

CONTRIBUCIONES PARA UN ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD:
ESTUDIO DE LA MALARIA EN EL TERRITORIO INDÍGENA DE PUERTO
NARIÑO-AMAZONAS (2015-2017)

ISABEL CRISTINA PRECIADO OCHOA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN DESARROLLO
MEDELLÍN
2018

CONTRIBUCIONES PARA UN ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD:
ESTUDIO DE LA MALARIA EN EL TERRITORIO INDÍGENA DE PUERTO
NARIÑO-AMAZONAS (2015-2017)

ISABEL CRISTINA PRECIADO OCHOA

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Desarrollo

Asesora

MARÍA LUISA ESCHENHAGEN DURÁN

Doctora en Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional Autónoma de
México

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de ciencias sociales

Maestría en Desarrollo

Medellín

2018

Agradecimientos

Al Pecet por permitirme generosamente usar toda la información de la investigación realizada en Puerto Nariño – Amazonas (2015-2017).

A todas aquellas personas que conocí en la selva que me abrieron las puertas de su conocimiento, su corazón y su casa.

A los niños de 12 de Octubre, San Pedro de Tipisca y cabecera de Puerto Nariño que tantos días de juego y sonrisas me regalaron.

A mi abuela, mi madre y todas las mujeres de mi familia por su amor.

A los amigos que me acompañan en cada trecho de esta existencia.

A María Luisa Eschenhagen, mi asesora, por su comprensión a pesar de las diferencias, los destiempos y cerrazones que hicieron parte de este enmarañado proceso.

A los vaivenes de la vida que como ola de mar me van llevando a otros rumbos, nuevas pasiones y comprensiones.

30 de agosto de 2018

Yo, Isabel Cristina Preciado Ochoa, con base en el Artículo 72 del Régimen Discente de Formación Avanzada, de la Universidad Pontificia Bolivariana, declaro que esta investigación no ha sido presentada anteriormente –ni completa ni con variaciones–, para optar a un título universitario, en esta o en otra institución de educación superior.

Firma:

ISABEL CRISTINA PRECIADO O.

ID: 000289107

Tabla de contenido

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
JUSTIFICACIÓN	22
METODOLOGÍA	25
CAPÍTULO 1. CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO DE LA AMAZONÍA COLOMBIANA	30
1.1 Reconfiguración de las dinámicas socioculturales y ambientales de la región amazónica a través de la historia.....	34
1.2 El territorio indígena de Puerto Nariño	49
CAPÍTULO 2. EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD.....	56
2.1 Cultura y Diversidad Cultural	56
2.2 Multiculturalidad e Interculturalidad.....	62
2.3. El Enfoque Intercultural en Salud (EIS)	67
2.3.1 Biomedicina.	75
2.3.2 Medicina tradicional indígena.....	76
2.3.3 Itinerarios terapéuticos y autoatención.....	79
2.4 Consideraciones frente a la propuesta de un enfoque intercultural en salud	82
CAPÍTULO 3. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	85

3.1 La determinación de estar enfermo o saludable: claves en la formulación de acciones en salud	87
3.2 Lineamientos de la salud en Colombia	93
3.2.1 Breve historia de la salud pública en Colombia.	94
3.3 Relaciones entre planes de desarrollo, Plan Territorial de Salud y el Plan de Vida del resguardo Ticoya	113
3.3.1 Planes de desarrollo en articulación con las políticas de salud nacionales.	113
3.3.2 La salud propia dentro del Plan de Vida del resguardo Ticoya.	120
3.3.3. Encuentros y desencuentros entre los planes de desarrollo 2012-2015, plan de vida y las formas de comprender la salud.	123
CAPÍTULO 4. SABERES Y PRÁCTICAS EN MALARIA EN EL TERRITORIO INDÍGENA DE PUERTO NARIÑO AMAZONAS	130
4.1 La malaria desde la perspectiva biomédica	130
4.1.1 Las políticas públicas para la prevención y control de la malaria....	136
4.2 Saberes y prácticas frente a malaria del personal de salud de Puerto Nariño-Amazonas	144
4.2.1 Sector público-privado.	145
4.2.2 La institucionalidad pública.	154
4.2.3 La academia	159
4.3 Los saberes y prácticas frente a la malaria desde la población indígena de Puerto Nariño-Amazonas.....	169
4.3.1 Los agentes causantes de la malaria.....	171
4.3.2 Itinerarios terapéuticos: formas de prevenir y tratar la malaria	175
CONCLUSIONES	182
BIBLIOGRAFÍA	187

Tablas

Tabla 1 Línea del tiempo en la que pueden identificarse las principales políticas y/o acciones de salud pública en Colombia, avances en materia de inclusión de los grupos étnicos y su participación a través de acuerdos internacionales	94
Tabla 2 Programas para la atención de la salud	117
Tabla 3 Comparativo entre las nociones adscritas a la salud	126

Tabla de figuras

Figura 1 Crecimiento poblacional de Puerto Nariño entre 1985 y 2016	50
Figura 2 Comparativo del incremento poblacional entre hombres y mujeres(2005 vs 2016)	50
Figura 3 Composición étnica del Amazonas	51
Figura 4 Porcentaje de población entre zona urbana y rural	52
Figura 5 Modelos complementarios de salud	82
Figura 6 Día Mundial del Paludismo, 25 de abril de 2017	140

Tabla de fotografías

Fotografía 1 Asistencia del equipo SAT a un brote de malaria en la comunidad de San Pedro de Tipisca, en la primera salida de campo	26
Fotografía 2 Médica tradicional de la comunidad indígena de San Pedro de Tipisca	28
Fotografía 3 Niña indígena de la comunidad de San Pedro de Tipisca	120
Fotografía 4 y Fotografía 5 Niños bañándose en el río Loreto Yacu en la comunidad San Pedro de Tipisca y Partido de Fútbol, ambos juegos a las 6:00 pm	157
Fotografía 6 Reunión con autoridades tradicionales del municipio de Puerto Nariño	167

Tabla de imágenes

Imagen 1 Contexto geográfico del departamento del Amazonas	30
Imagen 2 Día Mundial del Paludismo, 25 de abril de 2017	140

Anexos

Permiso del Pecet para el uso de la información de entrevistas y material fotográfico.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar cómo el enfoque intercultural en salud puede contribuir en la comprensión de la relación salud/enfermedad/tratamiento de la malaria, desde los planteamientos de las políticas de salud pública y los saberes y prácticas de la población indígena y del personal de salud de Puerto Nariño-Amazonas en el período 2015-2017, usando como principal herramienta la etnografía.

Para ello se ofrece una aproximación a elementos socioculturales de las comunidades indígenas de Puerto Nariño del departamento del Amazonas, en Colombia. Particularmente, sobre la manera en que los diferentes actores que tienen incidencia en el campo de la salud se relacionan con los miembros de estas comunidades, las complejidades de tales interacciones y cómo las representaciones dan forma a su propio constructo de salud y tratamiento a la hora de enfrentar una enfermedad como la malaria.

De igual manera, busca hacer un análisis de la historia de este territorio y posteriormente cómo han sido construidas las políticas de salud pública y la construcción de conocimiento hegemónica propia de la biomedicina. Entre los principales resultados cabe destacar que la percepción que tienen las poblaciones locales sobre la malaria y los riesgos de contraerlo, dista mucho de la mirada biomédica y de los proyectos que buscan prevenirlo y controlarlo, lo cual dificulta el éxito de las medidas de control y tratamiento de la enfermedad.

Palabras claves: malaria, salud, enfermedad, políticas públicas, representaciones, saberes y prácticas, interculturalidad, territorio indígena.

INTRODUCCIÓN

Esta tesis fue formulada a partir de la investigación realizada con el Programa de estudio y control de enfermedades tropicales (PECET) de la Universidad de Antioquia, durante el periodo 2015-2017, denominada “Implementación de un sistema de alerta temprana para la prevención y control de las principales Enfermedades Transmitidas por Vectores—ETVs—, en el departamento del Amazonas, Colombia” (2013), concretamente en el municipio de Puerto Nariño, con las comunidades indígenas ticunas, yaguas y cocamas del resguardo Ticoya.

En dicho trabajo emergieron diversos conflictos debido a las distintas formas de construir conocimiento alrededor de la salud/enfermedad/tratamiento en ETVs. El de las ciencias sociales en el que se enmarca mi trabajo etnográfico y como única investigadora del componente social para aproximarme a los indígenas, médicos y al personal de salud de la región, y al equipo de investigación. El de los co-investigadores (médicos, biólogos, bacteriólogos y técnicos de ETVs), formados en una visión positivista de la ciencia desde un enfoque ecoepidemiológico, y finalmente el de las comunidades indígenas, generado a partir de una serie de conocimientos heredados o impuestos, del contacto con otras culturas y saberes, y resignificados en sus prácticas. Esto llevó a preguntarme sobre las posibilidades y limitaciones de un enfoque intercultural en salud para la atención de estos contextos.

Se concentró en la malaria, porque si bien dentro de las ETVs existe una amplia gama de patologías (chagas, leishmaniasis, dengue, zika, entre otras), ésta representa una carga alta de enfermedad en este resguardo y fue sobre ella donde el trabajo de investigación se aglutinó.

Partiendo de este hecho y al evidenciar que en las últimas décadas los pueblos indígenas del Amazonas han atravesado diversos procesos de cambio debido a la inserción de proyectos de desarrollo económico, como la explotación maderera, la ganadería, los cultivos de coca; y apalancados en ellos, acciones como la

configuración de centros poblados y la imposición de la educación católica. Actualmente sus ecosistemas, las transformaciones socioculturales y productivas y/o la apertura de otros frentes de colonización, los enfrentan a nuevas enfermedades o a la intensificación de patologías ya existentes.

En Colombia todos los problemas de salud pública son atendidos a partir del Plan Decenal de Salud Pública—PDSP—, directriz para definir el marco de actuación frente a las situaciones coyunturales de salud. Como diagnóstico son realizados anualmente los Análisis de Situación de Salud—ASIS—, y como plan de acción están los Planes Territoriales de Salud—PTS—. Ambos instrumentos permiten a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del PDSP, al evaluar y monitorear las políticas públicas para controlar o combatir las enfermedades que son un problema sanitario para todo un territorio.

Estos planes además deberían entrar en diálogo con las estrategias territoriales de cada administración municipal y departamental a través de sus planes de desarrollo, concretados a partir de presupuestos y líneas de articulación. Paralelamente los pueblos indígenas cuentan con sus propios planes de vida decenales, en donde establecen sus propias visiones de mundo y definen las acciones a desarrollar en diferentes componentes (salud, educación, economía, entre otros). Lo encontrado evidencia que los intentos de articulación responden a acciones instrumentales desde la institucionalidad dominante/hegemónica, pero no logran una real articulación de las visiones propias de la salud de los indígenas.

Partiendo de los anteriores antecedentes se consideró necesario realizar una lectura crítica de la enfermedad en este contexto en particular. Para ello fueron estructurados cuatro capítulos que plantean una mirada más amplia al abordar el fenómeno de la malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño a la luz de varios tópicos: 1) historizar las transformaciones culturales a partir de la inserción de un modelo de desarrollo ajeno a las formas de vida propias de estas comunidades; 2) plantear una perspectiva teórica para hacer una lectura en clave intercultural 3) presentar una perspectiva crítica de las políticas públicas en salud en el contexto

neoliberal y 4) a partir del trabajo etnográfico evidenciar los encuentros y desencuentros entre las representaciones, saberes y prácticas en malaria de los diferentes actores que confluyen en el territorio.

De esta forma, el primero presenta los procesos históricos que han generado una serie de insustentabilidades territoriales (como la extracción maderera, los cultivos de coca, la ganadería extensiva, entre otros), y con ello la pérdida de conocimientos tradicionales, producto de la transmisión de saberes provenientes de la ciencia, que se erigen como “conocimiento único” del modelo de desarrollo hegemónico, lo cual le resta importancia a su propio conocimiento y a la capacidad de reacomodarlo a sus propias necesidades.

Posteriormente, el segundo capítulo, busca pensar como todos estos procesos de cambio cultural pueden estar definidos a partir de una perspectiva interculturalidad para el campo de la salud, a través de una aproximación a la biomedicina, la salud pública y sus dispositivos de poder, y de la medicina tradicional y de los intersticios o espacios de diálogo a través de itinerarios terapéuticos y prácticas de autocuidado. Todo lo cual lleva a realizar una reflexión crítica de las políticas públicas en salud y su capacidad o no para articular otros saberes en sus propuestas.

De esta manera, el tercer capítulo propone ahondar en las políticas de salud pública, su relación con el desarrollo y los encuentros y desencuentros entre las visiones de la institucionalidad y las del mundo indígena frente a las formas en como la salud es representada y planeada. Con lo cual luego se identifican las maneras de concebir la relación salud/enfermedad/tratamiento desde la salud pública, dentro de sus proyectos y programas, ya que es en este marco, donde son planteadas las acciones institucionales para atender enfermedades endémicas como la malaria. Asimismo, evidenciar cómo desde la salud propia de los indígenas, de sus representaciones, saberes y prácticas alrededor de la enfermedad, existen puntos de encuentro/desencuentro entre las políticas de

salud pública y sus propios conocimientos frente lo que es la interculturalidad en salud.

Al poner en consideración todos estos elementos, esta tesis pretende responder a la pregunta: ¿cómo los saberes y prácticas de la población indígena y del personal de salud de Puerto Nariño-Amazonas en el tratamiento de la malaria, contribuyen en la construcción de un enfoque intercultural en salud que aporte a las políticas públicas en malaria?

A partir del trabajo etnográfico realizado se muestra la necesidad de abrirse al diálogo intercultural como una vía posible de encarar la complejidad que presenta una enfermedad como la malaria en este contexto. A replantear las miradas unívocas desde las políticas de salud pública y de los servicios de salud, que no consideran a los directamente implicados y a sus procesos socioculturales en la toma de decisiones sobre la enfermedad y la vida.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Cada grupo humano tiene formas propias de representar y entender los procesos de salud y enfermedad, subyacentes a los modos particulares de explicar el mundo que los rodea (Suarez-Mutis, 2001). Para los pueblos indígenas, en especial, el concepto de salud tiene que ver con el estar bien con su territorio, de las relaciones que establecen con él, la naturaleza y otras entidades. Es importante 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 donde 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, puede ocasionar la enfermedad.

Al partir de esta consideración y al tener en cuenta esta manera de concebir la relación salud/enfermedad/tratamiento, es posible identificar cómo el hecho de entrar el modelo de desarrollo hegemónico a los territorios indígenas, con sus características de transformación territorial significativa y una racionalidad guiada solo por el lucro económico, los impacta. A manera de ejemplos es posible señalar: la inserción de proyectos económicos lícitos e ilícitos en sus territorios — como la extracción de madera o la coca en sus territorios— (Escobar, 2007); asimismo, la irrupción de las misiones religiosas católicas, cuando en 1957 construyen el Internado San Francisco de Loreto Yacú, las cuales han impuesto sus propios sistemas de conocimiento respecto de la higiene, la educación o la habitación en asentamientos concentrados, entre otros (Duque et al., 1996); como también las políticas públicas de salud que desconocen o subestiman otras formas de representar, conocer y sanar y prevenir las enfermedades.

En el caso específico del departamento del Amazonas, lugar de esta pesquisa, durante varias décadas los pueblos indígenas vienen sufriendo diversos procesos de cambio a partir de la inserción de proyectos de desarrollo económico como son la explotación maderera, la ganadería, los cultivos de coca o la configuración en centros poblados, entre otros. Hoy sus ecosistemas, las transformaciones socioculturales y productivas o la apertura de otros frentes de colonización, vienen enfrentándolos a nuevas enfermedades (como p.ej. la diabetes, la desnutrición, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, el uso indebido de estupefacientes, el alcoholismo, la depresión y el suicidio). Así como la intensificación de las ya existentes, como lo es la malaria, la cual según el informe de la Organización Mundial de la Salud—OMS— (2016), a pesar de ser una enfermedad que se puede prevenir y tratar, sigue devastando la salud y el modo de vida de las personas en muchas regiones, o en países de bajos ingresos.

Datos de la OMS (2016) para el año 2016 calculaban que en este año hubo 216 millones de casos de malaria en 91 países, lo que significa un aumento de aproximadamente 5 millones con respecto a 2015. Las muertes fueron 445 000, cifra similar a la de 2015 (446 000).

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia en su informe: Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia (construido para el Plan decenal de Salud Pública 2012-2021), en el 2010 “el 64% de las enfermedades que padecen los indígenas son a causa de las llamadas ETVs, entre ellas la malaria, la cual representa un 27%” (2013, p.44).

En el caso específico de la malaria, de acuerdo con datos del Ministerio de Salud en Frente al panorama Latinoamericano, según el informe epidemiológico del Instituto Nacional de Salud en 2014, los tres países donde más se concentra la enfermedad son Brasil (42 %), Venezuela (18 %) y Colombia (12 %), para un total del 72 % de la carga de la enfermedad en la región. Pese a todos los esfuerzos en Colombia continúa siendo un grave problema de salud pública.

En el Amazonas para el 2015, la Secretaría de salud pública de este departamento, registra un total de 2.508 casos, de los cuales 925 pertenecen a Puerto Nariño. Por su parte el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública— Siviigila— del Instituto Nacional de Salud, en el mismo año, muestra 1.358 casos para este municipio y un total de 3.935 para el total del departamento (SIVIGILA, 2017).

De igual manera, en los informes como el Análisis de Situación de Salud según Gobernación del Amazonas y MSPS (2013), en el análisis ASIS, la malaria es una de las enfermedades que demandan un mayor número de consultas médicas en el municipio de Puerto Nariño, aunque por fortuna la mortalidad tiene cada vez tasas más bajas, del 0% para este análisis entre el 2005 y el 2011. En 2012 se presentaron 188 casos de malaria para el municipio, para el 2013 un total de 811 y en 2015 ascendió a 925.

Si esta información es además analizada en el contexto de la dinámica poblacional de este municipio, pueden evidenciarse a través de los datos el problema de salud pública que enfrenta el municipio con esta enfermedad. Según DANE (2005), las proyecciones poblacionales para 2016 eran de 8.279 personas, un año antes (2015), tal y como se mencionó anteriormente, el brote de malaria afectó a 1.358 personas, con lo cual el porcentaje de enfermos fue cerca del 16,6% de la población total. Frente a estas dificultades se consideraron otros elementos como que la población es mayoritariamente indígena, cerca del 87,6% y cerca de un 74% está en las zonas rurales. De ahí la importancia de adaptar y difundir los servicios médicos a las particularidades epidemiológicas, geográficas, demográficas y culturales de estas poblaciones, proveyéndolos de un servicio de calidad y oportuno. Para esto es imprescindible comprender y adaptar las políticas públicas y las acciones médicas en su sistema a través de una concepción de salud intercultural.

Para el caso de la prestación de los servicios de salud, esta es realizada en el hospital localizado en la cabecera municipal de Puerto Nariño, ubicándose en el

nivel I de atención en salud¹, el cual no cuenta con recursos económicos, planta física y personal suficiente para garantizar su adecuada prestación. Frente a esta situación y al considerar el porcentaje de población indígena, no pudo evidenciarse una propuesta que logre articular la biomedicina con la medicina tradicional, o ninguna otra estrategia cercana a un modelo de atención intercultural.

El personal que labora allí por lo general lo hace de manera temporal, sobre todo los médicos, que en su mayoría son médicos en su año rural y estos no han sido en su mayoría formados para trabajar en contextos de diversidad cultural. Adicionalmente, la prestación de los servicios de salud no considera que, en muchos casos, los indígenas no comprenden la lógica de funcionamiento del sistema de salud, así como tampoco las barreras idiomáticas, las distancias de desplazamiento, la manera en que es concebida la salud, sus prácticas terapéuticas y curativas tradicionales o formas de concebir el tiempo, entre otras (Cristancho, 2013). Todo ello dificulta aún más los procesos de atención, además de las acciones y exigencias de los servicios.

En el marco de atención se encuentra también la Secretaría de Salud Departamental del Amazonas, la cual cumple con las actividades de vigilancia y control epidemiológico. De igual manera, otras instituciones en el campo de la salud hacen presencia en la zona, principalmente universidades, como la Universidad Nacional, sede Leticia y Bogotá, la Universidad de Antioquia —a través del Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales—PECET— y la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia—FIDIC—, cuya cabeza es el doctor Manuel Elkin Patarroyo. Este instituto tiene ya un compromiso de largo aliento en la zona con la permanencia de los microscopistas y personal trabajando directamente con malaria. Finalmente, están también las campañas de Atención

¹ Según la Resolución No. 5261 de 1994 los servicios corresponden a las actividades, intervenciones y procedimientos y no a las instituciones. Niveles de Responsabilidad de la atención en salud en Colombia: NIVEL I Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud NIVEL II Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados. NIVEL III Y IV Médico Especialista con la participación del médico general. Aclaración: La definición de niveles anteriores.

Básica de Médicos sin Fronteras, que llegan estacionalmente a realizar algunas campañas de salud.

Respecto a la malaria o paludismo—como se le conoce comúnmente—, las estrategias de atención implementadas son generalmente mecánicas. Al presentarse los síntomas de la enfermedad, la persona acude al hospital de Puerto Nariño para su diagnóstico. Si es un paciente febril debe hacerse una prueba diagnóstica, conocida como Gota Gruesa, si sale positiva para malaria el médico suministra, según la edad del paciente y el tipo de malaria—*vivax*, *faliparum* o *mixta*— el tratamiento. Respecto a estrategias para prevenir, controlar y eliminar el paludismo, la Organización Mundial de la Salud propone “el uso de mosquiteros tratados con insecticidas y la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual, las pruebas diagnósticas y el tratamiento de los casos confirmados con antipalúdicos eficaces” (OMS, 2015, s.p).

Según Pineda et al. (2004), desde 1956 el Estado colombiano ha venido implementando programas de erradicación de la malaria. A partir de 1986, los departamentos y municipios fueron delegados directamente como responsables de la planeación y ejecución del control de las ETVs.

En 1993, con la entrada en ejecución del Plan de Atención Básico—PAB—, inician las promotorías de salud que buscan la capacitación de personal local en la asistencia para estas enfermedades, lo cual dio apertura a otro tipo de prácticas interculturales. Se destacan la infraestructura y atención hospitalaria que consideran las lenguas indígenas, por lo que señalizan y adecuan espacios y la construcción de espacios de los hospitales con materias primas propias del lugar.

Adicionalmente, en algunos hospitales puede encontrarse la figura de facilitador o acompañante en cabeza de un indígena con funciones básicamente de intérprete, cuyas funciones se expresan así: “una de sus funciones primordiales es la recepción de pacientes indígenas en los centros de atención y la traducción simultánea en la consulta médica” (González, 2015, p. 12).

En el Amazonas, en el caso específico del municipio de Puerto Nariño, aunque se adelantan diferentes campañas, los programas de atención, promoción y prevención de salud desarrollados, parecieran desconocer, tal como se dice en párrafos anteriores, que la población que habita allí es mayoritariamente indígena, lo que implicaría construir un modelo de atención a partir del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural—SISPI—. Esto con el fin de reconocer y articular dentro de sus estrategias de atención y prevención las representaciones, saberes y prácticas propias de la población indígena frente a la relación existente entre salud/enfermedad/tratamiento para el caso de la malaria.

Sin embargo, las dificultades que pueden emanar al tratar de generar un modelo de atención intercultural, podría explicarse en la complejidad que encarna un diálogo entre la atención biomédica, la salud pública y el mundo indígena. A propósito, dice Griffith et al., que,

En las poblaciones indígenas, la prevención y el control de la malaria se dificultan debido a los problemas que enfrentan los sistemas de salud por las diferencias culturales, las barreras de lengua y la falta de una metodología de intervención adaptada a sus particularidades culturales (2015, p.481).

En este sentido, se encuentra que las medidas de salud pública para el control y la prevención de enfermedades como ésta, se dan a través de las inmunizaciones y el saneamiento básico, inscritas en “el imaginario científico y popular dentro de una noción de progreso, salud, bienestar y desarrollo para todos, largamente prometidos por el sistema económico de mercado y la «ciencia positiva»” (Haro, 2013, p.23). Estrategias que se definieron como resultado de los avances científicos, propios de un modelo positivista.

Ahora, si bien es cierto que son innegables los logros que el sistema biomédico ha logrado en la salud mundial, muchas de sus medidas resultan ser ineficaces, pues las estrategias con que se intentan resolver los problemas de salud están dadas por las ambigüedades propias del modelo explicativo de las enfermedades y los problemas estructurales del sistema capitalista,

Sus evidencias de crisis se localizan en un ámbito paradigmático, donde comparte signos y síntomas de agotamiento de su modelo explicativo y estrategias de gestión con la biomedicina. No obstante, es una crisis paradójica, en tanto en cuanto los avances tecnológicos, culturales, de servicios básicos y de disposición de nutrientes han traído como consecuencia el incremento de la esperanza de vida para la mayoría de la población mundial, aun con el aumento de la pobreza y las desigualdades y en un contexto de progresiva expansión de la medicalización y de la individualización en la gestión de los problemas sanitarios (Haro, 2013, p.25).

Estas estrategias surgen a partir de políticas de salud pública, reflejadas, por ejemplo, en planes y programas que tienen directrices desde instancias internacionales permeando los ámbitos nacionales, departamentales y municipales, las cuales se instauran, además, como un sistema de control social, y no solamente como acciones neutrales para el cuidado de la salud, la curación y prevención de las enfermedades. Tales políticas operan en el marco de la planificación del desarrollo, como bien especifica Escobar al decir que,

Las técnicas y las prácticas de la planificación han sido centrales al desarrollo desde sus inicios. Como aplicación de conocimiento científico y técnico al dominio público, la planificación dio legitimidad a —y alimentó las esperanzas sobre— la empresa del desarrollo. Hablando en términos generales, el concepto de planificación encarna la creencia que el cambio social puede ser manipulado y dirigido, producido a voluntad. Así la idea de que los países pobres podrían moverse más o menos fácilmente a lo largo del camino del progreso mediante la planificación ha sido siempre tenida como una verdad indudable, un axioma que no necesita demostración para los expertos del desarrollo y de diferentes layas (Escobar, 1996, p.23).

En este mismo contexto es definido el enfoque intercultural en salud, el cual hace parte de algunas políticas públicas en salud, que para el caso colombiano, se vienen promoviendo desde 1994 con la presidencia de Samper Pizano, a partir de la creación de las Empresas Promotoras de Salud Indígena—EPSI—. Sin embargo, aunque este enfoque propone ciertas rupturas con el modelo clásico de intervención de la enfermedad, al intentar poner en diálogo la biomedicina con contextos culturalmente diversos, dice Piñeros (2010) que, estos nuevos enfoques aún siguen simplificando “la complejidad social de salud-enfermedad, dados los obstáculos epistemológicos propios de disciplinas que han construido miradas unívocas de la realidad” (p. 181).

Para el caso concreto de la malaria, en Colombia el Estado ha venido implementando desde la década del 50 del siglo XX programas para su control y erradicación. Estas medidas de salud pública utilizan las inmunizaciones, el control de vectores, así como la notificación y el saneamiento, como principales estrategias. En este marco y a pesar de que esta enfermedad afecta seriamente a la población indígena que vive en las zonas rurales, y aunque desde el 2014 inició la construcción del Sistema indígena de salud propia—SISPI—, no han logrado desarrollarse un sistema que atienda las realidades particulares de cada pueblo indígena.

Lo anteriormente expuesto permite plantear la necesidad de considerar dentro de las estrategias institucionales las otras miradas y abordajes de la enfermedad. Esto es, lo que significa la enfermedad entre los indígenas, pues tal mirada rompe con el modelo unicausal y biologicista de la ciencia médica, al centrar sus explicaciones de la enfermedad y las formas de tratarla a partir de una red de relaciones entre la naturaleza, los seres no humanos y las personas. Para los indígenas el mundo está habitado por seres humanos y no humanos², sin embargo esta manera de concebir el mundo y las relaciones que se tejen en él, rompe no solo con las ontologías propias de occidente, sino con las formas de construir conocimiento, lo cual plantea para un médico o profesional de la salud formado en el modelo científico occidental funcionalista y fragmentado, una dificultad mayor para su comprensión.

De acuerdo a todos los elementos anteriormente planteados, se propuso un estudio etnográfico en el resguardo indígena Ticoya de Puerto Nariño-Amazonas, para lograr comprender: ¿cómo los saberes y prácticas de la población indígena y del personal de salud de Puerto Nariño-Amazonas en el tratamiento de la malaria, contribuyen en la construcción de un enfoque intercultural en salud que aporte a las políticas públicas en malaria?. De ahí la importancia de adaptar y difundir los

² De acuerdo con Viveiro de Castro, considerar la existencia de humanos y no humanos, implica descolonizar el conocimiento, cuyo punto de partida es la consideración de que todas los seres humanos o no-humanos son personas, ya que estos últimos también tienen alma. Todos ellos pueden verse como personas porque están constituidos por relaciones (2010, 2015).

servicios médicos a las particularidades epidemiológicas, geográficas, demográficas y culturales de estas poblaciones, proveyéndolos de un servicio de calidad y oportuno. Para esto es imprescindible comprender y adaptar las políticas públicas a sus mundos y prioridades de salud.

