exactos que generen indicadores. Por su parte, un investigador social precisa enfoques y métodos holísticos, con tendencias a objetivos cualitativos para comprender la complejidad de la realidad que intenta leer. Por tanto, la comprensión de la enfermedad no se daba desde un análisis multifactorial, sino de la red de relaciones de muchos elementos, de tal modo esta herramienta resultaba insuficiente para comprender la complejidad de la enfermedad.

Insuficiente, primero, porque arroja una información limitada, fragmentada, cuyos datos no permiten identificar las prácticas o los modos de vida o experiencias, lo cual hace casi imposible dar una respuesta integral a una enfermedad como la malaria. Y segundo, porque tal metodología no posibilita otro tipo de interacción con la información ni ampliarla, lo cual dificulta profundizar en la escritura cuando la información que da el encuestado no es tan amplia y

el artefacto tecnológico plantea un límite mayor con el encuestado, por la rigidez del instrumento. En consecuencia, la preeminencia asignada a la medición cuantitativa, reflejada en indicadores del más diverso tipo y combinación, deja a lo cualitativo relegado.

Otra dificultad al realizar la formulación de la encuesta entre diferentes disciplinas fue el uso de ciertas categorías como el concepto de *raza*,<sup>4</sup> bastante debatido por las ciencias sociales e, incluso, por la ciencia genética. Si bien el investigador social acompañaba la toma de muestras de las personas que pueden estar enfermas, la construcción de los formatos obedecía a modelos de encuestas que eran definidos para las necesidades y la recolección de información de los biólogos y médicos, y poco o nada servían para el análisis de información del antropólogo.

Asimismo, la complejidad en este proceso se dio frente a la definición del material pedagógico para trabajar esta enfermedad y otras ETV con las comunidades. Primero, porque, si bien el Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales tiene ya un bagaje en la elaboración de materiales pedagógicos, como los juegos de mesa, estos habían sido realizados para otras investigaciones con población campesina y urbana. Sin embargo, esta era una situación diferente, ya que el trabajo era en un contexto indígena y desde la perspectiva social se consideraba que tales materiales no estaban adaptados culturalmente a las dinámicas de juego de los niños, que la mayor parte del tiempo lo pasan al aire libre, en contacto con la tierra y el agua. Además, porque la forma de transmisión del conocimiento era la tradición oral y experiencial.

La crítica se centraba en que los juegos de mesa no correspondían a sus formas de aprendizaje y cosmovisión, y estos para que logren generar un impacto en el tiempo requieren un procedimiento pedagógico de más largo aliento y acompañamiento. Para ello, habría que darles continuidad en el tiempo, por lo que no puede

---

4 Frente a esta situación se llamó la atención en el grupo de pensarnos el concepto, pero el investigador principal a través de un correo señaló: "Desde los albores de la humanidad el hombre (y ello incluye a la mujer) le han puesto nombre a todo y luego lo han clasificado, de acuerdo con las características comunes, para así hacer más fácil la identificación. Como todo en la vida, hay personas que cuestionan las clasificaciones y proponen otras... O simplemente las rechazan". Así se cerró cualquier oportunidad de discusión.

responder a actividades esporádicas, pues necesitan un tiempo más largo para lograr las transformaciones de conductas para lo que su- puestamente fueron desarrollados.

Respecto de la socialización de resultados, también se presen- tó una situación particular. Una reunión para darles a conocer a todas las autoridades tradicionales —curacas— de la Asociación de Autoridades Indígenas—Aticoya— fue muy fundamental para poner en evidencia los mundos diferentes y la complejidad de estos intercambios. Ahí, fue posible observar las contradicciones de las miradas entre las ciencias exactas, las de las ciencias sociales y las de los indígenas. Dentro de los planteamientos de la reunión por parte del equipo investigador, se solicitaba a la comunidad la instalación de cámaras trampa para identificar mamíferos y poder con ello es- tablecer correlaciones entre insectos y animales transmisores. Esta situación generó una tensión entre ambas partes: primero, por par- te de los indígenas, pues argumentaban que el lugar definido para la instalación de estos artefactos se pretendía realizar en los sitios sagrados, los salados.<sup>5</sup> El presidente del resguardo y otros curacas plantearon:

*“Este es sitio sagrado, donde vive la madre de agua y que los espíritus y demás entidades que habitan allí se molestarían”. (reunión con asamblea Aticoya, 7 marzo 2016)*