JUSTIFICACIÓN

El lugar donde dicha investigación se proyectó, fue seleccionado por varios motivos. El primero de ellos, porque el Amazonas está ubicado entre los primeros cinco departamentos con mayor prevalencia de malaria en el país, siendo además un contexto donde el 43% de su población es indígena y donde cohabitan cerca de 26 etnias, de acuerdo con cifras del DANE, 2005. El estudio se concentró en el resguardo indígena Ticoya, donde confluyen tres etnias: ticunas, yaguas y cocamas, al ser muy afectadas por la malaria como fue expuesto en párrafos anteriores. Allí interactúan tanto el uso de medicinas tradicionales —curandero, chamán, uso de remedios vegetales, entre otros— con la biomedicina, a través de las promotorías de salud y el uso del hospital.

El segundo motivo, el cual me llevó a interesarme por este contexto particular, es el de haber participado como investigadora del proyecto: 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 por las regalías del departamento del Amazonas, y al cual doy todos los créditos.

El período de tiempo definido para esta investigación estuvo dado por la época en que se llevó a cabo la investigación anteriormente descrita, y por tanto, del trabajo de campo que llevó al uso del método etnográfico. Este se desarrolló a través de siete visitas de más o menos un mes cada una, a diferentes comunidades indígenas del resguardo Ticoya del municipio de Puerto Nariño.

Teniendo en cuenta estos dos motivos y tal como pudo expresarse a través del planteamiento del problema, esta investigación pretende aportar información relevante que contribuya en la reflexión crítica sobre las miradas causales multicausales y dicotómicos, propias del modelo biomédico para abordar una enfermedad como la malaria en contextos de gran complejidad como los territorios indígenas. En este mismo sentido, plantea la necesidad de considerar la

participación de los directamente afectados en el diagnóstico y el desarrollo de iniciativas culturalmente adaptadas para la solución de los problemas locales de salud.

De otro lado, considerar en tal reflexión la necesidad de ampliar las lecturas de fenómenos como la enfermedad, entendiendo que las situaciones que se viven en tales contextos son el resultado de una serie de factores no lineales, ni causales, sino complejos e interdependientes. La llegada de diferentes intervenciones producto del desarrollo³ a la población indígena de Puerto Nariño, ha generado una resignificación y apropiación de saberes y prácticas en todas las esferas de la vida de la comunidad. Sin embargo, he querido detenerme en comprender uno de esos elementos, que es la salud a través del enfoque que plantea la interculturalidad y las posibilidades y limitaciones que dicho enfoque puede tener, en un contexto de atención pública, para aportarle a la atención, manejo y comprensión de la relación salud/enfermedad/tratamiento. Esta aproximación abre un camino para comprender las interacciones entre occidente y los pueblos tradicionales⁴, y generar reflexiones que no sean necesariamente dicotómicas, como bien lo ha hecho el conocimiento occidental a partir de ontologías duales, nosotros–ellos, civilizados-salvajes, naturaleza-cultura, etc.

La comprensión de la relación salud/enfermedad/atención, triada de los conocimientos en salud, permitirá desde las miradas de los planes y programas de salud, las relaciones entre cultura, salud y desarrollo, con el fin ir más allá y posibilitar el diálogo para que, por ejemplo, las políticas públicas reconozcan más allá del discurso todos estos mundos o formas de ser diferentes, generando

³ Un modelo de desarrollo hegemónico, economicista, basado en el sistema de conocimiento occidental, que rompe con las tramas de la vida, y se constituyen en un potenciador de la enfermedad, no solo por la pérdida de conocimientos tradicionales, el cambio a una económica monetaria, sino y también porque la apertura del frente agrícola ha contribuido en el aumento de la enfermedad.

⁴ Al hablar de occidente y pueblos tradicionales, no quiere plantearse una dicotomía como oposición, ni tampoco de una unificación de un solo occidente, ni mucho menos de una sola tradición. Todo lo contrario, estas dos polaridades albergan multiplicidad de pensamientos, lógicas, prácticas, sujetos; se plantea la dualidad para evidenciar la hegemonía de un mundo sobre el otro.

programas desde las propias perspectivas de salud y vida de las comunidades indígenas. De igual forma, es necesario buscar elementos que logren potenciar las posibilidades que la interculturalidad en salud pueda aportar en el mejoramiento de la relación salud/enfermedad/tratamiento y por tanto, en lo que la biomedicina define como enfermedades tropicales u olvidadas.

Finalmente, una perspectiva que logre articular la relación cultura, salud y desarrollo propio que permita cuestionar la idea de que solo el progreso económico, las soluciones técnicas, los procesos de higienización o el mejoramiento de infraestructuras devienen automáticamente en mejor calidad de vida y por tanto resolverán los problemas de salubridad.

METODOLOGÍA

Esta investigación está fundamentada en el paradigma interpretativo, tomando elementos de diferentes enfoques teóricos que han buscado alejarse de los análisis causales, multicausales y dicotómicos, por unos que fundamenten sus interpretaciones, más desde la trama de las relaciones y la complejidad de la vida. La elección de algunas nociones de enfoques como la epidemiología crítica (Breilh, 2013) y la epidemiología sociocultural (Hersch-Martínez, 2013), que entran en diálogo con postulados de la teoría modernidad/colonialidad (Castro-Gómez, 2005) y el giro ontológico (Blaser y De La Cadena, 2009), serán sustento además para argumentar la elección de un camino metodológico como la etnografía.

De esta manera, mucho de lo definido para esta metodología recoge elementos de los planteamientos del perspectivismo amerindio de Viveiro de Castros (2004) y más recientemente del giro ontológico (Blaser, 2011; De la Cadena, 2009; Escobar, 2014 y Bonelli, 2015, 2016); los cuales reivindican, no solo otras formas de conocer—epistemologías—, sino otros modos de ser—ontologías—. Por ejemplo, al develar que es necesario aceptar/considerar la existencia de otros mundos habitados por individuos de diferentes especies o individuos, humanos y no humanos. Tener como referentes estas otras miradas, sobre todo en contextos indígenas y en el trabajo con salud, permite abrirse a la intuición y “dejarse afectar” como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico, en términos de lo que sugieren Zapata y Genovessi (2013), o de “generar otras sensibilidades”, como lo apunta Bonelli (2016) parafraseando a Annemarie Mol (2008), para cuestionar nuestras propias racionalidades y así suscitar un verdadero diálogo con el otro.

La investigación intenta observar desde adentro el proceso de salud/enfermedad/tratamiento de la malaria, con una mirada amplia, que ve este proceso como una problemática del vivir humano, de sujetos interrelacionados e interdependientes de su propio ambiente y de las relaciones que se construyen

con él, con otros grupos humanos y no-humanos; de cómo esas relaciones son susceptibles de enfermarlos y cómo las relaciones de poder operan allí. Con todo ello que contribuya a dar cabida a miradas no unívocas de la enfermedad, permitiendo que emerjan los equívocos como expresión de las realidades (Bonelli, 2015), muchas veces incomprensibles a los ojos y la razón del investigador. Si se considera adicionalmente que la visión unívoca de la práctica biomédica interfiere e inclusive amenaza posibilidades alternativas de mundos que no deben ser reducidas a concepciones biológicas del cuerpo como una entidad total y unitaria, representativas de una reducción biológica, lo cual puede ser pensado como causa de las dificultades y fracasos de las acciones médicas en dichos territorios.

Siendo así se requiere pensar otros abordajes metodológicos en la salud, que de acuerdo con Hersch-Martínez, puedan procurar la construcción de una articulación entre diferentes saberes y prácticas en salud, de la cual la biomedicina aún adolece, “más que una incorporación mecánica de métodos cualitativos complementarios a la estadística, reconociendo la relación entre los



Fotografía 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: Archivo propio, septiembre de 2015.

hallazgos etnográficos y los determinantes que cada problema sanitario muestra y por tanto, la correspondiente estructura y dinámica social que los sustenta” (2013, p.515). Un abordaje metodológico centrado en las narrativas locales que intente integrar los procedimientos, las estrategias de prevención, control y atención que se plantean desde la biomedicina. Ante la complejidad de

los problemas sanitarios, los saberes locales y los procesos de participación, como realidades interdependientes, resultan imprescindibles para comprender y abordar las interrelaciones y complejidades de la enfermedad.

Un enfoque etnográfico que permite realizar un estudio directo de las personas y grupos que habitan el territorio, durante un cierto período de tiempo, en unos momentos específicos, ciclos del año y desde la perspectiva de los propios sujetos de investigación. Adicionalmente, usa otros métodos como el análisis del discurso y la historia ambiental.

Esta metodología en todo momento ha privilegiado el diálogo de saberes, entendiéndolo como principio y referente metodológico cuya característica fundamental es la de reconocer los saberes de todos los sujetos que participan en el proceso. Apuntando a la reflexividad y a la construcción de sentidos de los procesos, acciones, saberes, historias y territorialidades, pues nadie sabe más de su territorio que las comunidades que lo habitan. Cabe señalar lo que Ingold (2012) define al respecto,

Nosotros, los antropólogos, estamos aprendiendo desde y con el mundo en el que vamos mezclados. Así que la clave de la antropología es que tratamos el mundo no como un depósito de datos, del cual extraemos información a analizar para poner en nuestros libros, sino que ciertamente tratamos el mundo como el lugar donde se ha de encontrar la sabiduría, si solo supiéramos cómo buscarla (p. 54).

Según Guber (2001), siendo un método abierto de investigación en terreno admite también darle cabida a diferentes instrumentos o herramientas de trabajo. Recurriendo al conjunto de actividades que se suele designar como "trabajo de campo", y cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción. Los fundamentos y características de esta flexibilidad o "apertura" radican, precisamente, en que son los actores y no el investigador, los sujetos privilegiados para expresar en palabras y en prácticas el sentido de su vida, su cotidianidad, sus hechos extraordinarios y su devenir. "Este status de privilegio replantea la centralidad del investigador como sujeto asertivo de un conocimiento preexistente convirtiéndolo, más bien, en un sujeto cognoscente que deberá recorrer el arduo camino del des-conocimiento al re-conocimiento" (p. 7). Teniendo en cuenta todo lo anterior, se busca desarrollar una perspectiva etnográfica que permita tejerse y destejerse con hilos mágicos como los que presenta el giro ontológico y algunas hebras de teorías como la epidemiología crítica que plantean la necesidad de

redefinir las bases teóricas e instrumentales en el campo de la salud, reflexionando sobre nuestros propios presupuestos ontológicos, herramientas para identificar en la cotidianidad de nuestra condición mestiza, elementos que sobreviven y se originan en las herencias de los pueblos que a su encuentro o choque, originaron la diversidad que aún hoy es evidente en el contexto nacional y latinoamericano donde los conocimientos, prácticas y relaciones que componen bagajes diferentes a la racionalidad occidental, están presentes, se renuevan y ganan espacios frente a las razones dominantes, especialmente en cuanto alternativas y posibilidades para un “nuevo” relacionamiento con los otros; que nos permita dudar, sentir angustia y pensar con el corazón.

Cobra sentido entonces trabajar los procesos de salud/enfermedad/tratamiento a través del enfoque etnográfico, mirando comparativamente los saberes y prácticas entre la biomedicina y los conocimientos locales o híbridos del actual mundo indígena. Al indagar en lo profundo de sus sus prácticas cotidianas, de sus ritos, de sus itinerarios terapéuticos, como claves que expliquen, desde las comunidades y con ellas, y en el encuentro con el otro, la existencia de sus

problemas de salud para hallar, las formas de enfrentar y superar enfermedades como la malaria. Esta sería una posible manera de llegar a nuevas y reales alternativas en las que la comunidad sean protagonista del proceso y el personal de salud sus aliados en la búsqueda de soluciones.

- Determinación de la técnica

Para la recopilación de datos se utiliza tanto la observación participante como la observación directa, así como la entrevista informal o conversacional e



Fotografía 2 Médica tradicional de la comunidad indígena de San Pedro de Tipisca.

Fuente: Archivo propio julio de 2016.

individualizada a miembros de estas comunidades, en la que colaboraron el curaca⁵ y algunos informantes claves y del trabajo permanente con los niños a través del juego, de la siembra en la chagra, del lavado en el río o la pesca. De la participación en las actividades del hospital de Puerto Nariño y de las jornadas de tomas de muestras, captura de vectores y encuestas epidemiológicas realizadas por el equipo de trabajo del Proyecto Sistema de Alertas Tempranas del Pecet.

La observación participante y el uso del diario de campo, las entrevistas semiestructuradas e informales alrededor de sus actividades cotidianas, para con ello comprender sus saberes y prácticas y cómo estas comunidades llevan a cabo el proceso de salud/enfermedad/tratamiento respecto a la malaria, con la finalidad de tener una visión más ajustada y así poder intervenir con mayor eficacia a la hora de generar acciones, aplicando a posteriori estrategias de prevención, control y atención culturalmente adaptadas y consecuentes con sus propias maneras de ver y atender la enfermedad.

La observación participante se ha realizado en tres de las comunidades que integran Puerto Nariño: San Pedro de Tipisca, 12 de Octubre y cabecera municipal de Puerto del departamento del Amazonas. Las notas se han plasmado en un diario de campo a través de registros escritos, algunos videos y grabaciones de audio. Por su parte, las entrevistas semiestructuradas han estado focalizadas en construir un marco más amplio de interpretación frente a las representaciones, saberes y prácticas que las personas tienen de la malaria como enfermedad y sus maneras de curarlas y su significado.

⁵ Es la autoridad indígena encargada de ser el vocero y gestor de su comunidad ante el Estado. Es elegido por toda la comunidad mediante votación para un período de uno a dos años. De acuerdo con López Garcés (2000), los procesos históricos vividos por indígenas amazónicos permitieron el surgimiento de formas de organización política diferenciadas, muchos de ellos influenciados por sectores políticos y religiosos no indígenas. Sin embargo han sido reapropiados y resignificados y hoy en día constituyen espacios políticos desde los cuales se gestionan procesos de afirmación de las autoridades indígenas y de consolidación de la identidad étnica.

CAPÍTULO 1. CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO DE LA AMAZONÍA COLOMBIANA



Imagen 1 Contexto geográfico del departamento del Amazonas
Fuente: Construido a partir del google maps.

La Amazonía es un territorio extenso que cubre nueve países: Colombia, Venezuela, Brasil, Perú, Bolivia, Ecuador Surinam, Guyana y Guayana Francesa. Tiene el bosque tropical más húmedo del planeta, el Amazonas como río más caudaloso del mundo y uno de los lugares de mayor biodiversidad. El departamento del Amazonas limita al sur con Perú y Brasil, frontera trazada en su gran mayoría por el río Putumayo y el río Amazonas (SIAT-AC 2018).

El Sistema de Información Ambiental Territorial de la Amazonía Colombiana— SIAT-AC— (2017), plantea que a este departamento tiene un clima cálido y húmedo, con temperaturas promedio de 25.3°C., con mínima promedio de

21.5°C., y máxima promedio de 30.2°C. Tiene un régimen de lluvias que está definido por dos estaciones: seis meses de invierno y seis de sequía, con máximos de lluvia entre diciembre y enero, y extendiéndose por el primer semestre del año y sequía mayor a partir de junio, mes de menor pluviosidad.

Los suelos son considerados en su mayoría de bajos nutrientes, propensos a una rápida degradación y niveles bajos y muy bajos de fertilidad. Sin embargo, la zona de várzea⁶ se constituyó en importante lugar de asentamiento para cientos de comunidades que veían en ella, el potencial para la siembra de sus cultivos, muy a pesar de los periodos de inundación del río Amazonas (SIAT-AC, 2018). Estas tierras han logrado ser utilizadas de acuerdo con los ritmos estacionales del río sacando en las épocas de sequía provecho para sus cultivos a través del sistema de roza y quema.

En cuanto a la dinámica demográfica del departamento, es de baja densidad poblacional, respecto a otros departamentos del país. La población total conciliada⁷ es de 77.088 habitantes para el 2016, equivalente al 2,3% de la población colombiana, de los cuales el 20% corresponde a Puerto Nariño con 8.398 personas para la misma época (Proyecciones DANE, 2005). Este departamento posee una muy baja densidad habitacional con 0,6 habitantes por Km² y con una tasa de urbanización del 37,9%, siendo aun predominantemente rural, desde los años cincuenta, se viene expandiendo la zona urbana, aumentado más rápidamente que las demás zonas de Colombia (Meisel Roca, Bonilla Mejía y Sánchez Jab, 2013, p. 31).

Por su parte, es difícil hacer una lectura real de las condiciones de salud de la población de este departamento, debido a las dificultades que generan los niveles de subregistros de datos de salud y en general de todas las falencias en que presenta la información estadística del departamento. El Observatorio Nacional de

⁶ Zonas que son ricas en nutrientes por las inundaciones causadas por los ríos de agua dulce.

⁷ Se refiere a los datos estadísticos que según el Censo base se van actualizando con el paso del tiempo al compatibilizar la dinámica demográfica de dos o más periodos intercensales, buscando la coherencia de los censos corregidos, con las estimaciones de la mortalidad, la fecundidad y la migración, en base a toda la información demográfica disponible.

Salud—ONS— (2013), en un ejercicio comparativo entre los registros del RIPS con la Encuestas Nacionales de Demografía y Salud—ENDS— (2010), estimó un subregistro de aproximadamente 50% en esta información. Siendo mayor en las áreas rurales, donde los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud—RIPS—, son mal diligenciados y en muchos casos se pierden o todavía adolecen de deficiencias en la calidad de información que presentan y variables que contienen (Acosta, 2014).

De acuerdo con Meisel Roca et.al. (2013), para el caso de la esperanza de vida, los habitantes de toda la región amazónica colombiana, “tienen una menor esperanza de vida al nacer que un habitante promedio de Colombia” (p. 45), concluye que, la región tiene tasas relativamente altas de natalidad y mortalidad. La cobertura de salud según los datos del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales—Sisben— (2016), arrojan que para el 2011 cerca del 17% de las personas en el departamento estaban afiliadas al régimen contributivo y el subsidiado de un 69,3%. En el caso específico de la malaria en el 2015, la Secretaría de salud pública del Amazonas registra un total de 2.508 casos para el departamento, de los cuales 925 pertenecen a Puerto Nariño. Por su parte el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública—Sivigila— del Instituto Nacional de Salud, en el mismo año, muestra 1.358 casos para Puerto Nariño y un total de 3.935 para el departamento.

Fenómenos como el cambio climático tienden a profundizar los efectos en la aparición de algunas enfermedades de origen hídrico y Transmitidas por Vectores—ETV— como la malaria. El clima influye sobre esos vectores de muchas maneras, desde el control de la duración de su ciclo de vida hasta sus condiciones de reproducción y de esta forma el cambio climático podría empeorar estos problemas. A propósito, dice Jori (2013) que “la alteración de las condiciones ambientales puede romper ese equilibrio y provocar la difusión epidémica de la dolencia” (p.13). El cambio en los patrones de lluvias y el aumento del nivel del mar significa que algunas áreas se volverán propensas a la sequía

mientras otras se verán inundadas. Ambas situaciones tienen nefastas consecuencias para el acceso al agua potable. Esto, a su vez, significa la posibilidad de propagación de enfermedades transmitidas por el agua como el cólera y la diarrea (Shety, 2009).

Frente a este panorama, al considerar además las actuales condiciones de vulnerabilidad social que enfrentan los pueblos amazónicos como el acceso a servicios de salud, a la educación contextual y la reducción de su soberanía alimentaria, y al entrar en sinergia con otras variables físicobióticas como las nuevas condiciones climáticas, puede resultar un incremento de enfermedades como la malaria y no su reducción.

Esto lo evidencia la OMS (2011) al plantear que existe un aumento en la mortalidad y morbilidad temprana por causas evitables. Las enfermedades tropicales desatendidas afectan a más de 1000 millones de personas, en su mayoría pertenecientes a poblaciones pobres de climas tropicales y subtropicales. Y aunque son notables las mejoras en los perfiles epidemiológicos de Latinoamérica y África, siguen aumentando los brotes de dengue y malaria y extendiéndose geográficamente.

Dados los elementos previamente presentados, esta investigación concentró sus exploraciones específicamente en la zona sur occidental del departamento, en el municipio de Puerto Nariño, territorio de frontera con el Perú, separados por el río Amazonas y su tributario el Loreto Yacu. Se alude a estas características geográficas, espaciales y ambientales porque estos rasgos serán elementos sustanciales en la configuración, tanto de las dinámicas de vida de los pueblos indígenas de las etnias ticuna, yagua y cocama que habitan el territorio en estudio, como de los proyectos económicos que, desarrollados hasta ahora, han sido determinantes a la hora de modificar las condiciones ambientales y culturales de estas comunidades.

Teniendo en cuenta estos elementos introductorios, este capítulo busca contextualizar al lector en el panorama sociohistórico de la Amazonía. En el primer

subcapítulo, luego de realizar un breve acercamiento al contexto geográfico y de salud de la Amazonía colombiana, busca describir los principales referentes históricos: la economía extractiva, las misiones religiosas, la presencia estatal, el narcotráfico y el actual boom ecoturístico, que configuran el panorama de insustentabilidades territoriales⁸ que actúan como determinaciones en el proceso de salud/enfermedad que viven los indígenas en sus territorios.

Posteriormente, el segundo subcapítulo hace una descripción del territorio indígena de Puerto Nariño, con lo cual se pretende avanzar en identificar cómo el territorio indígena de Puerto Nariño ha sido el resultado de una base sociohistórica de relaciones interculturales, caracterizadas por la complementación y la cooperación entre los diferentes habitantes del municipio—migrantes de todas partes del país, extranjeros viajeros que se quedan viviendo o turistas, la autoridad pública, quienes trabajan en la administración municipal y en instituciones como el hospital—, pero también, por la competencia y la asimetría (Menéndez, 2016). Estas relaciones están construidas bajo un modelo de desarrollo particular que ha impactado sobre su salud, propiciado por la explotación y expoliación de recursos naturales que dificultan la construcción de una buena vida, de una vida saludable en términos de lo que esta comunidad considera como tal.

1.1 Reconfiguración de las dinámicas socioculturales y ambientales de la región amazónica a través de la historia

“La enfermedad es rara vez el producto exclusivo de factores biológicos. Las relaciones económicas y políticas que la rodean son trascendentales para su aparición, tratamiento y evolución”

(Freire, 2011, p. 4).

⁸ Hace referencia a todas aquellas actividades económicas extractivas, asociadas al modelo de desarrollo que transforman las culturas, rompen con las tramas de la vida y ponen en peligro el territorio.

Desde la colonia hasta la época actual los pueblos indígenas han padecido relaciones de dominación, opresión e imposición de instituciones, como misiones religiosas, empresas extractivas, hospitales, entre otras. Cualquiera que fueran las intenciones, estas imposiciones, estuvieron y siguen estando llenas de una ideología hegemónica que anula otras formas de hacer, saber y pensar.

Desde la teoría Modernidad/Colonialidad/Descolonialidad—MCD—, lo anterior ha sido definido como “subalternidad”. Relaciones asimétricas de poder, enraizadas desde el colonialismo y las dinámicas constitutivas del sistema-mundo moderno/capitalista y sus formas particulares de acumulación y de explotación a escala global, las cuales siguen ordenando las sociedades latinoamericanas (Quijano, 2000).

No obstante, es necesario señalar, que estas restricciones e imposiciones han sido impugnadas a través de múltiples resistencias, como la fuga hacia las cabeceras de los ríos, más allá del alcance de los caucheros (Paredes Pando, 2013) o a través de la articulación pragmática y dialéctica entre diferentes ontologías, como es el caso del uso de la ayahuasca o “el de la aspirina combinada en infusiones de base vegetal y aceites etéreos de la farmacia son mezclados con bálsamos vegetales” (Follér, 2002, p.20). Permitiendo a la par de la continuidad de sus prácticas tradicionales, la incorporación y reconfiguración de éstas a las impuestas por el conocimiento hegemónico.

A partir de la colonia, tal y como lo ha evidenciado la literatura, los pueblos indígenas han vivido el aniquilamiento físico y cultural obligándolos a cambiar su forma de vivir, ser y pensar (Zárate Botía, 2001; Pizarro, 2009; David, 2009, entre otros). A propósito, dice Follér (2002), que durante el último siglo los pueblos indígenas de la región amazónica han pasado de ser esclavos por razones de deuda de los dueños del caucho a ser campesinos autosuficientes y asalariados, y también han pasado de tener una tradición oral, con su historia narrada a través de mitos y cuentos a una cultura escrita con educación impartida en escuelas bilingües,

Prácticas como, el cuidado de los enfermos y ancianos, desarrolladas principalmente por las mujeres dentro de la familia y por los especialistas locales (parteras tradicionales, chamanes, curanderos etc.), pasó a manos de los llamados "puestos de salud" y a depender del Ministerio de Salud" (Follér, 2002, p.4).

Para el caso colombiano, la ausencia estatal allí vivida, el alejamiento de los núcleos urbanos de las cordilleras y la presencia de etnias aparentemente aisladas, puras, belicosas y prístinas (Raño Umbarila, 2003), crearon un imaginario que intensificó el deseo civilizador de la élite colombiana en un proceso que justificó el ingreso al mercado capitalista a este territorio bajo una economía extractiva⁹. En este sentido Paredes Pando (2013) señala que, este inicio se da con la expansión del extractivismo cauchero, coincidiendo con el período de expansión mercantil que se da a nivel mundial en el siglo XIX. A mediados de ese siglo comienza una nueva etapa en la cual "la mimesis colonial se invertía y el colonizador se apropiaba del salvajismo del colonizado" (Villegas Vélez, Á. y Castrillón Gallego, 2006, p. 113).

Esta forma de construir e interpretar la realidad, así como las relaciones de poder entre el centro y la periferia, hicieron posible el establecimiento de una relación asimétrica entre el interior del país y la selva amazónica, en la que sus lugares y pobladores fueron víctimas de una posición de subordinación. Debido a que solo fue vista como fuente inagotable de materia prima, pero alejada del proyecto de nación, caracterizada por una visión del "otro" amazónico como "pobre, bruto y perezoso", el cual debía ser expoliado, tanto como a su riqueza (Serje, 2003).

Uno de los primeros casos de extracción de recursos naturales en la región Amazónica, fue la quina (*Chinchona officinalis*)¹⁰ y otras plantas como el cacao silvestre y la zarzaparrilla. A partir del siglo XVII, tanto la nobleza española como los monjes Jesuitas comienzan la extracción de la quina para usarla como planta

⁹ Se entiende por economía extractiva a cualquier actividad primaria de obtención y apropiación de recursos o el proceso caracterizado por la explotación intensiva del territorio y la mano de obra, por la producción cíclica de uno o varios productos determinados y el estrecho vínculo comercial con el mercado exterior más que con un mercado interno (Molina Guerrero, 2007, p 161).

¹⁰ Obtenido del árbol *Chinchona officinalis*, consideradas universalmente como salvadoras de la humanidad de las fiebres recurrentes o malaria y su uso se reporta oficialmente desde 1649.

curativa y a extraerla en grandes cantidades para enviarla a Europa, pero es solo hasta el siglo XIX donde su extracción en esta región tiene un mayor apogeo (Zárate Botía, 2001). Este “descubrimiento” ya hacía parte del conocimiento milenario de los pueblos indígenas que allí habitaban, los cuales la denominaron en lengua “Yara chucchu o Ayac-cara, árbol de la fiebre intermedia o corteza amarga” (Ibíd., p. 35), utilizada en el tratamiento para enfermedades como es la malaria, paludismo.

En la Amazonía colombiana la quina comenzó a explotarse de manera más sistemática a mediados del siglo XIX, en la zona del pie de monte amazónico, localizado entre los departamentos de Putumayo y Caquetá, donde nacen los ríos que llevan el mismo nombre, afluentes del Amazonas. Su extracción no duró mucho debido a la caída de los precios por la competencia internacional establecida en otros países de colonia inglesa y holandesa, luego de que las semillas fueran sustraídas de sus lugares de origen (Zárate Botía, 2001).

Posterior al auge de estas plantas surge la empresa cauchera, con la cual se forja un nuevo discurso civilizador sobre la Amazonía, “en esa oportunidad relacionado con las nacientes estructuras económicas del desarrollo capitalista” (Paredes Pando, 2013, p.123). De ese modo, el turno correspondía a nuevos productos: caucho (*Castilla elástica*) y shiringa (*Hevea brasiliensis*), a mediados del siglo XIX y hasta la década del 70 en el siglo XX—ya aunque en menor escala— llegó modificando, no solo las dinámicas sociales, económicas, culturales y políticas de los indígenas, sino generando grandes alteraciones en los ecosistemas de la selva, como la casi extinción de la quina o de variedades de árboles maderables, es el caso de la caoba (*Swietenia macrophylla*) y el cedro (*Cedrela odorata*), o el pau do brasil (*Caesalpinia echinata*) (Paredes Pando, 2013; Zárate Botía, 2001).

En el caso de las dinámicas socioculturales, al transformar la vida indígena dedicada a las actividades de subsistencia por otra, asalariada o semiesclava (Raño Umbarila, 2003), en ambos casos haciéndolos dependientes de una

economía monetaria de mercado en las plantaciones a través de sistemas conocidas como “tienda de rayas”, “endeude” o “aviado”. Paredes Pando plantea al respecto que,

El avío, podemos decir que fue un mecanismo para mantener al trabajador endeudado de “por vida”, pues estaba acompañado de diversas formas de actuación, tales como la imposición arbitraria de precios, alteración de las cuentas, “trucada” de las balanzas para pesar el caucho, etc. Así se daba la paradoja que el shiringuero trabajaba para esclavizarse cada vez más (2013, p.61).

Las estrategias de pago utilizadas en la extracción del caucho y siringa a través de formas como el aviamiento o endeude introdujeron, conjuntamente la reconfiguración de las formas de producción indígena, de las relaciones de intercambio y parentesco, la variación en su dieta alimenticia, la ampliación de la frontera agrícola y la inclusión de nuevas técnicas y herramientas para su subsistencia. Es el caso del fusil conocido como Winchester, esta arma no solo evidenció lo irracional de los intercambios comerciales por las desventajas entre el precio de una bolacha de caucho¹¹ y el valor que se ponían en el avío¹², sino que su introducción en el territorio indígena generó, también, un gran impacto ambiental.

La Winchester junto con el perro, comenzaron a ser las principales herramientas de cacería, lo cual indujo a una mayor presión sobre los animales de caza. La reducción de animales que refieren hoy los indígenas de las manadas de saíno, pecaríes y otras muchas especies, está asociada, junto con el aumento demográfico, al uso de estas herramientas, que, si bien agilizaron la captura de presas, también redujeron sustancialmente su disponibilidad. Esto según Sotomayor Tribín Estuvo dado por,

La economía de extracción, la cultura occidental, el mundo “blanco” también operó sobre el indígena por la fuerza de los elementos tecnológicos-culturales que, como el caso de los instrumentos de metal y las armas de fuego, crearon dependencia, para su consecución, del indígena frente al blanco; alteraron el manejo de los tiempos de trabajo y ocio en las tribus y sociedades indígenas y crearon condiciones para que

¹¹ Una bolacha de caucho es el producto del látex recogido de cada uno de los árboles “cortados”.

¹² Mientras que una bolacha de goma era recibida a 0.25 dólares, un Winchester para ser intercambiado era valorado en 250 dólares, es decir en una diferencia de 1:1000 (Paredes Pando, 2013, p. 59).

éstas se convirtieran en factores de alteración de la vida vegetal y animal de la selva (1998, p. 155).

La extracción de caucho y siringa fue un detonante de dinámicas múltiples de violencias—esclavitud, endeude, entre otras—, en las cuales podrían incluirse las epidemias que modificaron sustancialmente el perfil epidemiológico de estos pueblos. A mediados del siglo XX “cerca de 30.000 trabajadores de caucho perdieron la vida debido a enfermedades como la malaria, la fiebre amarilla y la hepatitis” (Paredes Pando, 2013, p. 40).

Esta variación en la salud de la población indígena estuvo dada tanto por las transformaciones culturales por ellos vividas, como por el impacto ecológico y la presión sobre sus tierras ancestrales. A su vez se introdujeron nuevos saberes y prácticas que buscaban enfrentar las nuevas epidemias. A propósito, Pinzón Sánchez plantea,

Para todos los pueblos indígenas del mundo y de Colombia, la tierra tiene un significado particularmente importante. Por una parte, la vida económica de nosotros los indígenas depende casi exclusivamente de la tierra; nos ofrece lugares especiales para nuestras huertas, conucos y chagras. Ella es el medio de subsistencia de nuestras familias. De la escasez de tierras viene la escasez de alimentos y luego el hambre y las enfermedades (1989, p. 36).

Aunque la empresa colonial para la región Amazónica inicialmente concentró sus energías en la búsqueda del oro, estuvo menos intervenida que otras regiones, por cerca de cuatro siglos (Paredes Pando, 2013). Para el caso concreto de la Amazonía colombiana, según Zárate Botía (2001) se constituyó en una frontera agro-minera, en donde la actividad extractiva fue marginal con respecto a otros lugares. Este hecho no desconoce que para la época colonial haya generado “una alteración drástica y compulsiva de los patrones de ocupación y asentamiento desarrollados por las poblaciones originarias de la pluviselva” (Zárate Botía, 2001, p. 47).

Este bajo crecimiento demográfico, estuvo dado además como lo expresa Gómez (2001) porque “los esfuerzos de misiones y de algunos gobiernos republicanos no lograron incorporar la región amazónica a ningún proyecto

económico y político administrativo nacional hasta el siglo XIX” (p.219). Lo cual corresponde con el posterior boom de la revolución industrial y sus demandas por determinados recursos hacia Latinoamérica, promoviendo un nuevo ciclo económico extractivo entre los bosques tropicales amazónicos.

Esto sucedió con la quina (*Chinchona officinalis*), el caucho (*Castilla elástica*) y la siringa (*Hevea brasiliensis*), así como la madera y algunas especies de fauna y flora exótica, lo cual marcó el inicio de una nueva etapa extractivo-mercantil, así como de territorialidad de las jóvenes repúblicas con espacios amazónicos, particularmente en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú (Zárate Botía, 2013). Lo amazónico fue representado como un lugar que ofrecía múltiples posibilidades para explotar materias primas, una situación que como dice Paredes Pando,

Ha desembocado en componentes naturales y también culturales que han sido convertidos en mercancías y, con ello se ha dado una valoración económica, obedeciendo a cierta lógica, donde el mercado representa el “punto óptimo” en lo que se refiere a la localización de los recursos, relaciones sociales de producción, transformación, etc. (2013, p.118).

Iniciado el siglo XX el Estado colombiano hizo todos los esfuerzos para incorporar a los salvajes indios a un modelo de sociedad considerado como civilizado (Paredes Pando, 2013). Patrones como el sedentarismo, el poblamiento nucleado y la inserción en el imaginario indígena de los ideales de progreso para alcanzar el modelo civilizatorio de los países europeos, fueron construyendo una nueva imagen del indígena amazónico. Para esta construcción además de los proyectos extractivos, la presencia estatal comenzó a tener un papel fundamental, a través de acciones como el gamonalismo articulando las actividades extractivismo-mercantil con el sistema político nacional y a partir de figuras como ésta, el Estado comenzó a hacer presencia en las zonas que antes no eran consideradas. Paredes Pando (2013) define que, a la par que fue consolidada la estructura latifundista, se instauró el dominio económico y social especialmente con fines políticos.

Esta presencia y acción fue reforzada de la misma forma por las prácticas y lógicas “civilizatorias”, conducidas en su mayoría por misiones religiosas, abocadas a instaurar el orden conformando centros poblados, escuelas, nuevas prácticas higiénicas, centros de salud, la imposición del castellano como lengua única y nuevas herramientas tecnológicas para el cultivo de la tierra. Las misiones religiosas jugaron en ello un papel central. Y aunque la llegada de las misiones católicas data de tiempos anteriores a la extracción cauchera, y al ser una acción concomitante con la colonia que sirvió como herramienta de coacción para las demás empresas económicas producidas en estos territorios (Paredes Pando, 2013), es a partir de este siglo donde su presencia toma mayor fuerza.

Las misiones religiosas, principalmente católicas, pero también de grupos cristianos evangélicos, fueron precediendo o acompañando la llegada de todo tipo de economías de mercado. De acuerdo con Sotomayor Tribín “las fuerzas religiosas de transformación ideológica y cultural de los misioneros que en conjunción poderosa introdujeron no sólo las enfermedades sino el hambre epidémica, primero, y el hambre endémica, después, y los sentimientos de baja autoestima” (1998, p.162). Además, dicho posicionamiento en el territorio amazónico fue definiendo ciertos patrones de comportamiento para introducir al indio en la vida civilizada.

Evidencia de ello es el establecimiento del primer asentamiento formal indígena, “Nuestra señora de Loreto”, guiado por las misiones religiosas en la zona de estudio, ya para el siglo XVIII. El cambio de un patrón de asentamiento disperso a uno concentrado como resultado de la reducción a pueblos de misiones, fue otro insumo para la reconfiguración de las diferentes formas de vida de los indígenas amazónicos.

Para el caso de Puerto Nariño las misiones religiosas católicas en 1957, a partir de la construcción del Internado San Francisco de Loreto Yacú, redefinen entonces sus propios sistemas de conocimiento respecto de la higiene, la educación o la habitación y la configuración en asentamientos concentrados, entre

otros; tal y como lo plantea Duque et al., la conformación de dichos asentamientos fueron para las comunidades indígenas, “casi que impuestos para el desarrollo de la labor evangelizadora de los misioneros y de otras actividades como la educación, la atención en salud, la organización comunitaria, entre otras” (1997, p.212).

Adicionalmente, la presencia estatal en el Amazonas fue reforzada tras las campañas militares del ejército nacional desde las primeras décadas del XX, concretamente entre 1931 y 1932, cuando se da la guerra con el Perú. Colombia buscó defender su territorio y redefinir sus fronteras, ejerciendo por primera vez su soberanía en estos territorios. Su presencia fue reforzada a través de “obras de infraestructura generando un incremento notable en la población y estructurando la nacionalidad colombiana en la Amazonía” Domínguez y Gómez, (como se citó en Riaño Umbarila, 2003, p. 48).

Otro importante evento que determina cambios en la dinámica de vida de los pueblos amazónicos, está relacionado con la posguerra mundial y la guerra fría que trajo repercusiones en todos los confines de la tierra. El panorama mundial agitado inicialmente por la segunda guerra mundial (1939-1945) y con ella las estrategias de restauración de Europa tras su devastación, lleva a una nueva etapa de modernización del mundo. De igual forma, la campaña anticomunista desatada con la guerra fría, constituyen dos hechos claves para que Estados Unidos y Europa vuelquen de nuevo su mirada hacia Latinoamérica, como un escenario perfecto para el abastecimiento de materias primas y como un lugar a cuidar de la influencia comunista.

A partir del discurso de posesión del presidente de Estados Unidos en 1949 H. Truman¹³ y la declaración de Naciones Unidas en 1951¹⁴, se impone un nuevo

¹³ “Más de la mitad de la población del mundo vive en condiciones cercanas a la miseria. Su alimentación es inadecuada, es víctima de la enfermedad. Su vida económica es primitiva y está estancada. Su pobreza constituye un obstáculo y una amenaza tanto para ellos como para las áreas más prósperas. Por primera vez en la historia, la humanidad posee el conocimiento y la capacidad para aliviar el sufrimiento de estas gentes... Creo que deberíamos poner a disposición de los amantes de la paz los beneficios de nuestro acervo de conocimiento técnico para ayudarlos a lograr sus aspiraciones de una vida mejor... Lo que tenemos en mente es un programa de desarrollo basado en los conceptos del trato justo y democrático... Producir más es la

norte al sur. Tal y como lo plantea Escobar (2007), “la doctrina Truman inició una nueva era en la comprensión y el manejo de los asuntos mundiales, en particular de aquellos que se referían a los países económicamente menos avanzados” (p. 21).

Este hecho constituyó nuevas formas de intervención a través de políticas asistenciales, programas focalizados en el desarrollo rural, salud o nutrición. Una de las principales estrategias fue llevada a cabo por el presidente de Estados Unidos J. F. Kennedy, la cual introdujo nuevos elementos en la vida de las comunidades indígenas, como una mayor dependencia de las remesas y un cambio en su dieta alimenticia a través del programa Alianza para el progreso (Escobar, 2007).

En los relatos de los indígenas de las riberas del río Loreto Yacú, aparece de manera recurrente la alusión a los mercados o remesas de aceite, azúcar, enlatados como leche en polvo Klim, sardinas y tarros de galletas, que les repartían en los 60s y eran enviados desde Estados Unidos. A partir de esta época “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”. (Langdon, 2014, p.21)

Para esta misma época el narcotráfico inicia con fuerza en esta zona del país, involucrando a gran parte de la población indígena del departamento. De acuerdo con Riaño Umbarila (2003), el trabajo de la gente se diversificaba, pero casi todos tenían que ver con esta actividad. Algunos mantenían y construían los laboratorios y aeropuertos, servían como vigilantes o en la siembra y recolección de la hoja de

clave para la paz y la prosperidad. Y la clave para producir más es una aplicación mayor y más vigorosa del conocimiento técnico y científico moderno” (Truman, 1964, citado en Escobar, 2007, p. 19).

¹⁴ “Hay un sentido en el que el progreso económico acelerado es imposible sin ajustes dolorosos. Las filosofías ancestrales deben ser erradicadas; las viejas instituciones sociales tienen que desintegrarse; los lazos de casta, credo y raza deben romperse; y grandes masas de personas incapaces de seguir el ritmo del progreso deberán ver frustradas sus expectativas de una vida cómoda. Muy pocas comunidades están dispuestas a pagar el precio del progreso económico” (United Nations, 1951: I, citado en Escobar, 2007, p. 20).

coca, las mujeres por su parte se empleaban en oficios domésticos en las fincas de “los patrones”.

La bonanza cocalera en el Amazonas estuvo asociada además a la extracción de otros recursos como una estrategia para transportar la cocaína como, por ejemplo, las pieles, los peces ornamentales y la madera. Además de una mayor presión sobre los recursos, esto significó la expansión de la frontera agrícola para la siembra de coca y el abandono de sus chagras, al haber adquirido cierta capacidad económica. Riaño Umbarila sostiene que, el narcotráfico comenzó a moverse en 1975,

El trabajo de la gente por lo general consistía en limpiar pastos, mantener los laboratorios, vigilar, cocinar para los patrones, “muchos abandonaron las chagras y se fueron a trabajar en los laboratorios, en las pistas y otros se dedicaron a la siembra (2003, p. 63).

Esta zona de la Amazonía hasta ahora no había vivido el auge aurífero, como fue el caso de los garimpeiros, en Serra Pelada, Sur de Pará, Brasil e incluso en otras zonas del país. Sin embargo, es usual escuchar entre indígenas y colonos del municipio que hablen de todas las riquezas que tiene su subsuelo y la llegada de extranjeros o “gringos” para explotarlos¹⁵. Por ejemplo, en San Martín de Amaca Yacú, dicen que “hay un pozo de petróleo y que han visto aviones que pasan monitoreando el subsuelo para saber cuáles son todas sus riquezas”. Este temor generalizado por la apropiación que otros puedan hacer de sus vidas y recursos, se ve expresado con fuerza en el relato de “los corta cabezas”, una historia que niños y adultos siempre referencian y permanece vivo en sus imaginarios, “los gringos vienen e intentan apoderarse de nuestros órganos”.

Mucho de esto puede estar relacionado con la época cocalera y las desapariciones de personas que estuvo asociada a su accionar. A partir de los años 70's, tal y como lo relata Sotomayor Tribín,

¹⁵ Información recopilada a partir de las conversaciones sostenidas con los habitantes de las comunidades de 12 de Octubre, San Pedro de Tipisca y cabecera municipal de Puerto Nariño, en el trabajo adelantado para esta investigación entre septiembre de 2015 y enero de 2017.

El auge de la demanda por parte de miles de consumidores, ocasionales o adictos, de la cocaína en Estados Unidos, Europa y otros países, la Amazonia colombiana comenzó a jugar un papel importante como lugar de producción y procesamiento químico de ella o como escala de aprovisionamiento de los aviones de los traficantes nacionales e internacionales. Con este nuevo papel asignado por el comercio mundial a la Amazonia colombiana, sus pobladores ancestrales y sus colonos quedaron presos, en medio de miles de pesos y de dólares, de la violencia y la corrupción del tráfico ilícito de la cocaína y del crecimiento exponencial y desordenado de la población de ciudades como Mocoa y Florencia (1998, p.170).

Asociado a los fenómenos hasta ahora descritos, es posible encontrar una serie de dispositivos ideológicos, disciplinarios y morales de dominación puestos en práctica por las misiones religiosas, a partir de la educación o por el Estado en otro tipo de acciones como, un nuevo modelo de ordenamiento territorial a través de la conformación de resguardos, y más recientemente, la incorporación de las comunidades a una economía del turismo. Todo ello está determinado por la imposición de un cambio de mentalidad en donde la conformación de ciudades constituye la idea del ser civilizado o no, “quien vive en el área urbana es civilizado, quien vive aún en la ribera del río no lo es” (Riaño Umbarila, 2003, p.60).

Para el caso de la educación, fue el propio Estado el que le asignó a la iglesia el papel de educar a los indígenas, buscar sacarlos de su estado de barbarie (Riaño Umbarila, 2003). La irrupción de las misiones religiosas católicas en 1957, cuando fue construido el Internado San Francisco de Loreto Yacú impone un nuevo sistema de conocimiento respecto a la higiene, la educación y la habitación en asentamientos concentrados, entre otros. A propósito, dice Domínguez y Gómez (Como se citó en Riaño Umbarila, 2003) que,

Un modelo de sociedad que se considere a sí misma civilizada se fundamenta en patrones tales como el sedentarismo, la población nucleada, la adhesión al catolicismo y su mística por los caminos del progreso, cuya meta final la constituyen los países europeos (Inglaterra, Francia, etc.), etapa más avanzada de la civilización (p.60).

A partir de los 70s se da el ingreso de diferentes sectas protestantes como los israelitas, dacruzanos y los testigos de Jehová, las cuales ingresan a los territorios indígenas con sus prédicas y nuevas concepciones del mundo. Uno de los casos

más reconocidos es el del movimiento mesiánico José Francisco Da Cruz, que en 1971 llega a territorio de triple frontera amazónica y comienza su evangelización a partir de una doctrina sincrética que retoma elementos tanto del catolicismo como del protestantismo. A partir de una gran cruz, numerosos poblados de indígenas ticunas, yaguas y cocamas de esta zona, fueron profesando una fe en su doctrina, que además buscaba mejorar las condiciones económicas de las poblaciones más desfavorecidas (Riaño Umbarila, 2003).

Su presencia generó la creación de nuevos asentamientos indígenas ticunas y de población blanca, a la par que modificó algunos ya establecidos (Riaño Umbarila, 2003). Muchas de las actuales comunidades indígenas del resguardo Ticoya del municipio de Puerto Nariño, nacieron tras las acciones impulsadas por esta hermandad, al hincar la cruz de madera en un territorio.

Actualmente, aunque en la mayoría de las comunidades no está presente el fervor que en algún momento propició esta secta, no obstante, persisten aún algunos elementos como la cruz, referencia a dicho personaje y uno que otro seguidor (Riaño Umbarila, 2003). De igual forma, los Pentecostales y Testigos de Jehová han venido ejerciendo un papel protagónico en los últimos años para el municipio de Puerto Nariño, actualmente cuentan con varias iglesias y hoteles, que les permiten costear los gastos de la labor evangelizadora. Su compromiso en ello, se evidencia a través de sus desplazamientos permanentes en cada una de las 22 comunidades del municipio. De acuerdo con Beltrán Cely (2011) el movimiento religioso más dinámico entre los indígenas colombianos “es el movimiento pentecostal, cuya expansión ha tenido notorias consecuencias, puesto que ha modificado las estructuras comunitarias y los sistemas simbólicos e identitarios” (p. 35).

Para la primera década del siglo XXI Cabrera (2007) afirmaba que el Instituto Lingüístico de Verano—ILV— y la Misión Nuevas Tribus—MNT— mantenían proyectos misioneros “en por lo menos el 43% de los pueblos indígenas de la Amazonia, el ILV en 104 pueblos y la MNT en 66” (p- 170-171). Además de otros

movimientos religiosos con presencia importante entre los indígenas de la Amazonia son el Movimiento Misionero Mundial, la Alianza Cristiana Misionera, la Iglesia Adventista del Séptimo Día y la Iglesia Pentecostal Unida de Colombia. Frente al avance de los Testigos de Jehová en la Amazonía colombiana aún poca o ninguna la literatura que lo evidencia, quizás por ser un fenómeno de reciente aparición.

Finalmente, una de las actuales y más fuertes estrategias de desarrollo que se vienen promoviendo es el turismo o ecoturismo, convertido en menos de dos décadas, en uno de los principales medios de subsistencia—sobre todo para la población localizada en las cabeceras municipales de Puerto Nariño—. A través de actividades en el sector de comercio, bienes y servicios. La población indígena en su mayoría trabaja como vendedor de artesanías en el mejor de los casos, o como guía de turismo, y en demás actividades como cocineros, jornaleros o cuidadores de fincas. El Sena ha impartido una serie de capacitaciones en ecoturismo, pero la perspectiva desde la que se define el modelo pedagógico es el servicio al cliente, nada más alejado al encuentro con las comunidades indígenas que pretenden que quienes los visiten, interactúen con su cultura y no que tan solo estén prestos a atender lo que un cliente necesita (Vieco, 2010).

A propósito, en el Plan de Desarrollo Municipal de Puerto Nariño—PDM— (2012-2015), plantea que desde iniciado el siglo XXI ha mostrado su vocación turística, destacándose por ser el “Único destino turístico sostenible certificado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo” (PDM, 2011, p. 26). El PDM enmarca entonces a este sector como el eje central de su desarrollo y propone esfuerzos mancomunados para lograr ser el destino ecoturístico del mundo.

Al considerar todos los elementos antes descritos puede plantearse que la Amazonía es un área en transformación y en peligro. Sus habitantes, así como su riqueza natural, son amenazados por la modernización y la injerencia extranjera. La llegada de nuevos programas de salud, educación y vivienda, en vez de fortalecerlos, debilita muchas de sus prácticas en términos de una identidad

construida bajo los ideales de la modernidad¹⁶ y el desarrollo excluyente que los somete al limbo cultural, haciéndolos más vulnerables. De acuerdo con Vieco (2010), las formas híbridas que se dan en las relaciones sociales, económicas y políticas, no están exentas de las tensiones que se producen como resultado de las dos fuerzas contrarias coexistentes entre,

El mantenimiento de la vida social tradicional, que incluye formas asociativas y solidarias que marcan la cotidianidad de las comunidades de base. Y la imposición de maneras modernas de relaciones sociales, económicas y políticas que exigen la integración a la economía de mercado y la generación de ingresos económicos individuales, por fuera del marco de la comunidad local y del grupo doméstico (2010, p.39).

Esta situación es problemática, no porque los pueblos indígenas no puedan aspirar a los ideales que la modernidad les promete, para dar el supuesto salto de su estado “salvaje” a uno “civilizado”. El problema radica según Escobar (2007, 2012 y 2014) y otros autores como Castro-Gómez (2005), Sousa Santos y Meneses (2014), Blaser (2009, 2013), De la Cadena (2009), y Vieco (2010) en que estas condiciones son impuestas y ajenas a las necesidades que impone el ritmo de la selva. La modernidad en cuya base se encuentra el sistema capitalista, rompe las redes de relaciones ecosistémicas al convertir la naturaleza en un recurso; al modificar las relaciones de parentesco y solidaridad; al generar una mayor dependencia a otros modos de producción; al ir reduciendo todo su acervo cultural y cooptando sus formas de hacer, ser y pensar; al modificar la relación que el indígena tiene con la tierra; al sustituir prácticas que no necesitan del intercambio monetario y al fragmentar aquello que está tejido en conjunto, como es la relación humano/no humano/naturaleza/cultura.

A esta perspectiva suma lo que durante dos décadas Viveiro de Castros (1996) ha venido exponiendo conocida como perspectivismo amerindio, la cual plantea otra forma epistemológica, la de los indígenas amazónicos, según la cual el

¹⁶ Tal y como lo plantea Breilh, es necesario superar “el ethos de la Modernidad capitalista o el ethos del productivismo...centrado en la valorización del valor como forma distorsionante de la reproducción social... cuyas tendencias ideológico culturales que caracterizan y permiten la reproducción de la modernidad capitalista son: una perspectiva modernista antropocéntrica; un progresismo consumista; el urbanicismo; el economicismo; y el individualismo” (2013, p. 22).

mundo es habitado por individuos de diferentes especies o individuos, humanos y no humanas. Esta forma de concebir el mundo debe ser el marco de referencia para lograr un diálogo de saberes entre mundos diferentes contribuyendo a que no sea “la imposición de un sistema de explotación social y de la naturaleza el que reproduzca sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas” (Breilh, 2013, p. 14).

1.2 El territorio indígena de Puerto Nariño

El territorio indígena de Puerto Nariño está habitado por las etnias ticuna, cocama y yagua del municipio de Puerto Nariño, Amazonas, los cuales conforman el resguardo Ticoya, constituido bajo resolución 021 del 13 de marzo de 1990, tiene una extensión total de 140.623 hectáreas y 2156 m² cerca del 94% del total del municipio (Censo, 2005). Están distribuidos en 22 comunidades, asentadas a lo largo de los ríos Amazonas y de sus tributarios los ríos Atacuari, Boyahuasú, Loreto Yacú y Amaca Yacú.

De acuerdo con datos estadísticos cuenta con una población de 8.276 habitantes, según las proyecciones DANE (2005) al año 2016. La mayoría de sus habitantes están concentrados en la zona rural de municipio con 76,3% con respecto a un 23,7% en la cabecera. Los casos de malaria registrados en estas comunidades y su atención, está dada de manera directa en el hospital de la cabecera municipal.

De acuerdo con las proyecciones DANE (2005), el municipio de Puerto Nariño tenía una población de 3013 habitantes en 1985 y 31 años después de 8279. Entre el 2005 y el 2016 hay un aumento poblacional de cerca del 15,6%, tal como puede observarse en la Figura 1 y Figura 2.

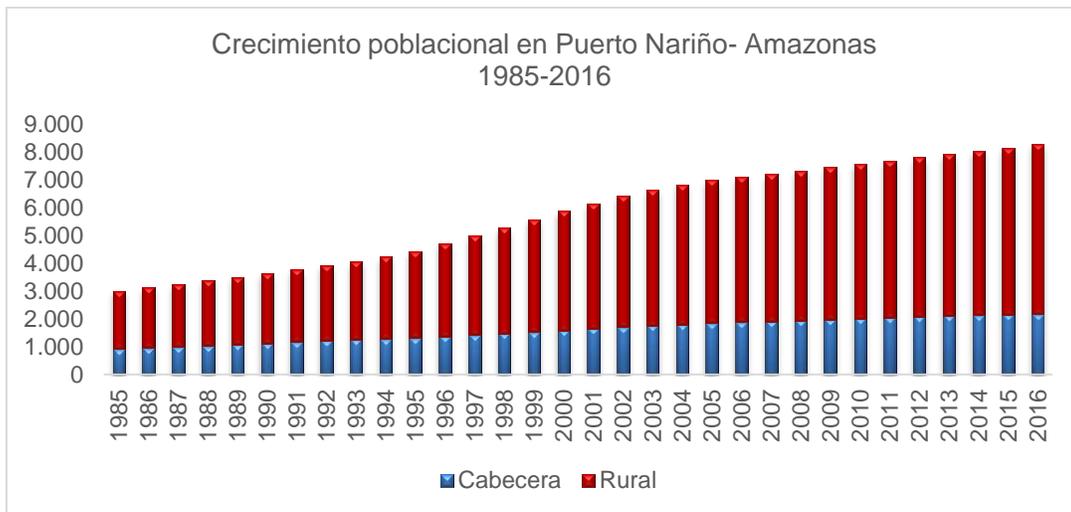


Figura 1 Crecimiento poblacional de Puerto Nariño entre 1985 y 2016
 Fuente: Proyecciones DANE, 2017, elaboración propia.

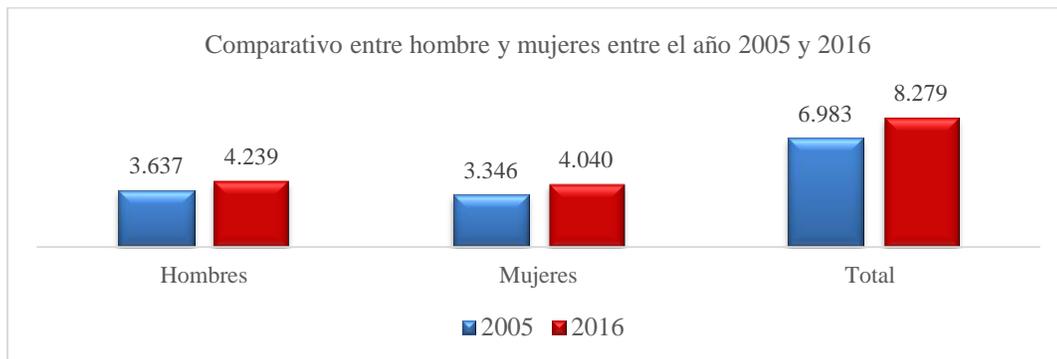


Figura 2 Comparativo del incremento poblacional entre hombres y mujeres (2005 vs 2016)
 Fuente: Proyecciones DANE, 2017, elaboración propia.

Dentro de estos datos puede evidenciarse también que gran parte de la población, sobre todo para el municipio de Puerto Nariño, es indígena (véase Figura 3).