*“Esos son los sitios donde más somos mezquinos, nuestros dioses Ipi, Itaga, están celosos. Se están ahuyentando los ani- males por lo que se prohíbe rotundamente la instalación de cá- maras trampa”. (reunión con asamblea Aticoya, 7 marzo 2016; figura 3.2).*

5 Los salados, como su nombre lo indica, son sitios con altas concentraciones de sal, visitados por animales que buscan complementar su dieta y mitigar intoxicaciones producidas por una dieta herbívora (Molina, 2010). En torno de estos lugares se han construido una serie de usos y saberes tradicionales en los que algunas culturas, como la ticuna, ven en ellos los lugares de ha- bitación de las madres de agua y espíritus que entran y salen de un mundo a otro, por lo cual se consideran sitios sagrados.

**Figura 3.2. Reunión con autoridades tradicionales del municipio de Puerto Nariño.**



Fuente: Fotografía del autor.

Ante la preocupación de las autoridades tradicionales, los investigadores aclararon el alcance de la instalación de las cámaras trampa y el respeto a la decisión de las autoridades de no instalarlas. Y al terminar la reunión, uno de los biólogos del SAT manifestó entre el propio equipo de investigadores que, si se les hubiese ofrecido dinero, seguro otra hubiese sido la situación y así hubieran aceptado la instalación de las cámaras trampa. Esto fue registrado en el diario de campo el 7 de marzo de 2016.

Tal comentario es ilustrativo de la dificultad en el encuentro con el “otro”, pues evidencia dos racionalidades o cosmologías diferentes frente a la manera de relacionarse con la naturaleza. Así, las representaciones, las formas no instrumentales de considerar la naturaleza por parte de los indígenas, plantean un desencuentro ante las formas de conocimiento del “occidental”, que considera que todo es comercializable. Dos formas de ver el mundo, dos lenguajes que en un primer momento parecen ser ininteligibles y terminan por ser simplificados por el “otro”, al ser calificadas desde el propio sistema de valores.

Esta situación particular podría ser leída respecto de lo que plantea el enfoque del giro ontológico como equivocación sin control, una especie de malentendido que sucede, no porque haya perspectivas diferentes del mundo, sino porque hay mundos diferentes y

estos no se reconocen (Blaser, M, 2009). O, dicho de otra forma, los entendimientos no se dan porque se tengan diferentes perspectivas de mundo, sino porque los interlocutores no se percatan de que el otro está en-actuando<sup>6</sup> y asumiendo un mundo diferente. Es decir, “se refiere a una falla comunicativa no entre quienes comparten un mismo mundo, sino entre aquellos cuyos mundos u ontologías son diferentes” (p. 84).

En consideración a estas posturas, los grupos indígenas también han asumido una posición crítica y han convertido la promoción de estrategias para el desarrollo y la implementación de políticas públicas que favorecen la integración entre la biomedicina y la medicina tradicionales, ya que, tal y como están propuestas, tampoco sería propiamente un enfoque de interculturalidad, porque, en la práctica, el conocimiento hegemónico sigue siendo impositivo y determinante de las conductas que adopte el paciente y no el médico. Esto se visibiliza en cuestiones, como falta de sensibilidad, escucha y respeto frente al trato que reciben por parte del personal de salud biomédico.

La población en general percibe discriminación por los prestadores de salud, y este comportamiento no es deliberado, sino que es parte de la formación académica centrada en el asistencialismo biológico, que ignora el contexto intercultural y ahuyenta al paciente de su servicio de salud (al desmerecer y desconocer su idioma y costumbres, o ignorando su cosmovisión) (Arce, 2013, p. 48).

Así como la carencia de empatía frente a las condiciones de vulnerabilidad de muchos pacientes, el no respeto y la estigmatización de sus prácticas culturales, el menosprecio o la subvaloración de sus opiniones y el desconocimiento y desinformación frente a sus propios derechos son limitantes para construir formas de comprender la salud con perspectiva intercultural, todos estos aspectos terminan por incidir en las condiciones de salud de los pacientes, de su satisfacción frente al servicio y de la atención del personal, lo cual influye también en el distanciamiento de las indicaciones mé-

---

6 El concepto de en *acción* es utilizado por Blaser (2009) para referirse a la manera en que los sujetos participan en la organización de su propio conocimiento. Es decir, que la forma de construir conocimiento no se da solo desde la cabeza, sino que incluye el entorno, las percepciones.

dicas, una ocurrencia mayor del abandono o falta de adherencia a los tratamientos y de resistencia al uso de la biomedicina, que lleva a la confrontación y al choque cultural.