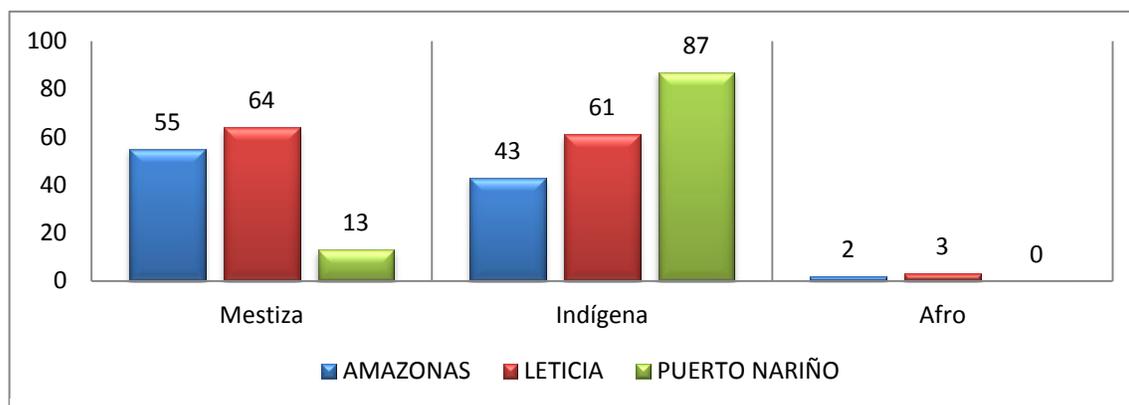


Figura 3 Composición étnica del Amazonas

Fuente: DANE, 2017, elaboración propia.

De acuerdo con la FAO (2015), esta población es más vulnerable porque siguen sufriendo altos niveles de pobreza y discriminación y teniendo menor acceso a la educación y la sanidad. La dependencia a la tierra y a los recursos naturales para su supervivencia, está amenazada por el la economía extractiva, la marginalización político-económica, los bajos niveles de gobernabilidad y de articulación y los efectos devastadores del cambio climático.

Por su parte y de acuerdo con el Plan de Desarrollo del Amazonas 2012-2015, los departamentos con más altos niveles de pobreza son los que cuentan con una mayor participación del sector rural en su economía local. La pérdida de poder adquisitivo de la población es producto de las dificultades para generar un ingreso suficiente y sostenible y del incremento en los precios de los alimentos.

La pobreza genera sinergias con las otras variables, por cuanto impide el acceso a servicios de salud, a la educación y a la alimentación, lo que favorece la mortalidad temprana por causas evitables. La mortalidad por desnutrición se asocia con condiciones de extrema pobreza, y la seguridad alimentaria y nutricional tiene determinantes multisectoriales, ligados a factores económicos, políticos, sociales, ambientales y culturales.

En la Figura 3 el 55% de su población es mestiza, el 43% indígenas y 2% afrocolombianos. En el caso de Puerto Nariño el 87% de su población es indígena frente a un 13% que es mestiza (Datos DANE, 2005, proyecciones a 2017).

La población del Amazonas está concentrada en la zona rural, para las cabeceras municipales de Leticia una mayor densidad demográfica, cerca del 64%, mientras que en Puerto Nariño la población se concentra en sus zonas rurales con el 73,6%. Para el caso de este último municipio, debido a la búsqueda de empleo y educación se espera que en los próximos años la población de las zonas rurales comience a reducirse, incrementándose la concentración en su cabecera (Véase Figura 4).

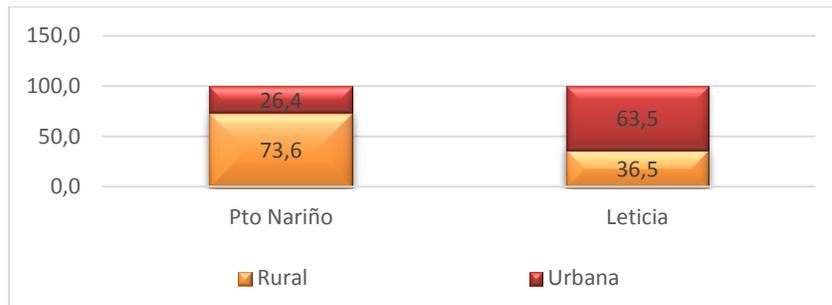


Figura 4 Porcentaje de población entre zona urbana y rural

Fuente: DANE, 2017, construcción propia.

Las dinámicas de desarrollo dadas en el municipio obedecen a todas las características descritas en el subcapítulo 1.1 que, por ejemplo Riaño Umbarila (2003), describen como la producción cauchera concentró en algunos sitios de este territorio, debido a sus ventajas ambientales por estar ubicados en zonas de várzea y otros lugares, de acuerdo con datos históricos, las vegas inundables del Amazonas, cercanas a Leticia fueron los lugares privilegiados para su explotación, como el caso de Martín de Amaca Yacú.

Más recientemente, la conformación de resguardos o territorios colectivos de minorías étnicas y la declaración de parques nacionales, cuya tarea es la de velar por el patrimonio natural, paradójicamente produjo un impacto considerable al ponerle freno a las estrategias de supervivencia y autonomía de las comunidades que fueron cobijadas por dichas medidas. La protección de territorios se dio a través de la Constitución Política de 1991 y posteriormente con el decreto 2164 de 1995 en su en Artículo 21:

Los resguardos indígenas son una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio.

Rummenhoeller en el texto *Tierra Profanada. Grandes proyectos en territorios indígenas de Colombia* señala que, el temor que suscitó la pérdida de la gran diversidad de especies que se encuentran en territorio colombiano—el segundo país más megadiverso del mundo— llevó al desarrollo de estrategias de conservación in situ como la ley 2da de 1959, con la cual se declaran zonas de reserva forestal y posteriormente la declaración de parques nacionales, vastas áreas naturales protegidas bajo estrictas categorías correspondieron con dicha estrategia. A partir de este hecho “las comunidades indígenas con territorio traslapado entraron en conflicto para recuperar, consolidar y manejar de forma autónoma sus territorios ancestrales” (1995, p.65).

Sin embargo, los indígenas históricamente han desarrollado estrategias de uso y manejo del territorio de acuerdo con la disponibilidad de las áreas con que cuentan, las prácticas culturales y las condiciones ambientales y geográficas en las que se encuentran. Así, por ejemplo, la población indígena del Loreto Yacu ubicada en un territorio de várzea que en ciertas épocas del año es utilizado para la siembra, así mismo la apertura de claros en el centro o selva, donde a través del sistema de socola—quema, roza y siembra— son producidas las chagras. O el uso de la selva para la cacería de sus presas y el de los ríos para la pesca.

Todo este acervo de conocimiento tradicional es parte fundamental de las estrategias de supervivencia e identidad cultural de un grupo étnico; dicho conocimiento no es único, homogéneo, ni estático, pues obedece al intercambio cultural con otras sociedades. Las maneras de usar y manejar el territorio han sido el fundamento para su reproducción física y cultural; su deterioro o pérdida es el resultado de diversos factores, dentro de los que se destacan los procesos de cambio cultural como resultado de proyectos económicos y de políticas públicas

sin conocimiento de los contextos culturales que poco protegen sus territorios y las variaciones ambientales que se dan dentro de su territorio (Rummenhoeller, 1995).

Las orientaciones que tienen los proyectos económicos como el ecoturismo o el procesamiento de fariña a escala industrial, promovido recientemente, que se ejecutan en el municipio están amparados en las lógicas definidas por el capital, dejan de lado las condiciones culturales propias de sus habitantes. Dice Vieco que, los proyectos de desarrollo que en la actualidad ejecuta el Estado en el municipio siguen las mismas normas de “fomentar o privilegiar los proyectos destinados a generar ingresos económicos en las comunidades indígenas, por ejemplo, los programas de piscicultura que se ejecutaron durante los años 1990 o destinan recursos a planes de desarrollo asistencialistas” (2010, p.143).

Esto es evidente también en cómo los planes de desarrollo municipales que se han adelantado en el municipio que no dialogan con el Plan de vida del resguardo (Ticoya 2007-2017) - tal y como se demostrará en el Capítulo 3. Esta falta de diálogo genera disputas y tensiones entre las dinámicas propias de las comunidades indígenas donde la solidaridad, la reciprocidad, la perspectiva circular del tiempo, se contraponen con estas lógicas de los ingresos económicos individuales, por fuera del marco de la comunidad local y del grupo doméstico (Vieco, 2010). Situaciones que dificultan el proceso de atención y prevención de enfermedades como la malaria.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando en todo este capítulo, el modelo de desarrollo económico motivado por Occidente como única vía posible confía ciegamente en la capacidad de la ciencia y la tecnología para resolver los problemas generados en sociedades que no tienen cómo solucionarlos. Expresa Vieco (2010) que sociedades como las indígenas son consideradas en este marco como carentes, con falta de definición de una economía sólida que los provea de excedentes que les generen ingresos económicos; privados de una educación que les permita salir del atraso al que están condenadas. Por su parte los problemas de salud son reducidos a meros

problemas de higiene. Así la educación, la salud y los sistemas de gobierno propio son vistos como un obstáculo para la vía que la modernidad impone como el salvavidas para estas comunidades. Siendo así comienzan a visibilizarse las complejidades que un enfoque intercultural en salud para la atención de enfermedades como la malaria, en tales contextos puede producirse.

CAPÍTULO 2. EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD

Este capítulo a partir de un breve acercamiento por los conceptos de cultura y diversidad abre el análisis a las perspectivas de multiculturalidad e interculturalidad, que a su vez darán paso a las diferentes nociones de biomedicina, medicina tradicional e itinerarios terapéuticos. Todos ellos elementos necesarios para abrir el diálogo a las posibilidades y limitaciones que tiene un enfoque intercultural en salud.

2.1 Cultura y Diversidad Cultural

La antropología plantea dos conceptos fundamentales necesarios para el desarrollo de un enfoque intercultural en salud, el concepto de cultura y el de diversidad cultural que subyacen en el estudio de modelos médicos en interacción. Tal como lo plantean Alarcón, Vidal y Neira Rozas (2003), esta perspectiva permite mostrar como “los sistemas médicos son complejas y dinámicas organizaciones que representan modelos epistemológicos de pensamiento acerca del fenómeno de salud y enfermedad” (p.1062). En ese mismo sentido la interculturalidad en salud es definida como un proceso de acercamiento entre mundos culturales diversos.

Esta investigación plantea diferencias respecto a la noción clásica de cultura que la ha considera como el “complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y de su vida en sociedad” (Alarcón, et al., 2003, p.1062).

Las visiones clásicas de la cultura como una estructura simbólica han enfatizado en tres rasgos: la cultura es aprendida, es compartida y es implícita, dando 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, sólo 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.

De esta forma una nueva aproximación al concepto de cultura necesita desentrañarse/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.

La noción de cultura propuesta en esta tesis cuestiona la cultura “como algo discreto, limitado e integrado” (Escobar, 2007, p.247), transitando hacia otros sentidos que permitan 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 impone en este caso el concepto de salud/enfermedad en la biomedicina, que varios autores (Blaser, 2008; Blaser y De la Cadena, 2008; Bonelli, 2015 y Escobar, 2014) vienen cuestionando también hace un tiempo. Este es el caso de la cultura separada de la naturaleza, o del cuerpo opuesto 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, donde la enfermedad tiene que

ver con el estar bien con su territorio, de las relaciones que establecen con él, la naturaleza y otras entidades.

Es importante 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 donde 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. Citro y Gómez plantean al respecto que,

(...) humanos y no humanos participan de una misma red existencial y justamente las sensaciones-emociones corporales (especialmente el dolor-enfermedad-tristeza y la fortaleza-salud-alegría) serían uno de los índices más visibles de estas múltiples relaciones entre los seres del mundo (2013, p.267).

En otras palabras, las experiencias y percepciones de un individuo están fuertemente permeadas por la cultura y de esta manera es cómo es visto y construido el mundo, bajo un sistema de valores que determinan un grupo social, creando sus propios constructos de la salud y enfermedad (Rehaag, 2007). Pero estas construcciones no son aisladas, son el producto de diferentes escalas de intercambio y relacionamiento, de las cuales se desprenden las prácticas multiculturales e interculturales. Un encuentro entre diferentes culturas muchas veces acompañado de conflictos y problemas, dado que el trato con una cultura extraña o diferente, lleva a desencuentros y malos entendidos, donde con frecuencia faltan los elementos que ayudan para el acercamiento entre diferentes culturas.

Por consiguiente, pensar la cultura y la diversidad cultural que existe en el mundo, pasa por comprenderlas como dos eslabones necesarios para transitar el camino hacia la interculturalidad. Desde esta perspectiva, una aproximación básica al concepto de interculturalidad implica, por un lado, reconocer que existe

una diversidad de mundos con diferentes formas de pensar, conocer, ser, actuar y organizar la vida en comunidad. Y por otro, que estos mundos diversos, confluyen y son abocados al diálogo, a interacciones que requieren de tratos horizontales, y sin hegemonías epistémicas, o por lo menos, como un primer paso, haciéndolas evidentes. Todo lo cual supone el respeto mutuo como posible alternativa para encarar los problemas que hoy enfrentan.

En este sentido el giro ontológico como enfoque teórico amplía este planteamiento al proponer una crítica a la razón moderna que defiende la existencia de un conocimiento unívoco y de una sola realidad. Es el llamado conocimiento científico dualista, que establece una división entre naturaleza y seres humanos, y por tanto una relación instrumental entre los humanos y la naturaleza. Tal enfoque pretende reivindicar otras formas de entender esta relación, y a partir de allí provocar una discusión que logre una mejor comprensión de la diversidad cultural en el mundo contemporáneo (Blaser, 2008, 2009, 2014).

Al ser una crítica al conocimiento moderno, cuestiona la racionalidad que define una única manera de ver, entender y hacer, en “donde los otros sistemas de pensamiento se reducen a la categoría de saberes o folklore” (De la Cadena, 2009, p.157). Contrario al pensamiento único que establece además una separación tajante entre seres humanos y naturaleza que abona terreno para entablar relaciones de subordinación, dominación e instrumentalización de la naturaleza e incluso de otros seres humanos (Escobar, 2012, 2014).

En efecto el giro ontológico es interesante, en la medida en que tal y como lo plantean Ruíz Serna y Del Cairo (2016), propone una diversidad de elementos que coinciden en su búsqueda por formular alternativas teóricas que apunten a reconocer formas de pensar la naturaleza y las relaciones que con ellas se encarnan, diferentes a las que dominan en el naturalismo heredero de la racionalidad instrumental de la modernidad. Asimismo, Loera-González (2015) y Escobar (2012, 2014) lo consideran como un cambio en el paradigma antropocéntrico imperante en los modelos de desarrollo occidental, para apostarle

a un paradigma biocéntrico, que reconozca una forma diferente de vivir y concebir la existencia, no solo de una naturaleza, sino de múltiples naturalezas y realidades.

La historia de la razón occidental, marca justamente el paso de una filosofía centrada en una teoría del mundo o del ser — una ontología — a otra, que coloca, antes que todo, la cuestión del saber o conocimiento¹⁷ — una epistemología —. Mientras impere la episteme, en donde algo existe solo si es cognoscible desde la razón científica, otros mundos no tendrán cabida dentro de nuestro mundo occidental moderno, pues tal como lo sugiere Goldman “solo existirá aquello que desde el conocimiento occidental define a partir de la representación de la realidad única” (2005, p. 17). La episteme occidental genera una separación que no logra interpretar lo que está fuera de ella “cada vez hay más voces y formas de conocimientos que no encuentran acomodo fácil dentro de él (y en muchos casos, ni se preocupan por encontrarlo)” (Bonelli, 2015, p.5).

De esta manera ocurre, por ejemplo, que los conocimientos de las comunidades indígenas frente a sus formas de concebir y tratar la enfermedad quedan invalidados, pues en el caso de la práctica biomédica o de políticas públicas de salud definidas desde el Estado, no son considerados en los esquemas de tratamiento ni en la toma de decisiones. Es paradójico, pues pasa lo contrario en el mundo indígena, en el cual es posible evidenciar una mayor capacidad de integrar y articular los saberes y prácticas que vienen de afuera en su vida cotidiana. Incluso “una visión más integral de la misma “ciencia”, en donde no existe una separación entre el bienestar de los ecosistemas y la salud humana” (Méndez, Abrahams y Rioja, 2016, p.165).

Citro y Gómez (2013) a partir de sus trabajos etnográficos con la comunidad indígena Toba del Norte de Argentina en el Chaco, muestran cómo corrientes teóricas como la fenomenología o la ontología pueden ampliar la mirada para la interpretación de sus realidades. Plantea Citro (2009), el hecho de que con

¹⁷ En este trabajo se equipara conocimiento y saber cómo categorías indistintas.

frecuencia las comunidades indígenas involucren hoy prácticas modernas como el uso de la ciencia y la tecnología (internet, celular, utilicen autos). En este sentido llama la atención al sugerir, que, aunque las comunidades indígenas “han sido transformadas, no han sido eclipsadas, por las imposiciones del capitalismo y las prácticas hegemónicas del estilo de vida occidental: medicina, alfabetización y escolarización, racionalidad legal-burocrática y, aunque más conflictivamente el cristianismo” (2009, p.40).

Cabe agregar que la reflexión en torno a los presupuestos ontológicos de una u otra cultura, ofrece herramientas para identificar las dificultades que enfrenta un enfoque como la interculturalidad en salud. Como intenta comprenderse en esta tesis que, son múltiples los rasgos que sobreviven a las herencias de los pueblos que, a su encuentro o choque, originaron la diversidad que aún hoy es indudable en el contexto nacional y latinoamericano. Los conocimientos, prácticas y relaciones que componen bagajes diferentes a la tradición occidental están presentes, renuevan y ganan espacios frente a las razones dominantes, especialmente en cuanto a alternativas y posibilidades para relacionarse de otras formas con Occidente.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, cultura, diversidad cultural y giro ontológico¹⁸ ofrecen elementos para ampliar la mirada hacia una propuesta de tránsito al diálogo intercultural, siendo este mucho más que un intercambio de ideas o creencias. En otras palabras, como lo plantea Aguado Vázquez (2016) a la interacción entre diferentes corporeidades —estructura simbólica del cuerpo—, lograrlo implica, “una comprensión de dinámica de las identidades sociales como productos de procesos que se anclan en el cuerpo” (p.61). Es decir que dos culturas que se encuentran retoman elementos culturales del otro, sin perder su

¹⁸ Es importante considerar para esta propuesta de análisis, que, si bien el giro ontológico es una propuesta que algunas de sus vertientes más radicales que cuestionan conceptos como el de cultura y diversidad cultural, al hacer parte de la misma matriz relativista del multiculturalismo, el giro ontológico no es un proyecto unificado. En este sentido esta propuesta intenta retomar algunos elementos que permitan construir un puente entre éste y la interculturalidad.

propia identidad, de ahí la importancia de describir las diferencias que subyacen entre los conceptos de multiculturalidad e interculturalidad para este capítulo.

2.2 Multiculturalidad e Interculturalidad

Desde la academia el encuentro entre mundos diferentes ha intentado abordarse a través de conceptos como multiculturalidad e interculturalidad. Ambos abordajes plantean diferentes marcos interpretativos y de conocimiento. En el caso de la multiculturalidad, es concebida como un espacio paralelo en el que es ubicada la coexistencia de múltiples culturas. De esta forma lo que hace es un reconocimiento de la diversidad cultural y de sus diferencias. Según la Unesco,

Es el concepto que explicita la heterogeneidad cultural de las sociedades y de los individuos. Las sociedades multiculturales comparten un espacio común en el que, si bien existe el respeto a las minorías, no emergen actitudes de interacción, provocando por tanto la aparición de grupos de identificación cultural y actitudes de rechazo (Unesco, 2005, p.443).

En cualquier caso, el multiculturalismo ha tenido diferentes connotaciones, terminando por adaptarse a cada contexto, como reivindicación en las constituciones. En algunos casos haciendo eco de las demandas hechas por los pueblos indígenas, reclamando las diferencias, pero sobretodo pareciera “estar más centrado en las minorías étnicas, las identidades nacionales y las confesiones religiosas y en ellas sólo en la medida en que toque el problema cultural” (Grueso, 2003, p.20). Desde esta perspectiva la multiculturalidad, parte del respeto entre los diversos grupos culturales que coexisten en un mismo territorio, sin que esto procure la interrelación y entendimiento entre los mismos.

En tal sentido, plantea ciertas dificultades como ponerse de acuerdo frente a algo que no entra dentro de las categorías propias. Es decir, al confrontar o tomar decisiones sobre cualquier aspecto en el que intervengan dos o más visiones culturales, siempre se corre el riesgo de aplicar el punto de vista propio, etnocentrista (del más fuerte). Esto se debe a que los preceptos culturales propios son el canon y por tanto mejores que los de las demás culturas (Hierro, 2018,

parr.3). Este planteamiento multicultural expresa por lo tanto la dificultad para generar diálogos e interacciones con otras culturas.

Esta dificultad radica en que, por un lado, considera las culturas como unidades discretas, autónomas, incluso estáticas, y por el otro piensa que no existen disputas ni desencuentros, porque la multiculturalidad no plantea diálogos horizontales, en el sentido de ver a su interlocutor como un igual en términos epistemológicos, superioridad, raza, pero diferente a la cultura propia en forma simultánea. Es decir, no reconoce en el otro la posibilidad de un diálogo de igual a igual, sino que su postura está expresada simplemente en la tolerancia de la diferencia. Una postura de tolerancia, no ve en el otro un igual, tal y como lo define Maturana (1988), su carácter está más bien expresado en una negociación postergada.

Es decir, ubica al “otro” en una posición de inferioridad y se le considera equivocado, por lo tanto, se le tolera, pero sin aceptarlo dentro de la propia realidad, lo cual deviene a mediano y largo plazo en mayores conflictos. Se trata entonces, del establecimiento de unas jerarquías de conocimientos o de saberes y prácticas que son vistos como verdades absolutas, científicas y dominantes, frente a otros de carácter inferior que son valorados como creencias o costumbres, pero no reconocidos como un sistema de conocimiento igualmente válido y/o verdadero.

Al respecto expresa Barabas que este reconocimiento ha traído también prácticas políticas que “producen segregación entre culturas, marginación y constitución de ghettos” (2014, p. 14). Esto sin desconocer que el reconocimiento multicultural encierra nociones asociadas a la diversidad cultural, lo cual ha permitido cuestionar la existencia de Estados homogéneos y monoculturales, abriendo paso a la legitimación de la diferencia, la igualdad social y la no discriminación (Barabas, 2014).

Sin embargo, para Walsh (2007) el reconocimiento de la diversidad cultural propia de una propuesta multicultural, responde más bien a dinámicas de inclusión

globales que pretenden controlar la oposición y hacerlos parte de la lógica del mercado. Esta estrategia no es más que la fragmentación de las luchas étnicas, la individualización y cooptación de esas otras formas de vivir en el mundo, o como diría Escobar (2014), de mundos diferentes.

En esa misma línea es necesario ubicar la diferencia entre ambos conceptos, la cual radica en la noción de cultura planteada por el multiculturalismo, vista como de carácter estática, aislada o poco cambiante. Por su parte la interculturalidad—fundamento al que intenta aproximarse esta propuesta crítica interpretativa—, ve la cultura como un fenómeno en “permanente transformación y construida a partir de denominadores comunes entre todas las diversidades” (Barabas, 2014, p.14).

El sentido de interculturalidad que se plantea aquí está en sintonía con lo que la decolonialidad viene proponiendo como “proyecto social, político epistemológico e intelectual” (Walsh, 2007, p.31), una posición ética frente a la forma de acercamiento con el “otro”, en el caso concreto de la salud, no solo de la construcción de una relación técnica y asistencial, sino de un espacio significativo de respeto, simetría y autonomía frente a otros conocimientos de la salud/enfermedad/tratamiento como los que tienen cada uno de los pueblos indígenas. Así mismo frente a las representaciones de lo que es normal o patológico y de las estrategias sociales para enfrentar la enfermedad. Esta perspectiva no es ingenua, por lo que intenta desvelarla y cuestionarla a su vez las relaciones de poder, las asimetrías que se dan en dicho proceso y la hegemonía de la práctica biomédica y sus expresiones de racismo, superioridad ideológica y clasismo.

Abrirse a una postura decolonial como la propuesta por Walsh (2007) implica cuestionar la colonialidad del saber. Dicho de otra manera, reivindicar otras formas de producción de conocimiento que no sean las hegemónicas, la de los blancos, europeos y científicos, a través de un proceso de comprensión y fortalecimiento de lo propio, y no como algo estático y fijado en el tiempo, ni tampoco como esencialismo, sino como un continuum de prácticas, de visiones, de formas de

hacer, de perspectivas ligadas a la tierra, a una colectividad y a una comunidad (Walsh, 2015).

Lo intercultural en este contexto propone ser una importante estrategia que cuestiona la lógica colonial para transitar hacia la construcción de saberes interepistémicos e interrelacionados, al “señalar caminos propios y compartidos, ante un mundo que sigue perpetuando un capitalismo cada vez más salvaje y colonialista” (Walsh, 2015, p.281). Dicho de otro modo, plantea la reivindicación y el fortalecimiento de los saberes y prácticas propios como un sistema de conocimiento igualmente válido. Además de apelar a la reflexión frente a diferentes epistemologías, “generando participación y provocando una contestación y cuestionamiento” (Walsh, 2007, p.33). Y propicia escenarios que permiten “un enriquecimiento mutuo entre las culturas que no implica diluir la identidad de los interlocutores para formar una síntesis única” (Walsh, 2009, p.45).

En este mismo sentido, autores como Rehaag (2006) definen que, un comportamiento intercultural entraña aprender en situaciones concretas a reconocer y aceptar la diferencia mutua, construir la convivencia entre diferentes culturas al generar relaciones recíprocas en torno al otro diferente. Un principio fundamental para la convivencia e interacción entre culturas diferentes, parte de la necesidad de construir relaciones que tengan como base la equidad. Un encuentro, de una interacción entre diferentes culturas y parte de la base de que todas las culturas son igualmente válidas, y que en un proceso de entendimiento mutuo se realiza un proceso de acercamiento propio a lo “otro” o a lo “extraño” lo que, al mismo tiempo, implica un enfrentamiento con la propia cultura (Rehaag, 2007, p.17).

El encuentro de personas de diferentes contextos culturales, no solo los enfrenta a otras maneras de entender el mundo, sino que plantea otros conceptos de lo que se entiende por extraño. Esa idea del otro como un extraño genera problemas de comunicación, si adicionalmente la posición para mirar lo “otro”, lo extraño lo ve con anormalidad. Es así que Rehaag (2007), ha expresado que una

cultura es, en tanto puede compararse con otra e identificarse o diferenciarse de la otra. De igual manera, Walsh (2009) manifiesta, la necesidad de promover una relación justa que implique reconocer a la otra cultura como igual y diferente a la cultura propia en forma simultánea.

Del mismo modo, Aguado Vázquez (2016) apunta al respecto que el desarrollo de una práctica intercultural, no solo plantea un intercambio de conocimientos, sino una interacción de *habitus* — tal como lo define Bourdieu (1991) — y corporeidades. Es decir, de prácticas sociales que se manifiestan en el cuerpo a partir de rituales que orientan todas aquellas acciones y conocimientos para la vida en comunidad.

Las prácticas sociales son las que determinan la identidad de un grupo a través de conocimientos y acciones como el autocuidado en la alimentación, la atención a la salud a partir de la identificación del causante de lo que puede enfermar, y del uso de plantas y otros remedios curativos. Ahora bien, correr o repensar la frontera del “otro” para un diálogo intercultural en donde se valoren y lleven a la realidad esos saberes y prácticas del “otro”, implicaría necesariamente “estrategias que contemplen aspectos vivenciales (sensoriales, emocionales, afectivos y cognitivos) consientes e inconscientes” (Aguado Vázquez, 2016, p.64).

Esto propone un cambio en el paradigma hermenéutico y epistemológico de la racionalidad moderna, en donde el pensamiento no se restrinja a la comprensión lógica, abriendo paso además a la ética y el respeto, al pensamiento simbólico y a manifestaciones de lo inconsciente.

En conclusión, esta perspectiva de la interculturalidad pretende reflexionar frente al conocimiento binario propio del colonialismo, el cual divide entre conocimiento local y conocimiento científico. Ambas miradas como plantea Fóller (2002) esconden una idea paternalista tendientes a mantener relaciones desiguales de poder con discursos separatistas. Una propuesta de interculturalidad aboga a pesar de todas las complejidades que encarna, por una

mirada que reconozca en todas las culturas formas propias de conocimiento, las cuales son producto de las interacciones con otras culturas.

2.3. El Enfoque Intercultural en Salud (EIS)

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, ya sea por acuerdos, imposiciones o adopción voluntaria. Esta realidad permite 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 constituyen el bagaje de todas las culturas, el enfoque intercultural en salud busca cuestionar el conocimiento biomédico como única vía para abordar el fenómeno de la salud/enfermedad/atención. A la par que fortalece los saberes y prácticas propios como un sistema de conocimiento y acción, en permanente diálogo/desencuentro e inclusión/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 ello 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, de sanarlas a través del uso de instrumentos y personas. Con lo cual manifiestan autores como Alarcón et. Al que, “las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual” (2013, p.1063). Para llegar a ello todo sistema detenta 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 distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos. Es por esto que “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 permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre médicos y pacientes. (Ibíd., 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, han determinado la creación de diferentes propuestas. Nacidas algunas desde la institucionalidad, otras lideradas por las propias comunidades indígenas, como es el caso del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural— SISPI—, el cual aboga por la construcción de una política de salud propia, donde la prestación de servicios de salud esté dada desde el marco de la interculturalidad.

Para el caso de la institucionalidad los primeros intentos por llegar a un enfoque incluyente, pueden rastrearse a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud—APS—¹⁹, realizada en Kazajistán, conocida como Alma-Atá (de la cual en el capítulo 3 habrá un mayor desarrollo). 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 Mérida, 2008, p.23).

Este escenario propició programas basados en promotores de salud indígenas, que pretendía tener a un agente indígena, capacitado en atención primaria en cada uno de los pueblos indígenas de Latinoamérica y África. Sin embargo, pese a

¹⁹ La APS fue considerada como un modelo de asistencia curativo-preventiva, con técnicas de asistencia médica unificadas y sencillas y aplicadas por personal dedicado a ese tipo de asistencia primaria. Señaló, además, que las medidas que promovieran el desarrollo, como lo son el saneamiento, la provisión de vivienda, la nutrición, la educación y las comunicaciones, además de la participación de la comunidad, se constituían en factores que contribuyen a mejorar la calidad de la vida y de la salud de los pobres (García et. al, 2002, p.211).

las buenas intenciones del programa que surgen en el contexto de la Guerra Fría y/o lucha anticomunista— lo cual se presenta y desarrolla con mayor profundidad en el próximo capítulo—, con políticas de intervenciones asistenciales y tecnológicas de alta prioridad. 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 esta postura no pretende cuestionar la importancia que la atención primaria en salud 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 Álvarez y Obregón Torres, 2002, p.220)²⁰. Adicionalmente, 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 efecto dentro del modelo biomédico, revestido de “neutralidad” y científicidad, y por tanto imposible de ser permeado. Al respecto Suárez Medina plantea que:

(...) 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) (2001, 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 abordar los problemas de salud en el mundo. Algunas de estas propuestas fueron presentadas en el marco de la creciente conciencia ambientalista iniciada en la década de los años 70s del siglo XX, pero cobró más

²⁰ De acuerdo con Díaz Mérida (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 atención primaria de salud 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).

fuerza en los 80s, debido a una serie de accidentes que constituyeron daños ambientales irreversibles, tales como el escape de un pesticida en Bhopal, India en 1984, el accidente de Chernobyl, Ucrania en 1986 o el Exxon Valdés en Alaska en 1989.

A partir de esta época van a desarrollarse una serie de encuentros y acciones como la Carta Mundial de la Naturaleza promovida por la Organización de Naciones Unidas—ONU; el Informe de la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo o Informe Brundtland, Nuestro futuro común. 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, la cual 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; en 1994 la Carta de Transdisciplinariedad (Convenio de Arrábida), 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 el 2011, propone un espacio social integrado por diferentes actores con enfoques y prácticas compatibles (Bazzani y Sánchez, 2016).

Desde 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), vienen promoviendo un enfoque nombrado como intercultural en los servicios de salud, así como una propuesta cercana definida como Determinantes Sociales en Salud. La primera propuesta, a grandes rasgos, establece que todos los grupos étnicos puedan acceder a los cuidados que necesiten, integrando 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/OMS, 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 abordar la salud en contextos diversos, es necesario evidenciar que aún pueden encontrarse sesgos ideológicos en el lenguaje, como el concepto de raza²¹, en el siguiente enunciado: "existe una amplia evidencia sobre las desventajas y reducido acceso que tienen los hombres y especialmente las mujeres y niños de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos/raciales" (OPS/OMS, 2014, sp.). Así mismo, sustentan varias de sus propuestas de atención intercultural sin considerar una serie de desencuentros epistemológicos, entre las formas hegemónicas de hacer, ver y pensar y las visiones subalternas.

Una de ellas, es la reiterada alusión en diferentes documentos donde se plantea que, "la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad" (OPS/OMS, 2016, sp.). Esto evidencia como los conocimientos indígenas son considerados creencias y no puestos en la misma escala horizontal del conocimiento científico. De tal forma, que una propuesta de

²¹ La idea de raza ha sido un modo de otorgar legitimidad a las relaciones de dominación impuestas por la conquista y luego por el imperialismo. La elaboración teórica de la idea de raza fue y sigue siendo la naturalización de esas relaciones coloniales de dominación entre europeos y no-europeos. Dice Quijano (2000), que "la raza se convirtió en el primer criterio fundamental para la distribución de la población mundial en los rangos, lugares y roles en la estructura de poder de la nueva sociedad. En otros términos, en el modo básico de clasificación social universal de la población mundial" (p. 2). Por otro lado, existen muchas teorías genéticas que niegan la existencia de la raza como diferenciación genética (existe una sola raza, la humana, no negros, blancos o amarillos). La clasificación de las personas no se realiza solamente en los espacios de poder, sino también, en la economía-correlato de lo anterior-, y en todos y en cada uno de los espacios de la vida. La dominación es el requisito de la explotación, y la raza es el más eficaz instrumento de dominación que, asociado a la explotación, sirve como el clasificador universal en el actual patrón mundial de poder capitalista.

Científicos como Craig Venter, Harold P. Freeman y Wallace creen que la raza es un concepto social y no científico, y que los rasgos físicos externos corresponden a sólo el 0,01% de los genes. Calibrar la inteligencia, las aptitudes o el carácter por el color de la piel es algo que para amplios grupos de expertos se aleja de la realidad científica. Los investigadores que han completado la secuencia del genoma humano sostienen que el de la raza es un concepto social pero no científico. "Hay una sola raza, la humana", afirman. Por el contrario, otros grupos de investigadores insisten en que hay tres razas principales con diferencias fundamentales que se extienden al cerebro y a su capacidad intelectual. Aun considerando que la investigación sobre el genoma humano está en sus albores, los partidarios de una única raza sólo ven en los rasgos diferenciales externos procesos de adaptación al medio que se explican por un número pequeñísimo de genes" (Angier, 2000, parr.4).

integración entre diferentes formas de conocer y hacer, resultan ser problemáticas para llevar a cabo una tarea como la interculturalidad en salud, si no se tiene una constante vigilancia.

Y, por último, frente a lo anterior, aunque reconocen las condiciones económicas, culturales y políticas que pueden generar las enfermedades, no cuestionan la matriz que genera esas inequidades sanitarias. A propósito, Breilh (2013) hace una crítica a la propuesta de determinantes sociales en salud, al señalar, por un lado, que, “dichas relaciones implican la imposición de un sistema de explotación social y de la naturaleza, que reproduce sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas” (p. 14). Por otro, porque tal mirada hace parte de la misma corriente del paradigma bacteriológico de los factores de riesgo, en donde la comprensión de una enfermedad está situada su perspectiva en el análisis de relaciones causales, funcionales y lineales.

Otros enfoques cercanos a corrientes como el marxismo para abordar el fenómeno de la salud, fueron planteados a través de propuestas como la Medicina Social Latinoamericana que surge a partir de los años 60s del siglo XX, pero se consolida apenas a partir de la década de los 80s. Fue llevada a cabo por el Movimiento Médico Social Latinoamericano, fue conformado alrededor de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social—ALAMES—. Esta asociación define que la enfermedad como variable dependiente, dicotomizada según su presencia o ausencia, oscurecen la dialéctica del proceso salud/enfermedad/tratamiento, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales (Bazzani y Sánchez, 2016).

Simultáneamente aparece el Movimiento de Salud Colectiva que inicia en Brasil finalizando la década del 70, el cual plantea una forma distinta de pensar la salud, la enfermedad y la relación dialéctica que se instala en ellas. De acuerdo con Bertolozzi y De-la-Torre-Ugarte-Guanilo (2012) es, “un campo de conocimientos y de prácticas en salud, y también surge como forma de lucha, como proyecto para

defender las igualdades sociales y de salud, y como forma de contestar las profundas desigualdades sociales en curso en América Latina” (p.26).

Todas estas corrientes de pensamiento han ampliado la perspectiva frente a las restricciones epistemológicas que tiene el modelo de salud biomédico hegemónico moderno, el cual no garantiza la salud ni contribuye integralmente a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, abriendo la discusión ante otras formas de comprender y acercarse a la salud. Adicionalmente, tienen un papel fundamental al evidenciar que los problemas de salud son el resultado de la desigualdad. Así, la visión clásica que considera el estado de salud únicamente como un mundo de conexiones causales y asociaciones externas entre factores, es fuertemente criticado.

Por su parte, los grupos indígenas también han asumido una posición crítica, controvirtiendo la promoción de estrategias para el desarrollo e 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 del médico. Esto se visibiliza en cuestiones como, por ejemplo, la 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, es parte de la formación académica centrada en el asistencialismo biológico, que ignora el contexto intercultural, ahuyentando al paciente de su servicio de salud (al desmerecer y desconocer su idioma, costumbres, o ignorando su cosmovisión) (Arce Antezana, 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 subvaloración de sus opiniones y el desconocimiento y desinformación frente a sus propios derechos, son limitantes para construir formas de abordar 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 médicas, una ocurrencia mayor del abandono o falta de adherencia a los tratamientos y de resistencia al uso de la biomedicina, llevando a la confrontación y al choque cultural.

Ahora bien, también han planteado diferentes propuestas desde sus propias prácticas cotidianas, a través de itinerarios terapéuticos que integran los conocimientos aprendidos por ellos mismos de la biomedicina o de la interacción con otras culturas, en sus propios procesos de atención de la enfermedad. A propósito dice Fóller (2002) que, la medicina tradicional ha integrado diferentes conocimientos, como la incorporación de la ayahuasca en las curaciones de pueblos que antes no la utilizaban, el uso de aspirinas a infusiones de base vegetal y aceites etéreos de la farmacia son mezclados con bálsamos vegetales. (En el desarrollo del capítulo 4 podrán encontrarse muchos más ejemplos de itinerarios terapéuticos utilizados para la cura de la malaria).

Además, desde 1991 cuando son reconocidos los derechos de las minorías étnicas en Colombia se ha venido configurando un modelo de salud propio, construido a partir de sus planes de vida y del Sistema Indígena de Salud Propia—SISPI—(especificados en el siguiente capítulo), los cuales parten de la base del respeto a su propio sistema de salud y establecen un diálogo de saberes con el modelo biomédico, del cual se habla a continuación. A propósito, esto plantea el Plan de Vida del Resguardo Ticoya de Puerto Nariño:

Entendemos la atención de la medicina occidental, como una propuesta complementaria a las prácticas integrales de salud indígena. En este sentido buscamos la preservación de los conocimientos y prácticas de medicina tradicional, las cuales deben ser incluidas por las instancias competentes, para lograr la adecuada formulación, gestión y administración del Plan Integral de Salud Indígena del Resguardo Ticoya (Aticoya, 2008, p.22).

Por todo lo anterior y ante la necesidad de evidenciar caminos de diálogo entre estos dos modelos, a continuación, se incluye en esta propuesta interpretativa, una presentación de lo que es el modelo biomédico, para luego definir la medicina

tradicional y finalmente poder hablar de los itinerarios terapéuticos o de autoatención como intersticio. O en términos de Fóller (2002) y Landon (2015) poder hablar de conocimientos situados. A través de estas tres formas de atender la salud, puede haber un mayor encuentro, reconocimiento y por tanto posibilidades de interculturalidad en salud y de las estrategias utilizadas para hacer frente a los problemas de salud/enfermedad.

2.3.1 Biomedicina.

La perspectiva biomédica ha visto las cuestiones de salud y enfermedad en perspectiva de higiene y sanidad, entendido de otro modo aquellos que no se adoptan a los modelos de higiene y sanidad de Occidente son potencialmente más enfermos. Esto es posible evidenciarlo en los diagnósticos que hacen organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud—OMS— o la Unicef, en donde, por ejemplo, la escasez de agua potable, el uso de la leña como combustible o la carencia de retretes son las causas de enfermedad. Sin embargo, no evalúan cómo esta situación es parte de un proceso histórico social, económico y político de un territorio particular.

Por consiguiente, estas categorías de higiene, salud, pobreza, tal y como se verá en el siguiente capítulo han sido definidas dentro del discurso del desarrollo para hacerlos «objetos» necesarios de intervención. De acuerdo con Escobar, son construidos como “«problemas sociales» que a su vez requerían un conocimiento científico detallado sobre la sociedad y su población y el planeamiento social e intervención extensivos en la vida cotidiana” (1996, p.143).

Sus bases están soportadas en el pensamiento racionalista cartesiano y dicotómico, al concebir el cuerpo y la mente separados, independientes. Así el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan como piezas de una máquina (Baeta S, 2015). Sí las piezas funcionan correctamente es porque el cuerpo está sano, de lo contrario surge como respuesta la evaluación de esa parte que está averiada para luego apretar la pieza desajustada. Esta forma de tratar la enfermedad ataca el síntoma, pero no sus

causas. Es una concepción mecanicista del proceso salud/enfermedad/tratamiento, y observa, estudia y atiende el cuerpo de manera fragmentada.

Es cierto, tal como Baeta S. (2015) lo plantea, no pueden desconocerse los grandes avances de la ciencia biomédica. Sin embargo, es necesario señalar también que no logra ser suficiente para explicar el fenómeno de la enfermedad como un mero dispositivo biológico, dejando de lado la relación entre cuerpo, mente y ambiente, al ser partes de un sistema aún más complejo e histórico, donde las dimensiones biofisiológicas, psicológicas, socioambientales y espirituales determinan la vida de las personas. Al ser consideradas las ciencias médicas dentro del espectro de la ciencia occidental pura,

La cultura y su influencia en la salud y la enfermedad se menosprecia o ignora. Se considera que la cultura no es una variable que la medicina deba tomar en cuenta o en el mejor de los casos, la medicina está por encima de las distintas realidades culturales en el proceso de salud/enfermedad/tratamiento. (Baeta S., 2015, p.82)

Para Fajreldin (2006), en la biomedicina y particularmente en el paradigma epidemiológico ha primado un enfoque positivista, tanto en la salud pública como en la enseñanza de las ciencias médicas, con lo cual se legitiman unas leyes de carácter incuestionable que le otorgan un cierto monopolio sobre el saber y al hacer, en relación a otras prácticas médicas, y limitan o prohíben la práctica de otros tipos de curas. Esta manera es una de las mayores dificultades que se tiene para un ejercicio donde se involucre el diálogo de saberes al encontrarse con la jerarquía epistémica que impone el modelo biomédico.

2.3.2 Medicina tradicional 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 el caso de los pueblos indígenas la concepción de la salud/enfermedad/tratamiento y por tanto también de la dinámica vida/muerte, está construida a partir del

entrecruzamiento de las fuerzas del bien/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 juegan un papel determinante en los desajustes de la salud física y mental que viven las personas.

Las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud/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 Arias y Rivera Palomino, 2012). La enfermedad, por su parte, es entendida como la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza, 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. 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 procesos que involucran el equilibrio de energías, y para algunas sanaciones se hace necesario estar en un sitio sagrado. Por lo tanto, el papel del médico, curandero o chamán, como usualmente son nombrados entre los indígenas, juega un papel determinante en la práctica de sanación, dado el nivel de relacionamiento que tiene con el paciente.

Es así como la medicina tradicional indígena tiene en su práctica terapéutica una compasiva comprensión de la vivencia de quién padece la enfermedad, una empática comunicacional del curador con su paciente y el entendimiento del contexto social y cultural del enfermo al hacer parte de él. Por lo tanto, para ellos hay enfermedades que los médicos occidentales no pueden ver, es decir, no tienen 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. Son conocimientos heredados a través de múltiples generaciones y constituidos por los saberes y prácticas relacionadas con la vida, y las relaciones de equilibrio que se tejen con la naturaleza y entre las personas.

Durante miles de años en todas las culturas indígenas han sido conservados 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 Arias y Rivera Palomino, 2012). Plantean además que,

La Pacha Mama 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 Arias y Rivera Palomino, 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 al

interior de los resguardos. Una diferencia clave en cómo ve la enfermedad/salud la biomedicina, pues además de concebir el cuerpo como máquina, también se enfoca en el individuo 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 dice al respecto Gómez López y Sotomayor Tribín 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” (2008 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). Mientras que 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, desconociendo que tales problemas son el resultado de la complejidad ante las tramas de la vida, desde la perspectiva de los indígenas.

2.3.3 Itinerarios terapéuticos y autoatención.

Por su parte, los itinerarios terapéuticos son los procesos 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 importante considerar que las culturas son dinámicas y no están sujetas a identidades fijas. En este sentido el conocimiento de una cultura es construido a partir de 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.

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

Estas prácticas han sido parte de un proceso aprendido por el contacto directo con los profesionales de la salud occidental. Dan respuesta a qué hacen las personas o un grupo, por qué hace lo que hace y cuánto tiempo hace lo que hace ante la percepción de lo que en los grupos indígenas se considera un problema de salud, de una alteración del estado “normal” y cómo puede solucionarlo utilizando el conocimiento adquirido previamente y sin el acompañamiento médico. La elección del tratamiento para aliviar el malestar está además influenciada por las distintas concepciones de salud y enfermedad que la persona o el grupo determinan. Menéndez 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 aquéllos aprenden, modifican, resignifican sus prácticas, y que una parte de esa automedicación ha sido decisiva para abatir o controlar determinados padecimientos (2005, p.64).

De acuerdo con lo anterior, y tal como se ha venido planteando a lo largo de este capítulo, 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 la interpretación o la lectura de los mismos cambien según la eficacia de la cura o de acuerdo a lo que el enfermo crea o interprete en su momento. Por este motivo expresan Areco Pico, Sarudiansky; Lanzillotti et al., 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” (2015, p.170).

Es así que el autotratamiento lleva a la práctica los aprendizajes de la atención terapéutica médica, ya sea 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 alternan 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.

La biomedicina desde la práctica científica también ha retomado elementos de la medicina tradicional para enriquecer su acervo curativo. Es el caso de uso de plantas curativas como el Curare, que luego fueron sintetizadas para producir la anestesia y actualmente la patente de cientos de plantas tradicionales que son puestas al servicio de las multinacionales farmacéuticas. Las relaciones que existen entre ambas, es especialmente a través de la prescripción de fármacos y de la automedicación.

En la Figura 1 pretende ilustrarse cómo el enfoque intercultural en salud puede posibilitarse de manera más fácil de lo que parece, al evidenciar cómo en el proceso de salud/enfermedad/atención confluyen diferentes formas, estrategias curativas que son usadas de múltiples maneras y en todos los contextos culturales, sin excepción.

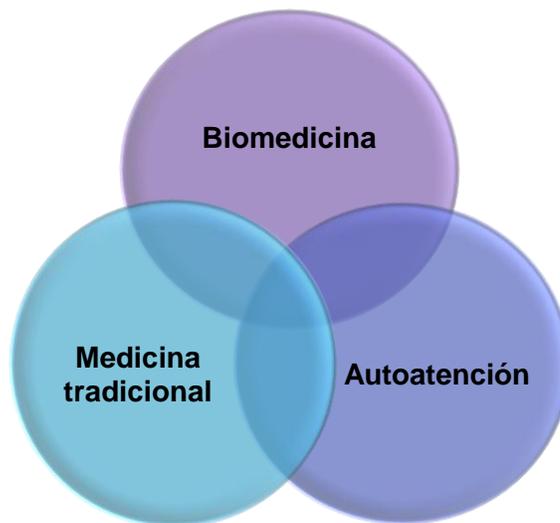


Figura 5 Modelos complementarios de salud

Fuente: Construcción propia.

Esta manera de construir y mezclar diferentes conocimientos muestra que el encuentro entre seres humanos con diferentes historias, se entrelazan de diferentes formas, lo cual crea mucho más que la suma de conocimientos (Fóller, 2002), al producir nuevos conocimientos o conocimientos situados, que son reconfigurados a partir de las apropiaciones culturales que se dan. Es en los intersticios en donde el diálogo de saberes se materializa.

2.4 Consideraciones frente a la propuesta de un enfoque intercultural en salud

Tal y como se verá en el próximo capítulo, la medicina tradicional evidencia una mayor apertura al diálogo con otros modelos médicos, no obstante, 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 permitiría cuestionar la práctica biomédica clásica, la concepción

biologicista de la salud, así como la manera en la que son construidas las políticas en salud. 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 todo 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 públicos, sin jerarquías de conocimiento. 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.

Frente a todas las consideraciones antes 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 el proceso formativo esté dispuesto al diálogo de saberes, cediendo parte de su poder a los encuentros que permitan 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 y Quijano, 2000). En términos de lo que propone Couture-Grondin, sería “repensar la interculturalidad implica tratar de no reproducir los modelos trazados por la hegemonía occidental” (2011, p.9). Así mismo Alarcón, et al. (2003) plantean que, un modelo de salud intercultural

requiere necesariamente reconocer a 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 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” (2016, 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 permite 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.

CAPÍTULO 3. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

"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 cimiente en las aportaciones equitativas".
(Aparicio Mena, 2007, p.10)

Una aproximación al significado de la salud pública, a sus proyectos y programas dentro de lo que es conocido como la planeación para el desarrollo, tiene una especial importancia en el análisis propuesto en esta tesis, ya que es en este marco donde son planteadas las acciones para atender enfermedades como la malaria. Por tal razón, este capítulo propone ahondar en las políticas de salud pública, su relación con el desarrollo y los encuentros y desencuentros entre las visiones de la institucionalidad y del mundo indígena frente a las formas en como la salud es representada y planeada.

En Colombia según Pineda et al. (2004), desde 1956 el Estado colombiano ha venido implementando programas de erradicación de la malaria. Estas medidas de salud pública utilizan las inmunizaciones, el control de vectores, así como la notificación y el saneamiento, como principales estrategias. Estrategias que surgen a partir de políticas de salud pública, reflejadas, por ejemplo, en planes y programas que tienen directrices desde instancias internacionales, permeando los ámbitos nacionales, departamentales y municipales, las cuales se instauran además como un sistema de control social, y no solamente como un instrumento de cuidado de la salud, de curación o prevención de las enfermedades.

En este marco y a pesar de que esta enfermedad afecta seriamente a la población indígena que vive en las zonas rurales, y aunque desde el 2014 inició la construcción del Sistema indígena de salud propia—SISPI—, el cual avanza lentamente, sin concretarse acciones de atención diferencial que redunden en mejores condiciones de salud. De tal forma que puedan generarse estrategias efectivas para reducir la aparición y el control de las enfermedades, donde el

enfoque intercultural en salud pueda ser un nuevo camino. No obstante, y como se verá en el capítulo 4 el marco de acción gubernamental sigue siendo la epidemiología, que según la OMS (2003), es el estudio de las distintas formas en que las enfermedades ocurren en distintas poblaciones o grupos de personas y por qué.

En Colombia todos los problemas de salud pública son atendidos a partir del Plan Decenal de Salud Pública—PDSP—, directriz para definir el marco de actuación frente a las situaciones coyunturales de salud. Como diagnóstico son realizados anualmente los Análisis de Situación de Salud—ASIS—, y como plan de acción están los Planes Territoriales de Salud—PTS—. Ambos instrumentos permiten a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del PDSP, al evaluar y monitorear las políticas públicas para controlar o combatir las enfermedades que son un problema sanitario para todo un territorio.

Estos planes además deberían entrar en diálogo con las estrategias territoriales de cada administración municipal y departamental a través de sus planes de desarrollo, concretados a partir de presupuestos y líneas de articulación. Paralelamente los pueblos indígenas cuentan con sus propios planes de vida decenales, en donde establecen sus propias visiones de mundo y definen las acciones a desarrollar en diferentes componentes (salud, educación, economía, entre otros).

Al poner en consideración todos estos elementos, este capítulo pretende describir las políticas de salud pública en Colombia, para posteriormente exponer cómo operan dichas acciones en el territorio indígena de Puerto Nariño-Amazonas, y sí su configuración permite o no, un diálogo con las representaciones, saberes y prácticas de salud propias de los indígenas. Para lograr este cometido, inicialmente se presentan las formas en que el modelo occidental biomédico determina el estar enfermo o saludable, esto es fundamental en la definición de los marcos de atención, prevención y formulación de políticas de salud. Posteriormente, se hace un recuento a partir de una línea del tiempo por

la historia de la salud pública del país y cómo esta ha sido construida en el marco de las políticas económicas internacionales. Luego profundiza en la Ley 100 de 1993, la cual crea el sistema de seguridad social integral, matriz que en adelante establecerá todas las acciones en salud realizadas en el país.

Finalmente, a partir de la descripción de estos elementos relevantes se pone en discusión primero la coherencia del componente de salud entre el Plan Territorial de Salud—PTS—, los planes de desarrollo departamental del Amazonas (2012-2015) y el municipio de Puerto Nariño. Para luego contrastarlos con la visión de salud propia de los pueblos indígenas dentro del plan de vida del resguardo indígena Ticoya—Asociación indígena ticuna, cocama y yagua— de Puerto Nariño y del SISPI. Para así poder identificar las posibilidades y limitaciones que plantean los enfoques interculturales en salud, en el caso concreto de la institucionalidad.

3.1 La determinación de estar enfermo o saludable: claves en la formulación de acciones en salud

Desde el accionar biomédico la determinación del estado de salud y enfermedad de las personas, ha sido definido por el paradigma médico científicista como único y universalizable. Aquellas enfermedades/patologías que estén por fuera de las prescripciones médicas y definiciones científicas fijadas como universales, no existen. De acuerdo con Aparicio Mena (2007), el modelo biomédico no reconoce los conocimientos en la salud de los pueblos indígenas, su forma de entender y representar los males o enfermedades y su forma de tratarlos (según las culturas y las individualidades), así como los distintos sistemas terapéuticos surgidos a lo largo y ancho del mundo y de la historia.

En el contexto de la salud pública la definición de salud y enfermedad están vinculados directamente a lo que el discurso del desarrollo ha determinado dentro de sus indicadores transversales: necesidades básicas satisfechas, calidad de vida y bienestar. Estos tres conceptos han estado asociados siempre a la pobreza, a la cual le es atribuida una constelación de fenómenos que establecen el

denominado “círculo vicioso de la pobreza”; entre los que se destaca la enfermedad, estos son: bajos ingresos que generan escasez de alimentos, que van a traer padecimientos de salud y mal rendimiento laboral (Escobar, 2007).

Estos elementos estructurales son los que la institucionalidad en salud evalúa para determinar los niveles en que, un grupo de personas pueda ser más susceptible o vulnerable frente a una enfermedad. De esta manera, formulará una política que la combata. Dicho de otra manera, una comunidad con indicadores bajos de necesidades básicas satisfechas, de calidad de vida e higiene, medidos a través de parámetros o estándares occidentales – y más específicamente del norte global – (nutrición, peso, talla, actividad física, como más adelante se verá) y no contextualizados a realidades propias de cada comunidad, ya sea étnica, campesina e incluso urbana, serán vistos y tratados como potencialmente enfermos.

En este mismo sentido, el saneamiento básico ha jugado un papel importante en tales indicadores, su deficiencia o inexistencia es considerada dentro de la salud pública como determinante de la falta de condiciones de vida, y por tanto también, como factor en la aparición de enfermedades. Adicionalmente, en torno a él se ha construido un imaginario científico y popular que defiende una idea de progreso, salud, bienestar y desarrollo para la práctica médica, la salud en su conjunto y las políticas en salud. No obstante, dice Haro que,

Los avances tecnológicos, culturales, de servicios básicos y de disposición de nutrientes han traído como consecuencia el incremento de la esperanza de vida para la mayoría de la población mundial, aún con el aumento de la pobreza y las desigualdades y en un contexto de progresiva expansión de la medicalización y de la individualización en la gestión de los problemas sanitarios (2013, p.25).

Desde la década de los 60, el saneamiento básico fue considerado como fundamental en la relación salud y desarrollo socioeconómico, durante esta época se constituyó en uno de los frentes de mayor inversión de recursos por parte de las agencias de ayuda como el Banco Interamericano de Desarrollo—BID—. Esta estrategia fue solo para las ciudades dejando al margen las zonas rurales. Lo cual

aún para esta época sigue siendo uno de los síntomas de las deficiencias en salud.

Por lo anterior, un elemento necesario para visibilizar las complejidades que adopta un modelo de atención en salud precisa; primero, identificar el fondo financiero que las moviliza/posibilita y segundo entrar en diálogo con las particularidades culturales en los contextos indígenas, como es el uso del lenguaje, las narrativas propias y con ello la comprensión de las formas de ser, hacer y conocer y de comprender el mismo “ser enfermo”.

Por ejemplo, dentro del sistema biomédico particularmente, lo que es definido como síntomas, diagnóstico, prescripciones, en el proceso de atención y tratamiento de las enfermedades, corresponden a etapas claves en el desarrollo de los mecanismos científicos de control social (Kapelusz-Poppi, 2012), en el que son instalados conceptos como necesidades, calidad de vida, bienestar e higiene que no necesariamente se enmarcan dentro de las categorías propias de los indígenas, como tranquilidad, buena cacería, chagra sin plaga.

Así, mientras que la medicina tradicional no contiene dentro de su lenguaje palabras como patologías, diagnósticos o higiene; o conceptos como necesidad, bienestar o buen vivir están lejos de la mirada unívoca que tiene Occidente frente a estas palabras. Su entendimiento de la relación salud/enfermedad/tratamiento habla de desarmonías, de ausencia de salud, o de desequilibrios energéticos o rupturas (Aparicio Mena, 2007). Tal como es planteado en el capítulo 2, la salud puede ser para algunos pueblos indígenas las relaciones con la naturaleza, el equilibrio con el entorno, las relaciones con la comunidad y el respeto de las normas sociales y naturales.