## La relación salud, enfermedad y tratamiento en un contexto indígena

---

Las explicaciones y formas de concebir las causas que generan los cambios y disturbios orgánicos, físicos y psíquicos de las personas, así como el tratamiento y los métodos para curarlos, sobre quiénes, en qué condiciones, tiempos y lugares determinan las maneras en que cada cultura resuelve la enfermedad. En los pueblos indígenas, la concepción de la salud, la enfermedad y el tratamiento, y por tanto de la dinámica vida y muerte, está construida desde el entrecruzamiento de las fuerzas del bien y el mal, los poderes sobrenaturales, dioses y demonios, y la profanación y ruptura de los ciclos de la naturaleza. Todo lo cual evidencia, también, cómo las culturas indígenas están permeadas por el cristianismo y así igualmente está definida la salud, como castigo, por ejemplo. Estos elementos desempeñan un papel determinante en los desajustes de la salud física y mental que viven las personas.

Tal evidencia plantea la necesidad de que, en un contexto de salud intercultural, se cuestione la noción clásica de *cultura* como una estructura simbólica aprendida, compartida e implícita, que da por sentado todo lo que en ella sucede (Escobar, 2012). Esta orientación revela la existencia de una diversidad cultural, sin embargo, las ubica también en un mismo mundo que alberga toda la realidad y no reconoce realidades diferentes, lo cual implica no darle cabida a la posibilidad de otros mundos o realidades epistemológicas y ontológicas.

Esta perspectiva clásica de cultura sigue ubicada sobre el modelo científico occidental y bajo sus propias premisas, sin ninguna posición crítica; solo plantea algunas variaciones bajo el mismo enfoque epistémico. Frente a lo cual Escobar (2012) propone comprender la cultura más bien como diferencia radical, en el sentido de postular la existencia de mundos interrelacionados y de pluriversos o mundos diferentes.

Así, una nueva aproximación al concepto de *cultura* necesita desentrañarse o desprenderse de la mirada estática para comprenderla mejor como una red de relaciones y procesos dinámicos. Para ello, es necesario considerar todas las características comunes que un grupo determinado de personas comparten y construyen a través de sus propios saberes y prácticas, y de acuerdo con el lugar y el nivel de interacciones con otros grupos humanos con los que comparten o llegan a su territorio (figura 3.3).

**Figura 3.3. Médica tradicional de la comunidad indígena de San Pedro de Tipisca.**



Fuente: Fotografía del autor.

La noción de *cultura* que se propone cuestiona la cultura “como algo discreto, limitado e integrado” (Escobar, 2007, p. 247), transita hacia otros sentidos y propicia repensar la dicotomía que ha encerrado este tipo de conceptos, tal y como el mismo Escobar (2012) cuestiona, al oponerse a la naturaleza, así como al de otredad que remite al cuestionado relativismo cultural y a una visión unívoca de la realidad.

Por consiguiente, intenta romper con categorías dicotómicas que imponen en este caso los conceptos de *salud* y *enfermedad* en la biomedicina, que varios autores (Blaser, 2009; Blaser y De la Cadena, 2008; Bonelli, 2015; Escobar, 2014) vienen cuestionando. Este es el caso de la cultura separada de la naturaleza o del cuerpo opues-

to al espíritu; esta mirada fragmentada ve la enfermedad tan solo como el producto de la alteración en el funcionamiento de algún órgano del cuerpo. Sin embargo, una mirada integradora, como la del mundo indígena, en la que la enfermedad tiene que ver con el estar bien con su territorio, con las relaciones que establecen con él, con la naturaleza y con otras entidades.

Es necesario considerar que en el mundo indígena interactúan diversos elementos que no aparecen de manera separada como lo humano y lo no humano, el espíritu y el cuerpo, o lo natural y lo sobrenatural (Citro y Gómez, 2013). Cada elemento de la vida indígena actúa de manera interdependiente e interrelacionada (Escobar, 2014), lo cual sucede de igual forma en las esferas de la salud en las que pasar por un sitio sagrado habitado por un espíritu sin ciertas consideraciones o cazar más de lo necesario logra generar rupturas de los flujos energéticos y, por tanto, ocasionar la enfermedad.

Los indígenas mantienen una percepción propia de la salud y enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen (Cardona y Rivera, 2012). La enfermedad, por su parte, es entendida como la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza (OPS, 2008), y es una transgresión de normas y principios de convivencia.

Para tratar de solucionar los problemas de enfermedad y la dualidad vida/muerte, la comprensión de las prácticas rituales y sagradas constituyen un fundamento en los procesos de sanación de las enfermedades, así como el uso de la herbolaria a través de las propiedades curativas de las plantas, el manejo de las energías y los espíritus que enferman “y la intermediación del médico tradicional como agente que restablece las relaciones del hombre con el mundo espiritual” (Cardona y Rivera, 2012, p. 477). Es decir, resulta indispensable comprender su cosmovisión, porque, “en concordancia con la noción de *sanación*, la mayoría de las enfermedades son tratadas a través de rezos y procedimientos que involucran el equilibrio de energías, y para algunas sanaciones se hace necesario estar en un sitio sagrado” (p. 477).

Por tanto, el papel del médico, curandero o chamán, como usualmente son nombrados entre los indígenas, desempeña un papel determinante en la práctica de sanación, dado el nivel de relacionamiento que tiene con el paciente. Así es como la medicina tradicional indígena tiene en su práctica terapéutica una compasiva comprensión de la vivencia de quien padece la enfermedad, una empatía comunicacional del curador con su paciente y el entendimiento del contexto social y cultural del enfermo al hacer parte de él. Por tanto, para ellos, hay enfermedades que los médicos occidentales no pueden ver, porque no tienen un “diagnóstico científico”. Por ejemplo, enfermedades como el susto o el mal de ojo, son patologías que solo el médico tradicional logra identificar en el niño.

De esta forma, el conocimiento tradicional opera como una diversidad de habilidades sociales, espirituales y técnicas de conocimientos y saberes prácticos, que tienen diferentes composiciones, algunos heredados de generación en generación. Debido a que se inspiran en un pensamiento multidimensional, estos tipos de saberes son inseparables en la realidad.

Durante miles de años en todas las culturas indígenas ha sido conservado un gran acervo de conocimientos, que hacen parte de la ancestralidad indígena, y tal como la formación del saber biomédico, han requerido que quienes se ven abocados a tal tarea tengan que confinarse exclusivamente durante años con otros sabedores para ser formados como médicos tradicionales, chamanes (Cardona y Rivera, 2012). Plantean, además, que

la pachamama es la encargada de brindar, a través de las plantas y los elementos de la naturaleza, el saber a los médicos para que se pueda dar la sanación de una enfermedad; en este sentido, el médico tradicional solo actúa como intermediario entre la madre naturaleza y el paciente, al activar la relación con la madre naturaleza (Cardona y Rivera, 2012, p. 476).

Una visión desde los ciclos de la vida como red de relaciones define la salud como la armonía entre los dominios físico, psíquico, social, espiritual y ambiental, lo que depende de la no división de la relación entre el ser humano y la naturaleza, pues es esta interacción la que posibilita la salud y el equilibrio de energías en los resguar-

dos (Cardona y Rivera, 2012). Una diferencia clave en cómo ve la enfermedad y la salud la biomedicina, pues, además de concebir el cuerpo como máquina, también se enfoca en el individuo, separado de su entorno, a diferencia de lo que propone para los indígenas. De acuerdo con los indígenas koguis de la Sierra Nevada de Santa Marta, “nosotros entendemos la salud como el bien con nuestro territorio. La sierra también tiene vértebras, que son las rocas; venas, que son los ríos; corazón, que es la montaña” (Baena, 2015, párr. 7). Para reforzar esta idea, afirman al respecto Gómez y Sotomayor (2008) que “la enfermedad surge como consecuencia de una transgresión, de la transgresión de la norma que rige las relaciones entre seres, humanos y no humanos” (p. 32).