Sin embargo, el discurso y la práctica del desarrollo, genera una ruptura con la concepción de salud de los pueblos indígenas, pues ésta está asociada al progreso económico y al conocimiento científico. Esto puede evidenciarse en el caso concreto del concepto de necesidades, el cual según Illich (1996) está enraizada la salud occidental. Este tipo de conceptos como necesidad, está

anclado en el discurso del desarrollo, relacionado con una serie de indicadores frente a los bienes y servicios universales que una persona puede proveerse. Concepto que hace parte del de pobreza, configurado a la vez por los indicadores o mediciones a partir de la capacidad adquisitiva que una persona tenga para adquirirlos. Ambos conceptos, estrechamente relacionados, terminaron por definir la vida en términos de carencia personal, es decir, de “la incapacidad de una persona para lograr los artículos «necesitados» o los «servicios necesitados»” (Illich, 1996, 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” (Illich, 1996, 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).

En este mismo sentido, Foucault (1959) plantea 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 a partir del siglo XVIII” (p.9). Castro-Gómez (2005) también expresa al respecto cómo el uso del lenguaje a partir de la expansión colonial de la Europa moderna, concretamente a través de las reformas borbónicas, comienza a definir lo que es entendido y concebido como enfermedad, pobreza, ocio, bienestar. La racionalidad económica en este nuevo ciclo inició un proceso de regulación de la vida en función del aumento de la productividad y por

tanto de la riqueza, estableciendo a su vez las prácticas de cuidado del cuerpo, los tratamientos y lugares para desarrollar la práctica curativa.

Esto produjo una forma de conocimiento único edificado a partir de 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 “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 como las percepciones de los lugares, las personas y las concepciones de las enfermedades, las ideas de bienestar, 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, un lenguaje.

Aludiendo al concepto de Foucault, Castro-Gómez (2005) plantea el concepto de biopoder, a aquella máquina que cambia dependiendo de los intereses de dominación, así las representaciones del “otro” son importantes 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. “La legitimación narrativa que ofreció la ciencia para la implementación de ciertas prácticas de control sobre la población durante el siglo XVIII” (Castro-Gómez, 2005, p.309).

La salud de acuerdo a lo anteriormente señalado, obedece a un proceso 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 este caso y tal como en el Capítulo 1 fue planteado, por ejemplo, la explotación cauchera y demás actividades extractivas

han generado el aumento de epidemias, o la migración hacia otros territorios, “un aumento considerable de las epidemias y el reasentamiento forzoso de la población” (Echeverri, Franky y Zárata, 2001, p.13).

Siguiendo esta misma línea argumentativa puede traerse a colación lo planteado por Illich, “la salud pública corresponde al grado en que se distribuye entre la población total los medios y las responsabilidades para enfrentar la enfermedad” (1977, p.217). Es por eso que la pérdida de los conocimientos propios repercute en las capacidades que tienen las comunidades para enfrentar las nuevas circunstancias de sus territorios. Determinado sus condiciones de salud, contribuyendo en la agudización de problemas nutricionales por la pérdida de su soberanía alimentaria, de nuevas dinámicas poblacionales que generan problemas de salubridad y saneamiento básico, problemas ambientales, de seguridad y violencia.

Frente a esta situación las formas en que son abordadas las enfermedades desde el modelo de atención biomédico, son miradas fragmentadas del cuerpo, separas de la mente y el espíritu. Donde además el factor biológico es el único que tiene relevancia en el proceso de definición de las patologías, así como de las estrategias de prevención y atención. Son este tipo de concepciones, que dificultan el proceso de sanación de las enfermedades en tales contextos. Dice 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 a partir de los conocimientos profundos adquiridos de generación en generación y a la solidaridad y la cooperación entre las personas. Al respecto señala también Aparicio Mena,

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 sólo un conjunto de estructuras y funciones que conforman un cuerpo. (2007, p.10)

Es a partir de todos estos elementos y criterios que las políticas públicas de salud han sido definidas, así como los presupuestos en que las enfermedades aparecen. Privilegiando ciertos aspectos para darles solución, mientras que niegan o invisibilizan otros. Aquí los actores son múltiples, uno de ellos el Estado, así como los organismos multilaterales internacionales como la OMS, Organización de Naciones Unidas, entre otros. Todos ellos juegan un papel importante en la creación de estas retóricas y prácticas, pero no constituyen los únicos protagonistas: el análisis debe mirar también a 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 el sistema económico que juega un papel fundamental en las decisiones frente al qué y al cómo hacer y tratar de las enfermedades. Estos procesos no evolucionan de manera lineal y continua, ni afectan a toda la sociedad por igual.

3.2 Lineamientos de la salud en Colombia

Para entender mejor los procesos mencionados, en este apartado se describe el camino de la salud pública en Colombia y cómo los intereses económicos y políticos globales pese a las buenas intenciones, no han logrado concretar las acciones políticas en los países para superar las desigualdades sociales que embanderan sus programas. Es así que, todas las acciones institucionales, aunque muestran otro tipo de miradas a la salud y a la diversidad cultural, persiste en un modelo cuyos referentes son la biologización, la medicalización y el negocio de la salud ante un creciente deterioro en las condiciones de la salud.

Para llegar a esta comprensión se realiza una breve historia de la salud pública en Colombia y con ellas las reformas del sector en cabeza de la ley 100 de 1993, hasta llegar a las políticas de salud pública en Colombia. Este último factor abre la puerta para que en el posterior apartado pueda generarse un análisis sobre si existe articulación o no de visiones de mundo en su construcción.

3.2.1 Breve historia de la salud pública en Colombia.

Al tener en cuenta las consideraciones anteriores, es necesario abordar la orientación de la salud en Colombia a partir de instancias internacionales, y para hacerlo, es menester iniciar planteando la consolidación de la presencia institucional de la Organización Panamericana de la Salud—OPS— en el país, como oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud—OMS— (OMS, 2008). Su llegada se da en un contexto particular de la década de los cincuenta del siglo XX; época en que fueron realizadas todas las intervenciones internacionales para América Latina, como resultado de las políticas de reactivación económica tras la posguerra (Escobar, 2007).

Este hecho fue un referente clave porque allanaría el camino de todas las acciones sanitarias y la incorporación de sus lineamientos en la definición de políticas en salud que, a pesar del distanciamiento vivido con las instituciones públicas en la década de los 90s, hasta hoy han venido incorporándose algunos de sus elementos (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002). En la siguiente línea del tiempo puede observarse la adscripción a algunos de los tratados internacionales más importantes y la normativa nacional que sintetiza la historia de la salud en Colombia, hasta identificar la normativa y jurisprudencia en materia de salud intercultural (ver Tabla 1).

Tabla 1 Línea del tiempo en la que pueden identificarse las principales políticas y/o acciones de salud pública en Colombia, avances en materia de inclusión de los grupos étnicos y su participación a través de acuerdos internacionales

Acuerdos internacionales sobre políticas de salud pública	
Fecha de suscripción	Tipo de acción
1908	Convención Sanitaria de Washington
1942	Conferencia Sanitaria Panamericana en Río de Janeiro
1942	El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP)
1947	Creación de la Organización Sanitaria Panamericana (OSPA) "Organización Sanitaria Panamericana"
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en donde se reconoce la salud como un derecho
1952	Programa de control de insectos del Caribe direccionado por UNICEF

Acuerdos internacionales sobre políticas de salud pública	
Fecha de suscripción	Tipo de acción
1956	Acuerdo entre Colombia, la OMS y Unicef para crear el Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM)
1958	Acuerdo OMS/OPS y Unicef: Plan de Operaciones Tripartito para un Programa de Erradicación de la Malaria en Colombia
1958	Creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organismo regional de la OMS
1961	Carta de Punta del Este
1964	Enmienda al Plan Tripartito de Operaciones para el Programa de Erradicación de la Malaria en Colombia
1978	Alma-Atá. Atención primaria en salud «Salud para todos en el año 2000»
1981	Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el año 2000 de la (OPS)
2000	Se suscriben los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)
2012	Se suscriben los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS)
2013	Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023
2017	Agenda de salud sostenible para las américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región de las américas
Políticas nacionales de salud pública	
Fecha de suscripción	Tipo de acción
1908	Ley 17 del 21 de agosto de Convención Sanitaria de Washington de 1905
1919	Ley 112 sobre inspectores de sanidad
1920	Resolución No. 90. personas que ejercían la medicina a suministrar a las autoridades administrativas o sanitarias los datos sobre las enfermedades contagiosas que tuviere su clientela
1922	Ley 99 en donde se acogen las disposiciones de la VI Conferencia Sanitaria Panamericana de Montevideo: sobre estadística médica, provisión y vigilancia sanitaria
1924	Suscripción del Código Sanitario Internacional
1931	Ley 51 suscripción del Código Sanitario Panamericano
1931	Ley 98 creación del Departamento Nacional de Higiene (DNH). Inicia una «campaña seria y científica contra el paludismo».
1938	Ley 96 con la que se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social
1946	Ley 27 por la cual se crea el Ministerio de Higiene y la Estadística
1956	Plan Piloto de Servicios Integrados de Salud (PPSIS)
1960	Decreto N° 1423 por el que se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP).
1961	Incorporación de la vacunación a las actividades de los servicios locales de salud
1961	Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso

Acuerdos internacionales sobre políticas de salud pública	
Fecha de suscripción	Tipo de acción
1963	Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP).
1975	Sistema Nacional de Salud
1981	Res10013 /81: Los programas de prestación de servicios de salud que se desarrollen en comunidades indígenas deberán adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa y socio-económica, en forma tal que se respeten sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural.
1993	Ley 100 de Reforma a la salud
2008	Sentencia C-864/08: Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos étnicos en el sistema General de Seguridad Social en Colombia
2011	Sentencia T-920/11: Derecho a la salud y el respeto a la identidad étnica y cultural de comunidades indígena
2011	Ley 1438 de Formulación del Plan de Decenal de Salud Pública 2012-2021.
2014	Decreto 1953 Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI).
2015	Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.
2015	Resolución 1536 de 2015 establece las disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud.
2018	Circular 011 de 2018 del MSPS.

Fuente: Construcción propia con base en Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002 y PDSP, 2011.

La salud pública en Colombia tiene como historia inicial el control de las epidemias y de la sanidad portuaria hasta los años 30 del siglo XX. Posterior a ello aparece una nueva mirada a la salud a través de estrategias preventivas asociadas a la erradicación de enfermedades que poco a poco produjeron “la necesidad de integrar los servicios curativos y preventivos en servicios de salud manejados por el Estado” (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002, p.63).

Surge así también la ampliación del campo de acción de la higiene en el marco de un contexto particular que definió nuevas dinámicas en todo el mundo: la Segunda Guerra Mundial y la posguerra. Esta última buscó ampliar los ámbitos de la cooperación internacional, al llevar más recursos dentro de estructuras multilaterales, igualmente, comenzaron a estandarizarse acciones en salud como la prescripción de tratamientos y medicamentos. Con la posguerra, Colombia suscribe acuerdos con el Banco Mundial—BM— y el GATT—Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio—, entre otras agencias de cooperación internacional,

que, aunque fortalecieron el campo de la higiene y la salud, su principal objetivo no era este, sino la ampliación y promoción del comercio en América Latina. Al respecto el libro de Historia de la salud en Colombia plantea que,

La estrategia central para lograr el propósito de la incorporación de los pobres sería el mecanismo de subsidio a la demanda y la definición de un “paquete mínimo de servicios” que se podría cubrir con dicho subsidio. El imperativo moral de ampliar la cobertura de los servicios de atención médica fue la justificación más utilizada para exhortar a los gobiernos a abrir las puertas del sector salud a la inversión de capital privado y a garantizar el éxito de la inversión de este capital, dada la inviabilidad de hacerlo por el camino de las instituciones públicas (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002, p.312)

Esta afirmación demuestra que el objetivo de los programas de desarrollo económico determinó la inclusión de los programas de salud pública, al ser considerados como esenciales y complementarios de los económicos (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002). Estos datos son importantes en tanto evidencian cómo en este contexto, las campañas de salud e higiene no estuvieron guiadas por fines altruistas, ni respetando a la población receptora, sino principalmente por intereses económicos. No solo para garantizar la fluidez en el comercio, sino para que toda materia prima o persona que entrara en contacto con el trópico, no fuera a difundir algún tipo de epidemia en los países del norte.

En esta misma línea del tiempo y hasta los años 80s, en el marco de la guerra fría, las acciones y políticas internacionales concentraron su trabajo alrededor de las Enfermedades Transmitidas por Vectores—ETVs— conocidas dentro de las enfermedades tropicales²². Razón por la cual se suscribieron una serie de acuerdos y determinaron a nivel regional y por países, unas políticas que buscaban su erradicación, tal como lo evidencia la línea del tiempo de la Tabla 1.

Del mismo modo, comenzó a dársele una relevancia significativa a la formación de los “recursos humanos” en salud, a través de la promoción de nuevas

²² De acuerdo con la OMS las enfermedades tropicales son aquellas que ocurren únicamente, o principalmente, en los trópicos. En la práctica, la expresión se refiere a las enfermedades infecciosas que predominan en climas calientes y húmedos, como la malaria o paludismo, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la oncocercosis, la filariasis linfática, la enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana y el dengue. Todas ellas conocidas dentro del mundo de las patologías como ETVs.

facultades de medicina y la reestructuración de las existentes, acopladas ahora a los esquemas propios del “modelo norteamericano” de educación médica (Vargas et al, 2002, p.135). Y también se le dio relevancia a la institucionalización a través de la conformación de la Escuela Superior de Higiene, luego nombrada como Escuela Nacional de Higiene, institución creada para impulsar la formación de personal sanitario; y la creación en 1950 de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle.

En este contexto la salud fue reconocida como una inversión y no un gasto, para ello los procesos de planificación del desarrollo tuvieron un papel central, dándole paso a la promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la coordinación entre los distintos subsectores responsables de esas actividades, creando nuevas instituciones especializadas y estableciendo nuevas políticas. Estas estrategias pueden ubicarse en lo que la biopolítica define como dispositivos de control sobre el cuerpo de las personas. La infraestructura hospitalaria, el saneamiento básico y los planes de salud, fueron la respuesta a problemas sociales como la enfermedad, la pobreza y la higiene. Para su superación el conocimiento científico es requerido y con ello “el planeamiento social e intervención extensivos en la vida cotidiana” (Escobar, 1996, p. 216).

Esta estrategia de planificación surge en el marco de los pactos internacionales establecidos con la Alianza para el Progreso. La salud es asumida como una inversión pública y el sistema de salud es articulado desde el Estado, bien a través del aseguramiento universal o de un servicio único de salud administrado y prestado directa o principalmente por éste.

A lo largo del tiempo estas acciones van fortaleciéndose o transformándose dependiendo de la política económica adoptada. A partir de los años 80s, cuando inician las reformas neoliberales, las políticas en salud resultaron de los ajustes promovidos desde el Consenso de Washington en 1990, las cuales condujeron al Estado colombiano a asumir como tarea exclusiva el desarrollo de políticas que garantizaran la libre acción del mercado.

No obstante, la Atención Primaria en Salud—APS— (descrita a continuación), siguió jugando un papel fundamental durante esta época, por medio de programas de alto impacto y bajo costo, combinando recursos públicos, privados y de cooperación internacional. Dicen Hernández Álvarez y Obregón Torres (2002) que, “en el segundo quinquenio de los años ochenta, esta estrategia produjo resultados importantes en el terreno de la atención de poblaciones prioritarias, en especial del área materno infantil, y en el control de enfermedades prioritarias” (p.267).

Esta estrategia fue complementaria con la de Sistemas Locales de Salud (SILOS), el programa más ambicioso y articulador de la cooperación técnica de la OPS y fue el paso inicial para la descentralización de la salud Colombia. Dichas reformas fueron instaladas en las agendas de gobiernos con diferentes espectros políticos e ideológicos. Dentro de este contexto es que surgen las propuestas sectoriales de las reformas a la salud y su privatización. Una síntesis de este contexto lo plantean Almeida Filho y Silva Paim, cuando dicen que:

En tanto la estrategia de atención primaria de la salud se difunde a partir de la Conferencia [1978] de Alma-Atá²³, los centros hegemónicos de la economía mundial valorizan el mercado en tanto mecanismo privilegiado para la asignación de recursos y cuestionan la responsabilidad estatal en la provisión de bienes y servicios para la atención de las necesidades sociales, inclusive salud. El “nuevo orden mundial” que se instaura en la década de los ochenta, inspirado en el neoliberalismo, provoca una evidente fragilización de los esfuerzos para enfrentar colectivamente los problemas de salud. Particularmente en los países de economía capitalista dependiente, la opción por el “Estado mínimo” y el corte en los gastos públicos como respuesta a la llamada “crisis fiscal del Estado” comprometen en mucho el ámbito institucional conocido como salud pública (1999, p.6).

²³ Alma-Atá fue La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), realizada en Alma-Atá (Kazajstán), en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud. Autoridades sanitarias, lideradas por quien fuera un destacado sanitarista como Haldfan Mählery autoridades políticas, convocaron al evento, que produjo la famosa declaración que iniciara lo que se llamaría luego la segunda generación de reformas en el sector salud del siglo XX. En la Conferencia, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), estuvieron representados 151 estados y participaron ministros de salud de más de 100 países. Virtualmente todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo Salud para Todos en el Año 2000. Además, ratificaron la amplia definición de la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social (Lorenzo Rodríguez, 2005, p.1).

Las propuestas de reforma en la salud para Latinoamérica fueron impulsadas, en la mayoría de los casos, por organismos financieros internacionales como el Banco Mundial—BM— y el Fondo Monetario Internacional—FMI—, o por fundaciones como Rockefeller (Escobar, 2007). Las estrategias de salud definidas a partir de las directrices que establecen dichos organismos, dejan de ser debatidas por los directamente implicados “siendo negociadas directamente entre las agencias financieras y el “área económica” de los gobiernos” (Almeida Filho y Silva Paim, 1999, p.14).

De esta forma, las estrategias de atención en salud fueron determinadas por el carácter económico y de servicios que imponían estos organismos y no como un derecho fundamental, sin que esto haya cambiado actualmente. Claramente han sido planteadas bajo sus propios parámetros culturales occidentales y su propio concepto de necesidades.

El resultado de lo anterior, es la mercantilización de la salud, y por tanto también, del saber médico, pues aún a pesar de tener una enorme variedad de herramientas diagnósticas, terapéuticas y avances médicos innegables, están limitadas por las disposiciones de un sistema que determina qué servicio médico puede brindarse o no. Esto es demostrable, en el caso de Colombia por el uso de la tutela como único mecanismo jurídico para poder reclamar su derecho. En el subcapítulo siguiente se encuentran los datos representativos que lo evidencian.

Estas reformas probaron que el modelo de salud estatal, además de ser insostenible económicamente, no lograba garantizar una mejor calidad y cobertura en el servicio. Por lo que la nueva propuesta estaba orientada a buscar un aumento en los niveles de calidad, cobertura y eficiencia en la prestación de los servicios de atención médica y la satisfacción de los “usuarios-clientes”, y para ello la medida era necesariamente su privatización. Sin embargo, tal como lo manifiestan Ugalde y Homedes (2005), el propio BM, impulsor de estas reformas, “ha empezado a reconocer que algunos de los postulados en los que se sustenta ese modelo no son los más adecuados en todos los contextos” (p.202).

A propósito, Vásquez (2006) y Almeida Filho y Silva Paim (1999), concuerdan en que la privatización de la salud fue argumentada apelando a las fallas del Estado. Para ello la prestación del servicio por privados corregiría los problemas de eficacia, eficiencia, burocratismo y clientelismo que caracterizaban el sector público. Este análisis favorecedor de tales intereses no tuvo en cuenta que, la combinación de las “imperfecciones del mercado y la debilidad institucional, terminaron por cambiar el monopolio público en la prestación del servicio de salud por las condiciones negativas que impone un monopolio privado en la prestación del servicio” (Vásquez, 2006, sp.).

Así pues, en el campo de la salud, la doctrina neoliberal ha generado un debate a partir de las relaciones entre la búsqueda del denominado desarrollo económico y social, los derechos humanos y la ampliación y cobertura de los servicios públicos y sociales como parte de sus garantías. Sin embargo, esta búsqueda está dada no por fines altruistas, sino por estrategias mercantiles. Puede decirse incluso que estrategias lanzadas por la Organización Mundial de la Salud—OMS—, como *Salud para todos en el año 2000*, a finales de la década de los años 70's, con una perspectiva eminentemente política y social, que buscaba desinstrumentalizar lo técnico o burocrático de la programación de la salud, fracasaron (OPS, 2003).

De la misma forma, este nuevo modelo globalizó la salud en un sistema de "salud universal" a través de una especie de “humanitarismo neoliberal, con un papel mejorado para las asociaciones público-privadas y una reconfiguración de las ideas de ciudadanía y el derecho a la salud” (Kapelusz-Poppi, 2012, p.200). Promoviendo al mismo tiempo un marco de aseguramiento individual, que ha venido conduciendo a una pérdida de las relaciones solidarias y cooperativas, y del cuidado del otro.

De esta forma fueron favoreciéndose las compañías privadas de aseguramiento en salud, desvirtuando la institucionalidad pública alrededor de la salud, generando una serie de barreras de acceso para la atención de la población y

vulnerando con ello el goce efectivo del derecho a la vida y la salud (Moreira, J. M., Rivière-Cinnamond, A., Torres Tovar, et. al., 2016). Para ello los principios económicos de rentabilidad y beneficio fundamentaron la definición de las políticas de salud, cediendo un deber de obligatorio cumplimiento para el Estado a las instituciones privadas, “ya que la salud es una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos y que, por tanto, no debe circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado” (OPS, 2003, p.8).

En el caso colombiano concretamente, la reforma a la salud inició *ad portas* de la apertura económica, a principios de la década de 1990 y es bajo este modelo que han venido operando las políticas de salud pública, la definición de perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención. A continuación, se detalla este proceso.

3.2.1.1 La reforma de la salud en Colombia.

En 1991 es aprobada la nueva Constitución de Colombia que “redefine el marco de las relaciones entre estado y sociedad, y por esa vía replantea las discusiones posibles sobre gobernanza en el país” (Vásquez, 2006, sp). En este mismo año inicia el proceso de la apertura económica con el gobierno liberal del presidente César Gaviria Trujillo. Esta situación es paradójica, dado que la Constitución buscó fortalecer el Estado, el gobierno, la sociedad civil y la ciudadanía, mientras que los ajustes estructurales promovidos por la implementación del modelo neoliberal (más mercado, menos Estado), iniciaron los procesos de privatización y desregulación de actividades económicas y de prestación de servicios públicos, como es el caso de la salud.

De acuerdo con Gañan Echavarría, la salud dentro del marco constitucional de Colombia es considerada como la necesidad de “contar con unas condiciones de bienestar del individuo, a su derecho a una calidad de vida digna, al acceso a servicios básicos que le garanticen un desarrollo de aquellas libertades fundamentales (capacidades)” (2013, p.15). En este mismo sentido, y según lo

que plantean, los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991, son reconocidos la atención de la salud y el saneamiento básico como un servicio público que el Estado debe garantizar.

Por su parte la Ley 100, que se suscribe dos años más tarde en 1993 (liderado por el entonces senador, y hoy expresidente, y nuevamente senador, Álvaro Uribe Vélez), crea el Sistema de Seguridad Social Integral colombiano (SSSI), según sus impulsores, introducida para garantizar dicho derecho, pero también con la idea de regularlo como servicio público. Y sobre todo una reforma de la seguridad social para mejorar su eficiencia, universalidad y solidaridad, según el mandato constitucional (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002). Para llevarla a cabo fueron definidas una estructura de operación a partir de tres subsistemas: Sistema General de Pensiones (SGP), Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP). La legislación también creó un conjunto de programas adicionales a los subsistemas citados, bajo la denominación de Servicios Sociales Complementarios (SSC).

Este “paquete” buscaba regular el servicio público de salud, crear condiciones para el acceso de toda la población a este servicio en todos los niveles de atención, cubrir las contingencias de enfermedad general y maternidad de sus afiliados y beneficiarios, y garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (Gañán Echeverri, 2013). Sin embargo, a lo que condujo este sistema va en contravía de los preceptos constitucionales, sobretodo de garantizar la vida como derecho humano fundamental que transversaliza a todo lo demás.

La salud bajo este esquema, lo que busca es la rentabilidad del sector, convirtiendo así la salud más que en un derecho, en una mercancía. Al respecto Vásquez plantea que dicha ley fue concebida según “lo que algunos autores denominan ciudadanía asistida” (2003, sp.), pues a pesar de que buscase desarrollar los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia consagrados en la Constitución de 1991, “la realidad es que reorganiza los actores del sector salud

en un esquema competitivo de mercado, donde el eje articulador son las organizaciones de intermediación, tanto en la prestación del servicio como en su administración” (Vásquez, 2003, ps.). Esto no ha podido remediarse a pesar del carácter que intentaba imprimirle la reciente Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 que buscaba reformar a la Ley 100, la cual consagra la salud como un derecho fundamental que, bajo la anterior ley, era concebida como un servicio obligatorio con limitaciones.

Pese a esta nueva Ley, al día de hoy no se han logrado sus objetivos, al existir grandes dificultades para que las personas puedan acceder, por un lado, a los servicios de salud, y por otro, contar con una buena calidad en la prestación del mismo. Aunque la cobertura de salud en Colombia es muy alta, según cifras del DANE (2005) más del 97% de la población tiene algún tipo de afiliación, no es suficiente para garantizar el acceso a ella. Muchos hospitales han sido cerrados o no cuentan con las condiciones básicas para su operación.

Adicionalmente, y para el caso de las zonas rurales del país, y en especial para los territorios indígenas, el panorama es más grave, porque existen deficiencias tanto en la dotación de equipos técnicos, medicamentos e insumos, así como en los aspectos sanitarios de infraestructura que se encuentran en mal estado, y adicionalmente esta la falta de insumos para garantizar la asepsia, entre muchas otras deficiencias. Otro factor importante es no poder contar con personal médico suficiente y/o idóneo. Tampoco han logrado que en lugares con población indígena se promueva un tipo de salud contextual, respondiendo a las necesidades propias de estos grupos poblacionales. Una serie de datos muy importantes presentan Bonet-Morón y Guzmán-Finol analizando cifras entre 2012 y 2014:

En los 1.101 municipios que tiene el país, el 45% tiene Instituciones Prestadoras de Salud–IPS— de naturaleza pública. Entre ellos, el 73% tiene una IPS y el 14% cuenta con dos. Estas entidades territoriales están rezagadas con respecto a su capacidad instalada y a la variedad de servicios de que disponen. El 93% de los municipios con solo 19 IPS públicas no poseen salas de quirófano, el 31% no posee salas de partos y el 29% no tiene camas. Asimismo, el número de servicios ofrecidos en los municipios

donde coexisten IPS de distinta naturaleza puede llegar a ser más de cuatro veces los ofrecidos en los que solo hay IPS públicas. Teniendo en cuenta que hay 234 tipos de servicios susceptibles de ser habilitados, se encontró que en los municipios con solo IPS públicas se ofrecen como máximo 52 servicios, mientras que en el resto de municipios se pueden ofrecer hasta 227. Si bien no se trata de que cada municipio cuente con hospitales de todos los niveles de complejidad, no sería equitativo que la oportunidad, calidad y disponibilidad de servicios a los que un individuo accede dependa de la región en la que vive, a qué régimen pertenece, o si tiene recursos suficientes para comprar bienes y servicios directamente (2015, p.16).

En cuanto al sistema de salud para los pueblos indígenas Suárez Mutis (2001) planteaba ya en 2001, las dificultades que enfrentaba la salud, tras el absoluto desconocimiento que los profesionales de la salud tienen en torno a la salud de los pueblos indígenas. Frente a la consecución de médicos rurales en el Amazonas que tengan interés de trabajar con las comunidades y tener “otra visión” del mundo. Además, que las facultades de medicina y salud pública no enseñan antropología médica, y con mucha frecuencia los profesionales desconocen las enfermedades tropicales y la manera adecuada para tratarlas. Lo cierto es que este panorama luego de casi 20 años no ha cambiado sustancialmente.

Todos estos resultados son producto, primero porque las Leyes 100 de 1993 y 691 de 2001, no contemplaron el enfoque cultural y étnico de las comunidades indígenas, y segundo por el desconocimiento de las personas frente a sus derechos y deberes dificulta el acceso a los servicios de salud (Facultad Nacional de Salud Pública, 2012). Esto puede corroborarse al revisar las cifras de afiliación en el país. El porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es de amplia cobertura (97%), para el caso de las comunidades indígenas es más bajo, en el 2012 era del 67,5% (Facultad Nacional de Salud Pública, 2012, p.13).

El padecimiento de graves problemas de salud y las dificultades de acceso, dado que la gran mayoría de la población indígena habita en zonas alejadas de las cabeceras municipales. Según el Perfil de salud de los pueblos indígenas de 2016, establece que hay diferencias significativas y sistemáticas entre la situación de salud de la población indígena frente población no indígena,

En todos los indicadores, demostrando situaciones de vulnerabilidad, y no goce de los derechos humanos. La mortalidad indígena se concentra en población menor de 19 años. Es persistente en los años analizados las altas tasas de mortalidad materno infantil en poblaciones indígenas por causas que son evitables, innecesarias e injustas. También se evidencia pobre acceso a los servicios de salud, en indicadores de atención materno-perinatal, donde se puede identificar que existen barreras geográficas y culturales que contribuye a incrementar la marginación y aumentar las desigualdades en salud. (2016, p.129).