Es decir, que la salud no es vista meramente como un problema orgánico, sino como el equilibrio con el territorio, entendiendo este, no como espacio de reproducción económica, sino de patrimonio colectivo, donde convergen redes de relaciones entre las personas, las entidades y la naturaleza (Echeverri, 2004). Por su parte, el modelo biomédico hegemónico ve los problemas de salud como relaciones de causa y efecto, como un sistema mecánico y de causalidades, incluso ni siquiera se llega a las causas, solo a la atención de los síntomas, y desconoce que tales problemas son el resultado de la complejidad ante las tramas de la vida, desde la perspectiva de los indígenas.

El conocimiento situado ha hecho que las culturas asimilen los saberes hegemónicos y los reinterpreten y adapten a sus propios contextos, es lo que en este trabajo se considera como itinerarios terapéuticos. Formas de asimilación de todos los grupos humanos frente a los diferentes modelos médicos, integrados a su propia cultura y como resultado de un conocimiento adquirido a través del intercambio con otros grupos culturales. Es necesario considerar que las culturas son dinámicas y no están sujetas a identidades fijas. En este sentido, el conocimiento de una cultura es construido desde jerarquías de poder y con actores sociales diferentes que se oponen, reflejan, reproducen e incorporan diferentes tipos de conocimiento (Fóller, 2002). La gran diversidad cultural que converge actualmente y con el pasar de los años hace que diferentes saberes y prácticas sirvan para ampliar las posibilidades de curas y estrategias preventivas para palear las enfermedades.

Por eso, los itinerarios terapéuticos y la autoatención son parte fundamental dentro de la salud, enfermedad y tratamiento. De acuerdo con Menéndez (2005), son las representaciones y las prácticas que las personas a nivel personal o colectivo utilizan para diagnosticar, atender, aliviar, explicar, curar, solucionar o prevenir lo que puede afectar su salud, sin la intervención directa e intencional de un curador profesional.

Estas prácticas han sido parte de un camino aprendido por el contacto directo con los profesionales de la salud occidental. Dan respuestas a qué hacen las personas o un grupo, por qué hacen lo que hacen y cuánto tiempo hacen lo que hacen ante la percepción de lo que en los grupos indígenas se considera un problema de salud, de una alteración del estado “normal”, y cómo pueden solucionarlo, utilizando el conocimiento adquirido previamente y sin el acompañamiento médico. La elección del tratamiento para aliviar el malestar está, además, influida por las distintas concepciones de salud y enfermedad que la persona o el grupo determinan. Menéndez (2005) plantea como un elemento fundamental que “la autoatención evidencia que, si bien los sujetos y grupos se equivocan, usan incorrectamente los medicamentos, etc., también pone de manifiesto que aquellos aprenden, modifican, resignifican sus prácticas, y que una parte de esa automedicación ha sido decisiva para abatir o controlar determinados padecimientos” (p. 64).

De acuerdo con lo anterior, y tal como se ha venido planteando, las relaciones entre enfermedad y salud son construidas culturalmente. Esta construcción admite distintas lecturas y causalidades en relación con los síntomas y los signos de la enfermedad. Esto posibilita que su interpretación o lectura cambien según la eficacia de la cura o lo que el enfermo crea o interprete en su momento. Por este motivo expresan Areco et al. (2015) que están determinadas las “preferencias, selecciones y combinaciones de medicinas de acuerdo, en buena medida, a sus vivencias de salud y enfermedad, y cuanto más larga es la enfermedad, mayor será la utilización de diversas terapéuticas para combatirla” (p. 169).

Así es como el autotratamiento lleva a la práctica de los aprendizajes de la atención terapéutica médica, traslapando conocimientos empíricos adquiridos con la biomedicina, las medicinas tradicionales, las medicinas religiosas o alternativas, de forma tal que de acuerdo con el avance de la enfermedad se alterna el uso de una u

otra. Por ejemplo, ante un dolor de cabeza, una persona cualquiera recurre a la toma de acetaminofén sin necesidad de ir a consulta, porque ha aprendido a lo largo de sus consultas con el médico que este sería el medicamento recetado. Además, lo toma con una infusión de manzanilla o sauce que tiene efectos analgésicos, porque la abuela se lo recomendó. Si el dolor persiste masajea uno de los puntos de la mano, tal como la acupuntura lo sugiere. Y, finalmente, si el dolor persiste utiliza la oración o va donde un médico tradicional para que lo rece o a urgencias a un centro hospitalario para ser atendido.

## Consideraciones finales

---

La medicina tradicional evidencia una mayor apertura al diálogo con otros modelos médicos, mientras que el modelo biomédico sigue siendo reticente a incorporar elementos y, sobre todo, a reconocer y establecer un diálogo horizontal con otros saberes y prácticas. Por todo lo anterior, para llegar a un enfoque intercultural en salud, urge que el concepto indígena de salud y su episteme sean reconocidos como saberes igualmente válidos, y con ello preservar y fortalecer los sistemas de salud indígena.

De igual manera, allanar un camino al diálogo de saberes para un enfoque intercultural posibilitaría cuestionar la práctica biomédica clásica, la concepción biologicista de la salud, así como la manera en la que son construidas las políticas en salud, y reformular el saber y las prácticas de la salud pública, al buscar alternativas metodológicas y técnicas que reconozcan la complejidad que emana en tales contextos.

Para lograr esto, es necesario el establecimiento de mecanismos claros de trabajos interrelacionados, entre el personal correspondiente de los servicios de salud biomédico, la participación de las comunidades, los curanderos tradicionales, los encargados de formular políticas y los funcionarios, sin jerarquías de conocimiento, tal y como la Política de etnicidad y salud (Resolución CSP29.R3 Política sobre etnicidad y salud) lo propone, a fin de asegurar que los recursos humanos respondan al perfil epidemiológico y al contexto sociocultural de las comunidades indígenas, así como realizar acciones que implican, en primer término, tomar conciencia de la

cultura del paciente, para poder relacionar y, luego, incorporarla en el proceso de atención de salud (Aparicio, 2007).

Frente a todas las consideraciones expuestas, puede plantearse que ningún programa de salud intercultural puede llevarse a cabo si no son contemplados los problemas estructurales en las políticas de este ámbito. Es decir, los planteamientos políticos de las instituciones de salud requieren, no solo estar incluidos o nombrados dentro de los programas del Ministerio de Salud, sino también que el sector médico y desde lo formativo esté dispuesto al diálogo de saberes, y ceder parte de su poder a los encuentros que faciliten llevar a cabo la resolución de la enfermedad.

En definitiva, un enfoque intercultural en salud implicará cuestionar relaciones de poder enraizadas en la inferiorización de los indígenas, desmontar actitudes, representaciones y prácticas discriminatorias y racistas profundamente arraigadas en la historia y la cultura nacional, en sus instituciones y en las propias personas (Castro-Gómez, 2005; Escobar, 2007, 2012; Quijano, 2000). Respecto de lo que propone Couture-Grondin (2011), “repensar la interculturalidad implica tratar de no reproducir los modelos trazados por la hegemonía occidental” (p. 9). Asimismo, Alarcón, Vidal y Neira (2003) plantean que un modelo de salud intercultural requiere necesariamente reconocer los sistemas médicos como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno de la enfermedad.

En este mismo sentido, y tal como Delgado (2016) lo propone, “la salud puede pensarse en referencia al itinerario que la misma vida fija, a los valores que el ser humano construye, a las prácticas culturales que le dan sentido” (p. 93). Todos estos autores coinciden en que una aproximación a la salud intercultural necesita desarrollar como centro de su propuesta modelos de pensamiento, valores y prácticas culturales propias. Un enfoque intercultural en salud debe cuestionar siempre su instrumentalización. Partir de lo anterior posibilita ubicar en el horizonte una línea interpretativa que demuestra que la condición esencial de la vida son las interdependencias y las interrelaciones, que son las bases de la interculturalidad. Razón por la cual las hegemonías epistemológicas no tienen asidero en un mundo donde existen tantos mundos posibles.