Esta situación se reitera en el Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021, en el cual, al caracterizar el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas de Colombia, concluye que su situación de salud presenta diferencias frente al resto de la población, debido a los indicadores desfavorables de mortalidad y morbilidad, lo cual los pone en condiciones de vulnerabilidad (MSPS, 2013). En el caso concreto de los pueblos amazónicos, no hay evidencia de mejoras sustanciales, tal como lo sugiere Acosta (2014),

Las regiones con un mayor rezago social, entre las que se encuentran Amazonía y Pacífico, exhiben una salud más deficiente y reportan más episodios de presencia de enfermedad. Esta discusión sugiere la conveniencia de generación de políticas focalizadas en el cierre de las brechas en este indicador, las cuales podrían asociarse a una mayor oferta en la prestación de servicios, además de la mejora en las condiciones de vida de las poblaciones con mayor rezago (p.37).

Al considerar todos estos elementos puede concluirse que lo cotidiano sea que un colombiano se vea enfrentado a la negación o restricción de sus derechos y servicios públicos en salud por parte de las Empresas Prestadoras de Salud—EPS— y que, por tanto, requiera utilizar la tutela como mecanismo de defensa, para intentar al menos lograr el goce “no efectivo” de su derecho a la salud porque el Plan Obligatorio de Salud—POS, no se lo cubre. Esto siempre y cuando el sistema judicial no colapse, o que quién la presenta tenga las suficientes habilidades escritas para lograr argumentar claramente porqué le están violando un derecho fundamental, o que la persona mientras espera no agrave su estado de salud. De acuerdo con el Informe de La Defensoría del Pueblo, el aumento de las tutelas como única vía para reclamar el acceso a servicios médicos evidencia tal situación,

En el año 2014 se interpusieron 498.240 tutelas constituyéndose como el periodo con el mayor número de ellas desde que se implementó esta figura en la Constitución Política de 1991. Lo anterior implica que aproximadamente cada 63 segundos se interpone una acción, si se tiene en cuenta que los usuarios disponen de las 24 horas de los 365 días del año para presentarlas (Defensoría del Pueblo, 2015, p.167).

Así pues, los servicios de salud que brinda el Estado, bajo este modelo y con el olvido por parte de los organismos de salud, y los cada vez más desvirtuados saberes, prácticas y representaciones culturales del proceso de enfermar/salud/tratamiento de las comunidades indígenas, complejiza abordar el campo de la salud en dichos contextos. Hasta ahora en este campo poco ha sido logrado, continuando con el mismo modelo asistencial y vertical, no solo en lo que concierne a la prestación de servicios de salud, que según los lineamientos de la ley 100 le corresponde a las Administradoras del Régimen Subsidiado—ARS— (Suárez Mutis, 2001), sino también a las acciones de promoción y prevención colectiva, responsabilidad del Estado.

Aunque esta problemática ha llevado a los diferentes actores a plantear nuevas perspectivas de política pública en salud para la población indígena del país como el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural—SISPI—, atención Intercultural donde se trabajan aspectos relacionados con las adecuaciones interculturales de la prestación de servicios de salud y del Plan Decenal de Salud Pública, la formación del recurso humano tradicional en salud, entre otros, no ha sido suficiente. Para este año 2018, fue emitida la Circular 011 en donde es solicitado desde el MSPS, generar las directrices para avanzar en la construcción e implementación del SISPI, a nivel territorial y en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lo cual indica que aún está todo por hacerse.

3.2.2.2 Las Políticas de Salud Pública en Colombia.

Para hablar de políticas de salud pública es necesario disgregar tres conceptos: *la política* entendida como la construcción del orden a partir de un aparato de instituciones que organizan un Estado (Jiménez, 2012); el concepto de *salud* definido desde la institucionalidad, particularmente del organismo rector a nivel

mundial de la salud, la OMS como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁴; y lo *público*, entendido como “aquellos servicios que están al alcance de los ciudadanos y que se distribuyen por acción gubernamental o al conjunto de acciones políticas que se proponen para hacer frente a un problema social” (Guzmán Martínez, 2018, parr.6)

Al relacionar estos tres conceptos, podría plantearse que las políticas de salud pública son todas aquellas acciones que el Estado realiza para garantizar tanto la promoción de la salud como la creación de estrategias de prevención de la enfermedad, diagnósticos, tratamientos y rehabilitaciones. Por su parte las funciones esenciales de salud pública describen las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud colectiva de las poblaciones. También corresponde a su objeto, la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud.

En el caso concreto colombiano la normativa plantea que la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados constituyen indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones son realizadas bajo la dirección del Estado, promoviendo la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (MSPS, 2013). La salud pública reconoce que la promoción de la salud requiere situarse en intervenciones de tipo colectivo, debido al nivel de incidencia que tienen ciertas enfermedades para un número considerable de población, como la prevención de las enfermedades no infecciosas e infecciosas, la promoción de la salud, la mejora de la atención médica y de la rehabilitación (OMS, 2002).

²⁴ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Desde el 2002 la OMS y la OPS determinaron la importancia de un lenguaje homogéneo frente a lo que debe considerar una política de salud pública:

La práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado (OMS, 2002, p.3).

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social—MSPS—, el Plan Decenal de Salud Pública—PDSP— 2012-2021 vigente, tiene por objetivo establecer “actuaciones articuladas entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia” (2013, p.28) y plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud. Para lo cual se planean todo tipo de acciones a través de dos instrumentos: el Análisis de Situación de Salud—ASIS— y el Plan Territorial de Salud—PTS. El primero determina el estado de la salud y los municipios y el segundo establece las estrategias a desarrollar. En las figuras 6 y 7 están representadas la estructura de operación la planeación integral para la salud, según el PDSP.

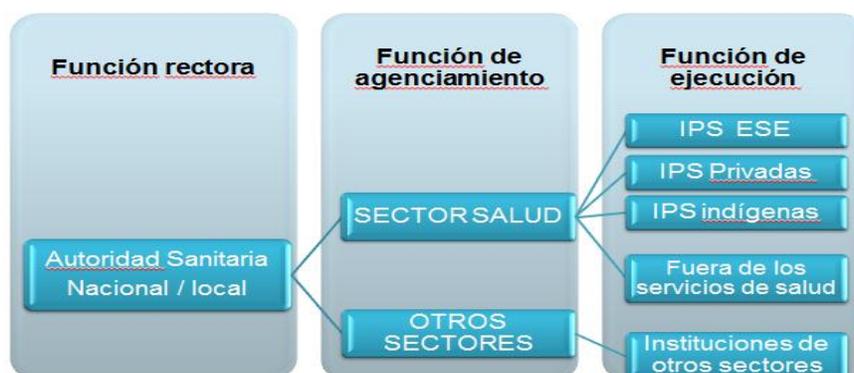


Figura 6 Dimensiones de ejecución del PDSP.
(Fuente: MSPS, 2013).

El plan Decenal de Salud Pública hace parte de un sistema mayor, conocido como Planeación Integral para la Salud, el cual se enmarca en el ciclo de la

gestión pública para cada periodo de gobierno y permite a las entidades territoriales definir y desarrollar las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud y con ello contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública. Este plan es en definitiva la ruta o línea de trabajo que da respuesta a los desafíos actuales en salud pública que, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones. Está además construido siguiendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio—ODM. (MSPS, 2013).

De esta forma la ASIS se vincula dentro del plan como el proceso que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores, tal como está ilustrado en la figura 7. Identifica las necesidades y prioridades en salud, así como las intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (OPS, 1999). La caracterización de los contextos territorial y demográfico, los efectos sobre la salud o el daño en la salud, en morbilidad y mortalidad, los determinantes de la salud y la priorización de los efectos y factores de riesgo.

PLANEACIÓN INTEGRAL PARA LA SALUD EN COLOMBIA

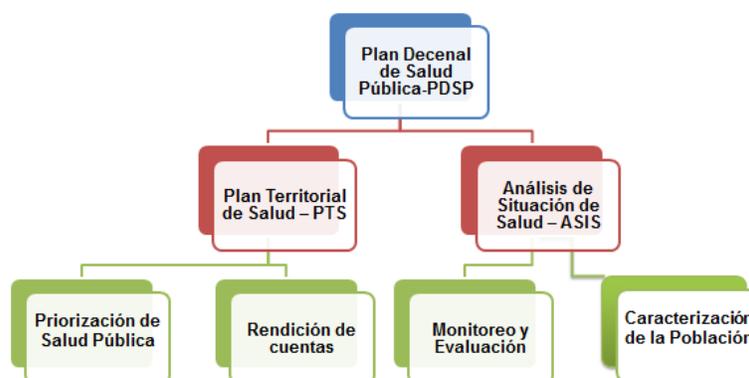


Figura 7 Estructura operativa del PDSP según la planeación integral para la salud.

Fuente: Construcción propia según información del PDSP 2012-2021, 2013.

Tanto el Plan Decenal de Salud Pública como sus instrumentos de seguimiento, están basados en varios enfoques conceptuales: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional. El primero hace referencias al goce efectivo de la salud, el cual según la definición solo es posible brindando igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel de salud. El segundo reconoce el concepto de riesgo epidemiológico, el cual está determinado tanto individual, histórica, como socialmente. Así lo define la OMS:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural» [...] Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud (2008, p.14).

Por su parte, los enfoques diferencial y poblacional están caracterizados por tener en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia, particulares. Así mismo, tienen en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y las situaciones sociales como el desplazamiento o procesos de migración por causas diferentes a la violencia. El enfoque poblacional analiza sistemáticamente la dinámica poblacional y la incorpora en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de política pública (PDSP, 2013).

Al partir de esta descripción sucinta de lo que son las políticas de salud pública y su condensación al rededor del PDSP 2012-2021, es menester plantear algunos elementos críticos frente a la manera en que la institucionalidad aborda la salud, lo público y lo político. Para lo cual es necesario plantear una perspectiva crítica de

la salud pública desde enfoques como la salud colectiva y la medicina social, descritas en el capítulo II, explican al respecto elementos como los siguientes.

La matriz epistemológica sobre la cual se basa la salud pública hegemónica es la funcionalista y la metodología para su abordaje es de corte clásico. Es decir, que ve “el sistema social como una totalidad integrada por diversas estructuras con roles definidos para los individuos en un engranaje equilibrado, con ajustes a través de normas y sanciones” (Casallas Murillo, 2017, p.399), iguales para todos. Sin embargo, esta mirada deja de lado que, el engranaje para su funcionamiento no es equilibrado y “por tanto el cambio social, no es adaptable y gradual a nivel de las superestructuras” (Casallas Murillo, 2017, p.399), porque no reconoce las condiciones particulares sociohistóricas y culturales que son determinantes en la manera en que los grupos humanos viven el fenómeno de la salud/enfermedad/tratamiento.

Es decir, la salud pública construye acciones para mejorar las condiciones de salud que parten de una mirada fragmentada, reduccionista, determinista y mecanicista, y así desconocen que los problemas de salud están dados por una serie de factores interdependientes e interrelacionados. Frente a esto el enfoque de la salud colectiva y la medicina social latinoamericana, plantean que “las necesidades sociales de salud de los grupos poblacionales, y no simplemente los problemas de salud, no pueden limitarse a riesgos, agravios, enfermedades y muertes” (Casallas Murillo, 2017, p.399).

De igual manera, puede identificarse cómo la construcción institucional de la salud ha dejado por fuera otros actores importantes en este proceso, pues está definida bajo unas jerarquías y relaciones de poder que determinan cuáles acciones sí deben desarrollarse y cuáles no, y quiénes deben participar o no en este proceso. Esta manera de crear políticas de salud pública, pese a que ha definido enfoques diferenciales —como anteriormente se mostró—, su ejecución parece diluirse ante la homogeneidad de las acciones desarrolladas —esto se evidenciará más adelante. Desde la idea foucaultiana del poder, la salud

controlada por el Estado tiene la potestad de decidir sobre la vida y la muerte a través del monopolio de la violencia, en la ejecución de su orden, o a través de una gestión positiva de la vida a partir de instituciones de salud, tales como los hospitales, sanatorios y políticas de salud pública.

Al tener en cuenta que tales políticas son definidas a partir de la organización de un sistema de salud basados en empresas promotoras de salud privadas, evidencian “las tensiones entre los modelos asistenciales curativos y las tendencias preventivistas, y las contradicciones entre las lógicas mercantiles y el discurso de la salud como derecho” (Casallas Murillo, 2017, p.408). Sin embargo, un enfoque de salud pública debería acercarse a unas propuestas más integrales de la atención y abrirse a la incorporación y diálogo con otros saberes y prácticas.

3.3 Relaciones entre planes de desarrollo, Plan Territorial de Salud y el Plan de Vida del resguardo Ticoya

En este apartado se describen algunos de los elementos más relevantes, tanto del Plan de Desarrollo Departamental como municipal de los periodos 2012-2015, en su componente salud. Con lo cual se quiere analizar dos perspectivas de salud diferentes para este territorio. La de la institucionalidad y la visión propia de los pueblos indígenas que reciben la atención de la práctica biomédica.

De esta forma este subcapítulo inicialmente presenta los planes de desarrollo y su articulación con las políticas en salud nacionales, para luego explicar la visión de salud propia dentro del Plan de Vida del resguardo Ticoya. Finalmente plantea los encuentros y desencuentros entre los planes de desarrollo, su plan de vida y sus formas de comprender la salud.

3.3.1 Planes de desarrollo en articulación con las políticas de salud nacionales.

A partir del Plan Nacional de Desarrollo son construidas todas las directrices de la planeación del país, el cual establece también las orientaciones para la

elaboración de los planes de desarrollo territorial, departamentales, municipales y distritales. De acuerdo con el PDS 2012-20121 debe existir relación entre los planes de desarrollo territoriales con las directrices del Plan Nacional. La elaboración de un plan de desarrollo territorial requiere el programa de gobierno del alcalde o del gobernador electo, el Plan Nacional de Desarrollo y las competencias que han sido establecidas por ley.

El Plan de Desarrollo Departamental del Amazonas—PDD— “Por un buen vivir, somos pueblo somos más 2012-2015”, tiene como propuesta de construcción el concepto que actualmente los pueblos indígenas latinoamericanos vienen reivindicando como alternativa al desarrollo, la idea del Buen Vivir. Al realizar un conteo de la palabra en todo el documento se obtiene un dato de 20 repeticiones, sin contar el número de veces que aparece en el título del Plan. Puede identificarse con ello que,

El BUEN VIVIR representa una propuesta para construir un nuevo modelo basado en la economía solidaria, el diálogo de saberes, el conocimiento ancestral, la educación como motor de desarrollo, la inserción de la ciencia, la tecnología y la innovación como mecanismos básicos y trascendentales para el progreso dentro de un contexto de desarrollo social integral y sostenible que sea único y representativo del Amazonas y sus recursos (2012, 339).

Esta definición no está en sintonía con la mayoría de las nociones de Buen Vivir que los pueblos indígenas tienen²⁵, frente a esta que define el plan de desarrollo, la más concreta quizás ésta, al serla más relacionada con la propuesta de desarrollo sostenible que plantean los Objetivos de Desarrollo Sostenible—ODS— y los Objetivos de Desarrollo del Milenio—ODM—, en donde la matriz de desarrollo impulsada sigue contando con el mismo motor y lógica del modelo

²⁵ Es necesario reconocer la pluralidad de significados, discursos y proyectos relacionados al Buen Vivir que están en continua construcción y surgen en diversidad de contextos, y por ende, no se debe limitarse a entenderlo como un solo proyecto terminado. De acuerdo con Loera González (2015) existen gran diversidad de ideas, proyectos y discursos asociados al Buen Vivir, donde pueden coexistir saberes mediante una constante articulación de diferencias ontológicas. Tal idea consiste en la búsqueda de “un equilibrio entre un estado físico, social y espiritual en un caminar complementario entre varios mundos, y potencialmente entre varias ontologías. Por lo tanto, los márgenes más que crear híbridos ontológicos, son espacios de continua articulación de diferencias y similitudes” (Loera González, 2015, p.5),

económico hegemónico, sin cuestionar los problemas estructurales que esto ha traído ni la existencia de otras ontologías para saber, ver y hacer en el mundo.

Al indagar particularmente por el concepto en relación con la salud, la propuesta sigue en sintonía con las estrategias nacionales de saneamiento básico, ampliación de la cobertura y mejoramiento de la infraestructura.

Esta manera de concebirlo, según Schavelzon, se aleja de la visión de los pueblos indígenas, porque “determina en términos tecnocráticos, economicistas y humanistas lo que es Buen Vivir y desarrollo” (2015, p. 186). O como lo plantea Vieco (2010), la principal característica de los planes de desarrollo es que “están impulsados por el estado en los territorios indígenas es el fomento de la generación de ingresos económicos mediante la integración creciente al mercado” (p.142).

Frente al enfoque diferencial que pudiera contener el PDD, si bien es reconocida la población indígena a lo largo del documento, en el marco de la salud, no logra evidenciar una propuesta articulada que considere las particularidades culturales de los grupos étnicos ticunas, yaguas y cocamas que habitan su territorio. Para el caso del Plan de Desarrollo Municipal de Puerto Nariño—PDM—, “Juntos Trabajando, Ahora o Nunca” no contiene ninguna de propuestas que haga alusión o nombre la idea del Buen Vivir. Sin embargo, si hace mención sobre las estrategias en salud que logren vincular “el resguardo Ticoya, con el sector privado y la administración para la creación de la IPSI con participación activa de la medicina tradicional. Adicionalmente, adoptar e implementar estrategias de seguridad alimentaria de acuerdo al contexto étnico y cultural e incluir la medicina tradicional, parteras y chamanes al proceso de búsqueda de las gestantes” (PDM de Puerto Nariño, 2012, p.174). En este Plan logra hacerse visible la importancia de un sistema de salud diferencial.

Vieco (2010) subraya al respecto que, la mayoría de programas, planes y proyectos no son formulados contando con la participación de las autoridades indígenas, ni las comunidades. Así mismo, en el caso de la formulación del

Esquema de Ordenamiento Territorial—EOT—, “la elaboración del EOT tampoco contó con la participación de las comunidades del resguardo, y sus directrices se orientan a propiciar espacios para el desarrollo de iniciativas económicas y de la economía de mercado” (Vieco, 2010, p.145). Esto es de destacar ya que es difícil lograr un diálogo de saberes y construir planes de salud con enfoque intercultural, si no se cuenta con la participación de sus habitantes.

Esto se hace más evidente aún, al revisar el Plan de Salud Territorial—PST— 2012-2015 de 2014 y el ASIS de 2013 en comparación con el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 de 2012, que no evidencia claramente en ninguna de sus propuestas un diálogo entre sus estrategias de atención a la salud y el hecho de que la mayoría de la población sea indígena. Según las proyecciones del Censo DANE (2005) para el 2016, el 87,6% de la población residente en Puerto Nariño, se autoreconoce como indígena.

Un hecho relevante, dado que el ASIS de 2013 de Puerto Nariño en su análisis demográfico no le da mayor relevancia a la población indígena del municipio, pese a que muestre en los datos que son una mayoría representativa. Adicionalmente, no plantea ningún análisis diferencial, tal y como el PDSP. Y aunque existe una línea definida de desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de modelos de atención en salud con un enfoque intercultural, éste resulta ser muy general. Por lo cual no logra mostrarse como una línea transversal dentro del PTS, al ser este un territorio indígena. Esta propuesta de atención debería contar con acciones efectivas que lleven a la práctica la condición particular de esta población, reivindicando las representaciones, saberes y prácticas en salud.

La Tabla 2 hace una síntesis de todas las acciones que están propuestas tanto en el Plan Departamental del Amazonas, como el municipal de Puerto Nariño y el PTS para atender las problemáticas de salud que enfrenta el municipio. Esta tabla explícitamente demuestra que tales acciones están enfocadas en asuntos de infraestructura, como en el caso del PDM municipal, mientras que el PDM departamental se enfoca atender los problemas epidemiológicos de mayor

ocurrencia y el PTS está enfocado en gestionar actividades. Ninguno de ellos logra demostrar una articulación con la población indígena a través del sistema de salud propio, ni si quiera una identificación directa de los actores en la coparticipación de tales gestiones.

Tabla 2 Programas para la atención de la salud

Programas para la atención de la salud en el PDM departamental 2012-2015	Programas para la atención de la salud en el PDM municipal 2012-2015	Plan Territorial de Salud 2012-2015 Amazonas
Prevención, vigilancia y control de riesgos	Remodelación y adecuación puesto de salud de Tipisca	Aprobación y divulgación de la política integral de salud ambiental.
Promoción social	Adecuación y dotación puesto de salud de Puerto Rico	Acciones de inspección, vigilancia y control sanitario y del ambiente realizadas.
Aseguramiento	Remodelación y adecuación puesto de salud de 12 de octubre	Gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública.
Salud publica colectiva	Remodelación y adecuación puesto de salud de San Juan de Socó	Prevalencia de actividad física en menores de 18 años y en mayores de 18 años
Salud pública - otras transferencia	Construcción de puesto de salud en Villa Andrea	Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos por encima de 14 años.
Programa control ETV	Remodelación y adecuación puesto de salud de San Francisco	Mejorar las condiciones crónicas de las enfermedades prevalentes
Programa control Lepra	Remodelación y adecuación puesto de salud de Puerto Esperanza.	Mejorar el consumo y aprovechamiento biológico de alimentos para garantizar mejores condiciones alimentarias y nutricionales.
Programa control Tuberculosis	Remodelación y adecuación puesto de salud de San Juan de Atacuari.	Promoción de la salud mental y la convivencia
Prestación de servicios con situación de fondos	Remodelación y adecuación puesto de salud de 7 de agosto	Mejorar la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, reducción de los embarazos en adolescentes, aparición de ETS y reducción de muertes en el parto.
Prestación de servicios sin situación de fondos	Construcción de puesto de salud de Boyahuasú	Condiciones de vida saludable y enfermedades transmisibles como la reducción de muertes y aumento de la tuberculosis.
Seguridad alimentaria	Adecuación y dotación puesto de salud de	Gestión integral para la promoción de la salud,

Programas para la atención de la salud en el PDM departamental 2012-2015	Programas para la atención de la salud en el PDM municipal 2012-2015	Plan Territorial de Salud 2012-2015 Amazonas
	Naranjales	prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores ETV y zoonosis.
Cofinanciación de proyectos	Construcción de puesto de salud de Santaren	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres
Reorganización y modernización de redes de Prestación servicio de salud	Dotación de medios de transporte y comunicación a los puestos de salud.	Gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Construcción de una IPSI zonal ATICOYA.	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes
	Creación y fortalecimiento de los modelos de salud de las comunidades indígenas del Resguardo Ticoya.	Desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de modelos de atención en salud con enfoque intercultural
	Atención médica y clínica a pacientes con discapacidad.	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria
	Fortalecimiento de los recursos propios en salud: médicos tradicionales y parteras de las comunidades del Resguardo Ticoya.	Desarrollo de un modelo de atención adaptado a las condiciones territoriales.
	Fortalecimiento de cultivo de plantas tradicionales en las comunidades del Resguardo Ticoya.	Actualización del sistema nacional de vigilancia
	Formación de auxiliares en salud pública con vocación al servicio de la comunidad indígena de Ticoya.	Gestionar proyectos de cooperación internacional

Fuente: Construcción propia con base el PDM Puerto Nariño, PDD Amazonas y PTS del Amazonas, 2012-2015.

Tal como fue presentado en el primer capítulo, el documento ASIS de 2013 de la Gobernación del Amazonas, en el que son identificados los problemas de salud que aquejan el municipio de Puerto Nariño, la realidad expuesta en este documento evidencia cómo existe un desconocimiento de la larga historia de ocupación indígena en todo este territorio. Por ejemplo, al plantear que “la historia del municipio de Puerto Nariño es relativamente reciente dado que sus primeros habitantes llegaron aproximadamente hace 73 años” (2012, p.46). De igual forma, en todo el documento no se evidencia un análisis contextual de la situación de

salud que enfrenta un territorio indígena con sus propias particularidades. Así mismo, respecto a la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional:

La prevalencia de desnutrición en la población es un indicador crítico para el departamento del Amazonas, ya que en comparación con la nación el Amazonas tiene un porcentaje de retraso en talla de 28,6% vs 13,2% (valor país) y un porcentaje de desnutrición global de 5,8% vs 3,4 % (valor país) (ASIS; 2013, p.204).

Este tipo de análisis no evalúa elementos frente a la soberanía alimentaria, los cultivos propios, las diferencias de talla y peso, pues son comparados con estándares que en nada se parecen a las características fenotípicas y fisiológicas de estos pueblos. Esto puede demostrarse cuando las dimensiones de salud evaluadas, no logran considerar las particularidades culturales, climáticas, ecosistémicas y económicas que han determinado ciertas formas de relacionarse y producir el espacio, incluso pese a que el análisis se haga a partir del enfoque de determinantes ambientales. Los indicadores se basan por ejemplo en: condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, sistema sanitario, tipo de trabajo y ocupación y educación. Se trata de una mirada general de la condición social, que no logra ubicar las particularidades que se anidan al interior de cada cultura, ni por sus modos de vida y por las condiciones históricas de los grupos sociales que los constituyen.

Además, esta mirada de la salud sigue abordándose desde una perspectiva funcionalista, dejando de lado otros factores, tal y como fue presentado en el capítulo 1, parte de las problemáticas de salud que enfrentan estos territorios, son el resultado de las insustentabilidades territoriales que generan las economías extractivas y la pérdida de los saberes tradicionales auspiciados por la imposición de otros modelos educativos, religiosos y de salud.

De acuerdo con el análisis anterior es necesario identificar cómo concibe el Plan de vida del resguardo Ticoya la salud y qué elementos emergen de allí que puedan entrar o no en diálogo con estos planes institucionales.

3.3.2 La salud propia dentro del Plan de Vida del resguardo Ticoya.



Fotografía 3 Niña indígena de la comunidad de San Pedro de Tipisca, perteneciente al resguardo Ticoya.

Fuente: Archivo propio, 2017.

Para abordar la salud propia dentro del Plan de vida del resguardo Ticoya, es necesario hacer un breve recuento por lo que es el SISPI, ya que, si bien su configuración es posterior a los planes de vida, ambas estrategias nacen del seno de las comunidades indígenas, dando voz a quienes conocen sus realidades. Pero antes que nada es necesario, resaltar que los orígenes de estas estrategias, parten de la Constitución de 1991, a partir de la cual es reconocida la autonomía de los grupos indígenas, sus formas de gobierno, la conformación de resguardos y la participación en los ingresos de la nación, a través del Sistema General de Participación—SGP, deviniendo en la posibilidad de que todo territorio indígena formulara sus propios planes desarrollo.

De ahí nace la construcción de los planes de vida, que pese a tener una matriz institucional y no encontrarse exentos de contradicciones, parten de una visión propia y diferente a como son definidos los planes de desarrollo, cuya matriz es economicista y amparada en la idea de modernidad. Dice Vieco (2010) a propósito, que los planes de vida son una figura de planeación desde los territorios

indígenas que intenta construir una visión propia del desarrollo, la cual permita cumplir con los objetivos constitucionales y con las metas que trazaron las organizaciones indígenas desde el comienzo de sus luchas por lograr su reconocimiento e inclusión equitativa en la nación colombiana.

El territorio dentro de la configuración de los planes de vida es determinante, es así que el resguardo²⁶ como institución legal y sociopolítica de carácter especial, cobra un valor muy importante. Este está conformado por una o más comunidades indígenas, con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio.

De esta forma territorio y desarrollo propio fueron considerandos la particularidad de los planes de desarrollo en los territorios indígenas. La Organización Nacional Indígena de Colombia—ONIC— impulsó la construcción de los planes de vida, buscando consolidar una visión propia del desarrollo, que permita cumplir con los objetivos constitucionales sus luchas por lograr su reconocimiento e inclusión equitativa en la nación colombiana. De igual manera, la constitución de un sistema de salud propio a través del SISPI, cuya creación más reciente, nace en el marco del Decreto 1953 del 2014, es el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, el cual constituye el proceso de validación, implementación y construcción propia de una política pública en salud para los pueblos indígenas.

Tiene dentro de sus objetivos desarrollar un sistema de atención en salud integral e intercultural en el marco del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas de Colombia. “Centrado en el reconocimiento, respeto y fortalecimiento de la sabiduría ancestral a partir de cuatro componentes básicos:

²⁶ La forma organizativa del resguardo es el Cabildo, que es una entidad pública especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por ésta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, sus usos, costumbres y el reglamento interno de cada comunidad (MSPS, 2014).

a) político organizativo, b) formación, capacitación e investigación en salud propia, c) planeación, gestión y administración, y d) atención propia e intercultural” (Facultad de salud Pública, 2012, p.15). Para el caso de estudio, si bien el SISPI no hace parte de la propuesta de salud que contiene el Plan de vida del resguardo—ya que este fue construido antes de que la normativa existiera—, es considerado en esta investigación dada su importancia en la construcción de un enfoque de salud intercultural.