## Referencias

- Aguado Vázquez, J. C. (2016). Interculturalidad, corporeidad e identidad. En R. Campos-Navarro, *Antropología médica e interculturalidad*, Ciudad de México, México: McGraw-Hill, p 59-67.
- Alarcón, A. M., Vidal, A. y Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Angier, N. (2000, septiembre 23). La genética descalifica el concepto de raza. *El País*. Recuperado de [https://elpais.com/diario/2000/09/13/futuro/968796001\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2000/09/13/futuro/968796001_850215.html)
- Aparicio Mena, A. (2007) La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud: una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gazeta de Antropología*, 23. Recuperado de <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2497>
- Areco Pico, M. M., Sarudiansky, M., Lanzillotti, A., Tenreyro, C., Kochen, S., D'Alessio, L. y Korman, G. P. (2015). Trayectorias terapéuticas: análisis de un itinerario terapéutico de un paciente diagnosticado con crisis no epilépticas de origen psicógeno. *Scripta Ethnologica*, 37, 167-182. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/47241>
- Arce Antezana, I. O. (2013). La formación del profesional en salud y la incorporación de la Interculturalidad en la currícula facultativa. *Gaceta Médica Boliviana*, 36(1), 48-50. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662013000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662013000100012&script=sci_arttext)
- Asociación de Autoridades Indígenas Aticoya. (2007). *Plan de vida de los pueblos ticuna, cocama y yagua de Aticoya*. Puerto Nariño, Colombia: Autor. Recuperado de [http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Plan%20de%20vida%20Tikuna%20\\_Aticoya\\_Puerto%20Nari%C3%B1o.pdf](http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Plan%20de%20vida%20Tikuna%20_Aticoya_Puerto%20Nari%C3%B1o.pdf)
- Baena, M, P. (29 Oct 2015). Los retos de la salud indígena Salud. El Espectador. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/salud/los-retos-de-salud-indigena-articulo-596023>
- Bazzani, R. y Sánchez, A. (2016). Prólogo: ecosalud, raíces, evolución y posibilidades. En O. Betancurt, F. Mertens y M. Parra (Eds.), *En-*

- foques ecosistémicos en salud y ambiente.* (pp. 7-18). Quito, Ecuador: Abya-Yala. Recuperado de <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/13246>
- Bertolozzi, M. R. y De la Torre, M. C. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24-36. Recuperado de <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/309/337>
- Blaser, M. (2009). La ontología política de un programa de caza sustentable. *Red de Antropologías del Mundo*, 4, 81-108.
- Blaser, M. y Cadena, M. de la. (2009). Introducción. *Red de Antropologías del Mundo*, 4. 1-7. Recuperado de [ram-wan.net/old/documents/05\\_e\\_Journal/journal-4/jwan4.pdf](http://ram-wan.net/old/documents/05_e_Journal/journal-4/jwan4.pdf)
- Bonelli Iglesias, C. (2015). *Salir y entrar en Winkalwun: unívocos y equívocos en relaciones institucionales con población indígena.* Recuperado de <https://bit.ly/39JxXgU>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002)
- Cardona Arias, J. A. y Rivera Palomino, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas embera-chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 471-483. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2012.v38n3/471-483/pt/>
- Castro-Gómez, S. (2005). Biopolíticas imperiales III: salud y enfermedad en el marco de las reformas borbónicas. En *La hybris del punto cero ciencia, raza e ilustración en la nueva granada (1750-1816)*. (pp. 160-173). Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Citro, S. y Gómez, M. (2013). Perspectivismo, fenomenología cultural y etnografías poscoloniales: intervenciones en un diálogo sobre las corporalidades. *Espaço Ameríndio*, 7(1), 253-286. Recuperado de <https://doi.org/10.22456/1982-6524.36990>
- Couture-Grondin, É. (2011). “Repensar las relaciones interculturales a partir de Bruno Latour, Boaventura de Sousa Santos y Donna Haraway”. *Tinkuy. Boletín de investigación y debate*. Vº 16, pp. 7-25. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/363670006/Couture-Grondin-E-Repensar-Las-Relaciones-Interculturales-a-Partir-de-Latour-Sousa-Santos-y-Haraway-2001>

- Delgado, E. (2016). La complejidad sistémica. En O. Betancurt, F. Mertens y M. Parra (Eds.), *Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente*. (pp. 83-102). Quito, Ecuador: Abya-Yala. Recuperado de <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/13246>
- Díaz Mérida, F. (2008). Crítica a la concepción de los modelos de atención en salud en Panamá. *Tareas*, 130. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5350/535055616002.pdf>
- Echeverri, J. A. (2004). Territorio como cuerpo, territorio como naturaleza ¿Diálogo intercultural? En Suralles, A y García Hierro, P. Tierra adentro. Territorio indígena y percepciones del entorno. 39, pp. 259-275. Copenhague: IGWA, Recuperado de: [http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE\\_LECTURE\\_6/5/1.Alvaro\\_Echeverri.pdf](http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_6/5/1.Alvaro_Echeverri.pdf)
- Escobar, A. (2007). *La invención del tercer mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo*. Caracas, Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Cultura. Recuperado de [shorturl.at/ryzY5](http://shorturl.at/ryzY5)
- Escobar, A. (2012). Cultura y diferencia: la ontología política del campo de Cultura y Desarrollo. Revista de investigación en cultura y desarrollo Wale'keru. Recuperada de [http://biblioteca2012.hegoa.efaber.net/system/ebooks/19420/original/Cultura\\_y\\_diferencia.pdf?1366975231](http://biblioteca2012.hegoa.efaber.net/system/ebooks/19420/original/Cultura_y_diferencia.pdf?1366975231)
- Escobar, A. (2014). Territorios de diferencia: la ontología política de los “derechos al territorio”. En Escobar, A. Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. (pp. 67-135) 1ª ed. Colombia: Editorial Unaula. Recuperado de [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf\\_460.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf)
- Follér, M.-L. (2002). Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido: ejemplos de los shipibo-conibos del este peruano. *Revista Anales*, 5, 61-84. Recuperado de [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3239/1/anales\\_5\\_foller.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3239/1/anales_5_foller.pdf)
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25. Recuperado de [https://www.academia.edu/download/53330262/Biohistoria\\_Foucault.pdf](https://www.academia.edu/download/53330262/Biohistoria_Foucault.pdf)
- Gómez López, A. J. y Sotomayor Tribín, H. A. (2008). *Enfermedades, epidemias y medicamentos: fragmentos para una historia epidemiológica y sociocultural*. Bogotá, Colombia: Universidad Pedagógica Nacional.

- Hernández Álvarez, M. y Obregón Torres, D. (Dirs.). (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002*. Recuperado de [https://www.paho.org/coll/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688](https://www.paho.org/coll/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688)
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Ciudad de México, México: Barral. Recuperado de <https://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>
- Illich, I. (1996). Las necesidades. En W. Sach (Ed.), *Diccionario del desarrollo: una guía del conocimiento como poder*. (pp. 157-175). Lima, Perú: PRATEC. Recuperado de <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/SESSION-6-Sachs-Diccionario-Del-Desarrollo.pdf>
- Kapelusz-Poppi, A. M. (2011). El surgimiento del paludismo como un problema en la región del noroeste argentino y las estrategias desarrolladas para su control entre 1880 y la década de los cuarenta. *Estudios*, 197-201. <http://dx.doi.org/10.31050/1852.1568.n0.2583>
- Landong, E. J. (2014). *La negociación de lo oculto: chamanismo, medicina y familia entre los siona del bajo Putumayo*. Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.
- Molina Anchuri, (2012). Conclusiones. En Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad, Bogotá, pp. 227-228. Recuperado de [http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud\\_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf)
- Menéndez, E. (2005). “Intencionalidad, experiencia y función”. *Revista de Antropología Social*, 39(14), pp. 33-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>
- Molina González, E. (2010). *Salados naturales, claves para la cultura inga, útiles para la ordenación de su territorio, el desarrollo de prácticas tradicionales y la conservación de la biodiversidad* (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia). Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/3087/1/905009.2010.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Diversidad cultural y salud*. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=361&Itemid=40949&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=361&Itemid=40949&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington,

- D. C., EE. UU.: Autor. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/776>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas de las Américas*. Quito, Ecuador, Autor. Recuperado de [shorturl.at/iSVX8](http://shorturl.at/iSVX8)
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. (pp. 201-249).
- Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado de [http://www.academia.edu/download/41603428/La\\_colonialidad\\_del\\_saber.\\_Eurocentrismo\\_y\\_ciencias\\_sociales.pdf](http://www.academia.edu/download/41603428/La_colonialidad_del_saber._Eurocentrismo_y_ciencias_sociales.pdf)
- Resolución CSP29.R3 Política sobre etnicidad y salud. Recuperado de [shorturl.at/aCEQR](http://shorturl.at/aCEQR)
- Riaño Umbarila, E. (2003). *Organizando su espacio, construyendo su territorio: transformaciones de los asentamientos ticuna en la ribera del Amazonas colombiano*. Leticia, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Suárez Mutis, M. (2001). Una propuesta de modelos de salud para los pueblos indígenas de la Amazonía. En C. Franky y C. Zárate (Eds.), *Imani mundo: estudios en la Amazonia colombiana*. (pp. 173-198). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.