De acuerdo con esta breve descripción y retomando el plan de vida, dice la organización indígena llamada Aticoya (2007), especifican que entienden la salud propia como “el conjunto de condiciones territoriales, ambientales, espirituales y físicas que le permiten a una familia la convivencia y la tranquilidad para el buen vivir en comunidad y con la naturaleza” (p.21). Incluye todas las prácticas de prevención y protección del cuerpo, realizadas a través de diferentes rituales liminales a lo largo del tiempo. Estos son basados en dietas, conjuros, en una alimentación sana, en la actividad física productiva, en la vida familiar y comunitaria.

Las prácticas curativas de salud indígena, hacen parte del saber heredado de generación en generación, que se basa en el uso de plantas medicinales y en el conocimiento espiritual profundo de los dueños y de los animales de la selva y el agua. El calendario ecológico usado para conocer los ritmos del cuerpo y de la naturaleza, tiempo para el cuidado de la chagra, para la cacería, tiempos de reposo, entre otros. Se fundamenta en diversas técnicas de manejo y conocimiento de curación que permiten recuperar el “buen vivir, como: espiritismo, rezanderos, yerbateros, mentalistas, banqueros, parteras, sobanderas, entre otros” (Aticoya, 2007, p.21).

Este plan no deja de considerar la biomedicina como necesaria para la protección de su salud, sin embargo, es visto como una propuesta complementaria a las prácticas integrales de salud indígena (Aticoya, 2007). El plan además busca la preservación de los conocimientos y prácticas de medicina tradicional, que

deben ser incluidos por las instituciones prestadoras de salud. Finalmente deja en evidencia la necesidad de la adecuada formulación, gestión y administración de un Plan Integral de Salud Indígena del Resguardo Ticoya, considerado en el modelo SISPI. Es de aclarar que para inicios del 2017 aún no había sido construido, incluso al ser también definido dentro de las líneas de acción del PTS, PDM y PDD.

3.3.3. Encuentros y desencuentros entre los planes de desarrollo 2012-2015, plan de vida y las formas de comprender la salud.

Al evidenciar los planteamientos alrededor de la salud que enmarcan los planes de desarrollo, el plan territorial de salud y lo que significan los planes de vida en los contextos indígenas, la tarea siguiente es identificar la relación/coordinación/coherencia, o no, existente entre estos, a través de una mirada por los encuentros y desencuentros entre la mira institucional y la salud propia de los pueblos indígenas. El diálogo de saberes entre la perspectiva institucional y la indígena requiere necesariamente comprender que co-existen los derechos reconocidos por los Estados, pero también otras acciones que están por fuera de éste. Prácticas como la autogestión, la medicina tradicional, los itinerarios terapéuticos y las redes solidarias entre sus propios paisanos, pero también de otros habitantes del municipio, como prácticas alternativas y no poco desdeñables.

Para ello, según Vieco (2010), es necesario reconocer las formas tradicionales existentes en el resguardo Ticoya, como la reciprocidad y las distintas maneras de cooperación y solidaridad laboral, que coexisten al lado de la economía de mercado y de la generación individual de ingresos económicos. Por esto, en su concepción cultural y política del territorio el plan de vida incluye formas híbridas de relaciones sociales, económicas y políticas, no exentas de tensiones en temas como: el mantenimiento de la vida social tradicional, que incluye formas asociativas y solidarias que marcan la cotidianidad de las comunidades, o de las diferentes formas de concebir la salud y de generar saberes y prácticas que se nutren de otros conocimientos.

Sin embargo, esto o no es considerado dentro de las estrategias institucionales de salud, o son formuladas bajo las supuestas premisas del enfoque diferencial, tal y como la evaluación del informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora, para la migración del plan de salud territorial al plan decenal de salud pública 2012-2015 departamento de Amazonas, lo demuestra: “el marco estratégico del PST requiere fortalecerse en su construcción, bajo condiciones legítimas de participación e inclusión de los enfoques del PDSP, con criterios claros de equidad, igualdad y justicia social” (MSPS, 2014a, p.35).

Si se mantienen las maneras modernas de relaciones sociales, políticas, económicas y de salud que exigen la integración a la economía de mercado, esto tiene como consecuencia la generación de ingresos económicos que fragmentan la unidad extensa familiar, por fuera del territorio. Y en este mismo sentido, se provoca una mayor dependencia al modelo biomédico para atender sus dolencias, al ya no tener la familia extensa, acompañado por una subestimación de los sistemas de salud propios. Así, las actuales condiciones de salud de las poblaciones se verán aún más débiles para autogestionar su salud y construir formas propias de vivir, rompiendo con la dependencia que ha sido impuesta por el modelo de desarrollo occidental.

Justamente, esto es lo que está pasando en resguardo Ticoya al presentarse los brotes de malaria, pues de un lado, la ampliación de la frontera agrícola, un modelo educativo que desconoce su propio sistema de conocimiento, los tiempos de ocio y trabajo modifica y transforma los comportamientos. Y por otro, son subvaloradas y despreciados los saberes tradicionales, al reducir sus capacidades de respuesta ante las situaciones que se presentan cuando la enfermedad se propaga por todo el territorio indígena del resguardo Ticoya. De esta forma acciones de respuesta como la autogestión de la salud a través de la medicina tradicional, los Itinerarios terapéuticos y autoatención, van perdiendo toda la fuerza que tienen para afrontar tal situación.

Frente a este escenario y de acuerdo con la información analizada en estos planes y diagnóstico, en el escenario de los planes de desarrollo emerge un enfoque y unas maneras de ver y reproducir la vida, que resultan ser distintas a la de los pueblos indígenas, pues estos reproducen “los planteamientos de la modernidad y de la globalización, favoreciendo los objetivos clásicos del desarrollo: el crecimiento económico, la homogeneización cultural y la economía de mercado” (Vieco, 2010, p.139).

Es decir, las formas que evidencian estos planes frente a sus propuestas de acción con respecto a la salud, la educación y en general de la vida, constituyen por más intentos de generar enfoques incluyentes, una imposición de formas disciplinadas frente al cuerpo. Y no entran en diálogo con las demás actividades que constituyen la esencia misma de la forma de vida de estos pueblos. Siendo así, el diálogo de saberes entre el desarrollo y los planes de vida mantienen todavía grandes silencios e interrogantes.

Todo lo anterior plantea una crítica necesaria frente a la dificultad que emerge cuando visiones de mundo diferentes se encuentran, para lograr consolidar políticas públicas de salud que logren construir un diálogo horizontal, es decir, un enfoque de salud intercultural. En este sentido entonces es indispensable que, tanto el fenómeno de la enfermedad, como la salud/enfermedad/tratamiento, sean vistos como parte de modelos de pensamiento, epistemologías y ontologías diferentes, elaboradas todas a partir de construcciones sociales que responden a una compleja interrelación de factores biológicos, políticos, económicos y culturales. Los cuales determinan la concepción de enfermedades como la malaria, la definición de campañas antipalúdicas y en definitiva la construcción de una política pública especial para cada territorio.

Además, es necesario considerar que la forma en cómo aborda la relación salud/enfermedad/tratamiento el sistema médico occidental o biomedicina, determina unas marcadas diferencias epistemológicas y ontológicas con la medicina tradicional, lo cual complejiza y dificulta los encuentros, teniendo efectos

concretos sobre el éxito o no de los respectivos tratamientos. Los planes de desarrollo y de salud siguen evidenciando un vacío sobre el tema indígena, la instrumentalización y lugares comunes a través de discursos como el Buen Vivir, la multiculturalidad, el enfoque diferencial, y muestran la distancia que hay entre las propuestas de desarrollo y de planeación de los pueblos indígenas del país y la manera en que se integran a los temas sensibles del desarrollo colombiano. Esto puede evidenciarse en la Tabla 3, en donde pudieron identificarse los elementos comunes relacionados con la posibilidad de un diálogo o encuentro entre los planes institucionales y el plan de vida. Esto lo refuerzan los planteamientos de Hinestroza (2015), cuando dice que:

La voz de los indígenas pareciera estar siempre ausente, al menos en la medida en que se comparan los discursos y formas escritas desde las que promueven sus propuestas, y la manera retórica como se aborda desde el discurso estatal –enfoque diferencial, estar bien/buen vivir/vivir bien, interculturalidad, desarrollo integral con identidad y cultura, entre otros denominativos– (p.53).

Tabla 3 Comparativo entre las nociones adscritas a la salud

Nociones	Plan de desarrollo departamental del Amazonas 2012-2015	Plan de desarrollo municipal de Puerto Nariño 2012-2015	Plan Territorial de Salud	Plan de vida resguardo Aticoya-2007-2017
Noción de Buen vivir	Lugar común y enfoque instrumental asociado a calidad de vida y necesidades básicas satisfechas.	No es incorporado como un concepto.	No es incorporado como concepto.	Es considerado desde la visión occidental asociado a calidad de vida: saneamiento básico, vivienda, educación. Sin embargo, también es planteado como el conjunto de condiciones territoriales, ambientales, espirituales y físicas

Nociones	Plan de desarrollo departamental del Amazonas 2012-2015	Plan de desarrollo municipal de Puerto Nariño 2012-2015	Plan Territorial de Salud	Plan de vida resguardo Aticoya-2007-2017
				que le permiten a una familia la convivencia.
Salud propia	Es considerado como articulación con otros sectores: salud y Asuntos Étnicos en perspectiva del SISPI.	No es incorporado como concepto, ni como estrategia.	No es incorporado como concepto, ni como estrategia.	Así es como definen su propia concepción de la salud.
Enfoque intercultural I	Es considerado como articulación con otros sectores: salud y Asuntos Étnicos en perspectiva del SISPI.	No es incorporado como un concepto en la línea de salud.	Es considerado dentro de una línea estratégica, pero no como elemento medular dentro de la propuesta de atención en este contexto.	Es considerado como diálogo intercultural, el respeto a la diferencia y la concertación, son las bases para la construcción de entendimiento y manera de relacionarse con la institucionalidad.
Medicina tradicional	No está considerada ni dentro del diagnóstico, ni las necesidades de la construcción del eje articulador intercultural.	No es incorporado como concepto, ni como estrategia.	No se considera dentro de las estrategias de salud intercultural, no obstante, se considera como parte de una propuesta productiva de biocomercio.	Es el eje estructural de la salud propia: Promover la recuperación, reconocimiento, defensa e impulso de los conocimientos indígenas en medicina tradicional cuya efectividad se basan en el manejo y control de los recursos del medio.
Medicina occidental	Forma en que son planteadas las estrategias para abordar los problemas de salud/atención/	Forma en que son planteadas las estrategias para abordar los problemas de salud/atención/enfermedad en estos	Forma en que son planteadas las estrategias para abordar los problemas de salud/atención/enfermedad en	Como complementario a su modelo de salud propia.

Nociones	Plan de desarrollo departamental del Amazonas 2012-2015	Plan de desarrollo municipal de Puerto Nariño 2012-2015	Plan Territorial de Salud	Plan de vida resguardo Aticoya-2007-2017
	enfermedad en estos territorios.	territorios.	estos territorios.	

Fuente: Construcción propia con base el PDM Puerto Nariño, PDD Amazonas, PTS del Amazonas, 2012-2015 y Plan de Vida Aticoya.

Siguiendo la perspectiva de Hinestroza (2015), todo ello puede demostrar las dificultades que enfrenta un enfoque intercultural en salud en territorios indígenas, pues las políticas públicas de salud evidencian una instrumentalización de tales enfoques para atender justamente este tipo de población. Paradójico, si esto es contrastado con la propuesta del plan de vida que resulta de las propias comunidades indígenas de Ticoya, las cuales muestran una mayor apertura frente al diálogo de saberes y la inclusión dentro de sus estrategias de salud en modelo biomédico sin ningún tipo de restricción.

No obstante, aunque los planes institucionales bajo el modelo de determinantes sociales en salud logran identificar las dificultades que enfrenta el territorio, carecen de una lectura compleja de tales realidades y no garantizan el respeto por la diversidad cultural e integralidad de la atención en salud. Esto puede verse en el modelo de atención que ofrece las EPS que hacen presencia en la zona, pues no son acordes con las características sociales y culturales del resguardo, tampoco promueven acciones de prevención de las enfermedades de acuerdo a los tiempos propios o garantizan la administración autónoma y la prestación directa del servicio público de salud por parte del resguardo, tal y como el SISPI lo define. De igual manera no logra evidenciar la promoción de la recuperación, reconocimiento, defensa e impulso de los conocimientos indígenas en medicina tradicional, cuya efectividad se basan en el manejo y control de los recursos del medio, tal y como lo plantea el Plan de vida del resguardo Ticoya.

Partiendo de todos los análisis presentados hasta ahora, es ineludible que una propuesta dentro de las políticas de salud pública con enfoque intercultural debe lograr generar diálogos horizontales, pero requiere para ello comprender, más allá

de la retórica, que los ciclos de la vida en el mundo indígena están constituidos por redes de relaciones, por interconexiones de cada elemento que constituye la existencia. Es decir, que para los indígenas el equilibrio entre los dominios físico, psíquico, social, espiritual y ambiental, dependen de la interrelación entre el hombre y la naturaleza, ya que es ésta quien posibilita la salud y posibilita el balance energético al interior de los resguardos (Vieco, 2010).

Más aún, precisa, necesariamente cuestionar las lógicas asistenciales propias de un modelo de mercadeo de la salud, que entra además en contradicción con la salud como derecho. De igual forma, debatir la ontología moderna, tal como fue planteado en el capítulo 2, las dualidades propias de la forma de construir conocimiento, de la oposición hombre/naturaleza, cuerpo/mente; de las relaciones de poder que yacen entre sistemas de mundo diferente y las construcciones y negociaciones que ocurren. Además, de percatarse de “los conflictos que surgen cuando los diferentes mundos luchan por mantener su propia existencia y perseverar, como parte del proceso de interactuar y entrelazarse con otros mundos” (Escobar, 2014, p. 97). De lo contrario, si las políticas de salud pública no transitan hacia una comprensión compleja de la salud, para construir un modelo de atención que logre considerar las particularidades culturales de una comunidad para su atención y prevención, cualquier esquema o política que se intente reproducir en tales territorios tenderá al fracaso.

CAPÍTULO 4. SABERES Y PRÁCTICAS EN MALARIA EN EL TERRITORIO INDÍGENA DE PUERTO NARIÑO AMAZONAS

Este cuarto capítulo pone a dialogar todos estos elementos con los resultados del trabajo de campo, en torno a una enfermedad particular como la malaria, identificando las maneras en que los indígenas y el personal de salud representan y tienen sus propios saberes y prácticas frente a la enfermedad. Para esto, se realizó la descripción de las causas y orígenes desde el conocimiento indígena, así como de la actuación del servicio público de salud responsable del control y atención de la enfermedad..

4.1 La malaria desde la perspectiva biomédica

Desde la mirada médica Occidental el paludismo o malaria, es una enfermedad potencialmente mortal causada principalmente por tres especies de parásitos: *Plasmodium Falciparum*, *Plasmodium Vivax* y *Plasmodium Malarie*, que se multiplican en el hígado y después infectan los glóbulos rojos. Este parásito es transmitido por los mosquitos hembra infectados del género *Anópheles*, llamados vectores de malaria, esto la ubica dentro de las enfermedades transmitidas por vectores²⁷—ETVs— (OMS, 2017).

Los principales síntomas de la enfermedad son un estado febril agudo, así como dolor de cabeza, escalofríos, vómito y diarrea. En una persona no inmune los síntomas suelen aparecer entre 10 y 15 días después de la picadura del zancudo infectado. En muchos casos, debido a la inmunidad y resistencia que viene presentándose en las poblaciones, puede resultar difícil reconocer el origen de los primeros síntomas cuando son muy leves, incluso asintomáticos.

Una persona con sospechas de malaria debe realizársele un diagnóstico parasitario, bien sea mediante el hallazgo del parásito a través de la microscopía o

²⁷ De acuerdo con la OMS, las ETVs son enfermedades que transmiten los vectores, animales que transmiten patógenos, entre ellos parásitos, de una persona (o animal) infectada a otra y ocasionan enfermedades graves en el ser humano. Estas enfermedades son más frecuentes en zonas tropicales y subtropicales.

mediante la detección de los antígenos²⁸ del parásito a través de la prueba rápida. La manera en que por lo general es diagnosticada la malaria es a través de la gota gruesa—GG—, “en Colombia la prueba de referencia para el diagnóstico rutinario de la malaria sigue siendo la gota gruesa” (INSP, 2015, p.12). Consiste en una punción capilar en el dedo índice o medio de la mano no dominante para extraer sangre del paciente que es puesta sobre una placa de vidrio para su posterior lectura. Si esta actividad es realizada en un hospital, generalmente la efectúa un microbiólogo o bacteriólogo.

No obstante, dadas las condiciones del territorio colombiano y los brotes constantes en zonas tan apartadas, con la propuesta de Atención Primaria en Salud, la figura del malario o microscopista ha cobrado una especial importancia para la detección y tratamiento. En algunos casos se trata de un técnico en salud o un habitante de la comunidad que han sido capacitados para realizarlo, siempre y cuando cuente con el equipo para la lectura de la muestra. Dicha lectura tiene como objetivos específicos establecer la especie del plasmodium y cuantificar el número de parásitos en la sangre. Se considera positivo para plasmodium cuando se observan las formas parasitarias características.

Otra de las herramientas para el control y prevención de la malaria desde la institucionalidad es a través de un proceso de focalización y caracterización de la transmisión en municipios endémicos de malaria, es el SIVIGILA— Sistema de Vigilancia en Salud Pública—. Este sistema aunque es el encargado de recolectar todos los datos para el control y seguimiento en todas las zonas del país, sobre todo, en las más apartadas, pero resulta ser ineficaz e insuficiente para realizar acciones preventivas y de control frente a la aparición de enfermedades como la malaria.

Es importante traer a colación el hecho de que esta enfermedad hace parte de la categoría de enfermedades tropicales, denominada también como enfermedades olvidadas. Son llamadas así porque quienes las padecen, son por

²⁸ Es aquella sustancia que al ser introducida al cuerpo hace que este fabrique anticuerpos para combatirla.

lo general, las poblaciones de los países designados inapropiadamente subdesarrollados²⁹, ubicados en el trópico, con mayores niveles de vulnerabilidad social e inequidades sanitarias. De acuerdo con la OMS estas enfermedades están determinadas por complejos factores demográficos, medioambientales y sociales. Su propagación está dada por,

Los viajes y el comercio mundial, la urbanización no planificada y los problemas medioambientales, como el cambio climático, pueden influir en la transmisión de patógenos, haciendo que la temporada de transmisión sea más prolongada o intensa, o que aparezcan algunas enfermedades en países que antes no las sufrían. Los cambios en las prácticas agrícolas debidos a las variaciones de temperatura y precipitaciones pueden influir en la propagación de enfermedades transmitidas por vectores. El crecimiento de los barrios de tugurios, sin un suministro fiable de agua corriente ni sistemas de gestión de desechos sólidos, puede poner a grandes poblaciones urbanas en riesgo de padecer enfermedades víricas transmitidas por mosquitos. (2017, p.3)

Esta perspectiva de análisis es conocida como determinantes sociales en salud—DSS—, adoptada por la OMS y los actuales modelos de atención de la biomedicina y que hacen parte de la epidemiología tradicional o de corrientes nuevas como la ecoepidemiología. Sin embargo, tales enfoques son insuficientes para hacer una lectura compleja de la situación que enfrentan las comunidades que viven los brotes de malaria o cualquier otra enfermedad. Pues aunque permite acercarse a una lectura de los factores sociales, culturales y económicos que inciden en la aparición de una enfermedad, son vistos de manera inequívoca, universal y multicausal, sin considerar las realidades propias de un territorio. Tal como se planteaba en el capítulo 2, no se consideran los elementos sociohistóricos y las relaciones de poder que conllevan a que los territorios sean más vulnerables a la aparición de estas enfermedades.

²⁹ Este apelativo desconoce las relaciones coloniales y de dominación y expropiación de recursos naturales de los países del norte hacia el sur. Tal como lo plantea Galeano, el subdesarrollo no es una etapa en el camino del desarrollo, no estamos viviendo la infancia del desarrollo. El subdesarrollo es el resultado histórico del desarrollo ajeno. Una historia que ya para América, tiene cinco siglos de edad, durante los cuales, América Latina en general ha estado trabajando para el desarrollo ajeno. Ha estado contribuyendo con su pobreza a la riqueza de otros. No hay en el mundo, ninguna riqueza que sea inocente, porque de algún modo son todas, riquezas que han resultado de un proceso histórico de estafa colosal (2004, p.341). En este mismo sentido, el capítulo 1 muestra como las estrategias de desarrollo para América Latina, han sido determinantes en la pérdida de conocimientos tradicionales, de las riquezas naturales fundamentales para garantizar una buena vida, con lo cual se generado una mayor dependencia de las supuestas ayudas humanitarias de los programas que del norte se han implementado en sur.

Breilh (2013) plantea con respecto a esta situación que, los métodos y metodologías planteados por estas miradas propias de la ciencia médica convencional son insuficientes porque están basados en:

Una explicación fenoménica, reduccionista y fragmentaria de la realidad y la determinación de la salud; la primacía absoluta de la asociación causa-efecto como gran organizadora y lógica del universo epidemiológico y la reificación de la relación causa-efecto como artefacto formal aplicado para identificar factores de riesgo. La reducción de la noción de exposición/vulnerabilidad a un problema esencialmente individual de naturaleza probabilística y a la hora de organizar la práctica epidemiológica, la reducción de ésta en acciones funcionales sobre factores de riesgo (p.15).

De esta forma, el abordaje de la enfermedad sigue siendo instrumental y reduccionista, porque la manera de abordarla está dada por el análisis de la relación agente, huésped y ambiente, así vista la ruptura de esta relación genera los desequilibrios que producen el brote de malaria. La tarea entonces de los trabajadores de la salud debe ser la de buscar “controlar los desajustes de los sistemas epidemiológicos, no transformar los procesos que subyacen a las expresiones sistémicas, ni transformar la sociedad” (Breilh, 2013, p.21). Adicionalmente, resulta que la enfermedad solo puede ser definida por los expertos, centrados en la mirada de biólogos, entomólogos³⁰ y médicos, entre otros especialistas, lo cual deja de lado las visiones propias de quienes la padecen.

Sin embargo, aunque el modelo de atención de la malaria de DSS ha considerado el enfoque de Conocimientos, Actitudes y Prácticas—CAP—, formulado a partir de un enfoque metodológico multidisciplinario, donde el componente social tiene un aporte importante en la comprensión de la enfermedad, éste presenta múltiples dificultades. Una de ellas es la posibilidad de hacer una lectura articulada para poder abordar la complejidad de la enfermedad contextual, lo cual evidencia la dificultad del diálogo entre las ciencias exactas y los análisis arrojados por las ciencias sociales.

³⁰ Es una de las ramas de la biología, la cual tiene por objeto estudiar el mundo de los insectos.

Una de las mayores dificultades que subyacen a este diálogo es lo que Eschenhagen (2011) plantea como, las diferencias para acercarse al problema entre diferentes ciencias, es decir, la manera en que ambas formas de construir conocimiento formulan las preguntas para resolver tal situación. Mientras las ciencias exactas se preguntan por el qué y el cómo, las ciencias sociales plantean sus preguntas alrededor del para qué y el por qué. Dice frente al conocimiento científicista, característico de las ciencias exactas, que,

“el” conocimiento único y universalmente verdadero y objetivo, con lo cual se subyugan, se eliminan, se desestiman y se desprestigian otras formas de conocer y de saber (indígenas, campesinas, afros, etc.). Esta forma científica de conocer se reduce además a subdividir, cuantificar y recombinar, y hace énfasis en el "cómo" y desplaza la pregunta sobre el "por qué" (p.396).

Ambas maneras plantean dos posturas epistemológicas diferentes que dificultan la transferencia de conocimiento, su articulación y el diálogo. Así, los CAP de una comunidad alrededor de enfermedades como la malaria, son vistos desde la biomedicina no como conocimientos, sino son percibidos de manera asimétrica como un sistema de creencias frente a la enfermedad, que no son considerados en el tratamiento y en última instancia tampoco interesa el por qué, de tales estrategias, sino la necesidad de establecer un método que sea efectivo para curarla. Esta postura invisibiliza el conocimiento de las comunidades y le resta valor. Además, esto imposibilita que el diálogo de saberes y el reconocimiento de estos conocimientos sean realmente válidos, al establecerlos en la categoría de creencias o costumbres, con lo cual se les ubica en una posición de inferioridad.

Otro elemento a considerar dentro de este análisis de la malaria desde la biomedicina, es que el paradigma hegemónico con que es atendida y controlada la enfermedad, sigue definido por los esquemas de salud pública. Es decir, sus acciones son determinadas en función del cumplimiento de metas y objetivos establecidas internacional y nacionalmente, y leídas a través de indicadores como los de calidad de vida. Tales estrategias se han dado alrededor de las intervenciones de control, tradicionalmente centradas en el diagnóstico y el

tratamiento temprano, la reducción de la transmisión mediante el uso de toldillos tratados con insecticidas y el control del vector. Así como en las medidas ambientales y de mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población en riesgo. El enfoque de tales estrategias está basado en los factores de riesgo, esto es, establecer las posibilidades de que una persona pueda contraer la enfermedad a partir de la identificación de factores socioambientales y culturales que son determinantes en la aparición de la enfermedad.

Sin embargo, tal mirada sigue centrada en el uso de ciertas tecnologías y la fe ciega en que la ciencia solucionará todos los problemas. Por lo tanto, existe la convicción que, con la combinación del uso de medicamentos, insecticidas, mosquiteros tratados con insecticida, mejores pruebas de diagnóstico, antimaláricos y nuevas herramientas, la malaria será un problema superado (Brown, 2017). Según la OMS (2015), la eliminación de la malaria requiere de la construcción de sistemas de vigilancia epidemiológica eficaces, así como de la eficacia de los medicamentos y de unos programas sólidos de comunicación de salud pública y cambios comportamentales entre la población que padece la enfermedad.

Esta mirada deja de lado la complejidad de los territorios en donde se presenta la enfermedad, como las inequidades territoriales. Se trata de un sistema de salud ineficiente y poco articulado a sus realidades ambientales, económicas y culturales, y a la transformación de las prácticas culturales y alimenticias introducidas tras los nuevos modelos de desarrollo (Escudero, 1992; Escobar, 2007), que los hacen más vulnerables frente a desconocidos escenarios para pelear las enfermedades nuevas y las ya existentes.

Adicionalmente, una visión unicausal/multicausal de la enfermedad, es un indicador posible de la ineficacia de las políticas y la persistencia de estas enfermedades. Y no porque están desarrolladas desde una mirada biologicista y fragmentada, sino porque el comportamiento de las personas enfermas, es considerada por el personal como supuestamente irracional y por lo tanto son

señalados como ignorantes. Sin embargo, el problema de esta mirada es que termina argumentando que tales situaciones son imposibles de resolver porque los hábitos culturales e individuales o el cambio climático no se pueden modificar. Lo cual resulta ser el principal obstáculo para la correcta aplicación de una mezcla de dispositivos y tecnologías que permitan combatir la enfermedad y por tanto su propagación o persistencia (Escudero, 1992). Todo esto finalmente termina desconociendo que la toma de decisiones tiene un componente político y económico muy importante y que el capital aprovecha para vender mercancías y hacer de estas situaciones un negocio. Desde esta misma lógica se han planteado y operado las políticas públicas para la prevención y control de la malaria, tal como se verá a continuación.

4.1.1 Las políticas públicas para la prevención y control de la malaria

Si bien, desde principios del siglo XX, se iniciaron algunas acciones alrededor de la atención y prevención de la malaria en América Latina, sus actividades fueron muy puntuales y no lograron la planeación y formulación de estrategias y políticas más amplias y de largo aliento, hasta inicios de la década de los años 40. Es así que las campañas antimaláricas fueron impulsadas por organismos internacionales y países como Estados Unidos. Este hecho no puede desestimarse, porque como pudo mostrarse en el capítulo 3 y se verá más adelante, surge en un contexto particular donde se configura un nuevo orden mundial.

Sin embargo, y como lo muestra la literatura, luego de la llegada de la conquista española, la enfermedad comenzó apoderarse de espacios como la selva amazónica (Escudero, 1992). La novela *La Vorágine* del colombiano José Eustasio Rivera de 1924, muestra la fiebre cauchera generada en los bosques tropicales de la Amazonía, desde finales del siglo XIX, deviniendo en la enfermedad de las fiebres maláricas o terciarias que causaban los mosquitos que allí habitaban. Dice Hernández Álvarez y Obregón Torres, al respecto que,

Esta imagen de mediados del siglo XX acerca de la naturaleza tropical como una suerte de infortunio y de fatalidad, que había que destruir a toda costa, contrasta fuertemente con la representación que hoy se tiene acerca de la gran riqueza biológica colombiana, elogiada como “biodiversidad” (2002, p.124).

Estos hechos evidencian cómo los países latinoamericanos representan unos importantes nichos para la explotación de los recursos naturales, necesarios para garantizar materia prima durante la Segunda Guerra Mundial y recuperarse de la crisis que dejó la posguerra, lo cual convirtió estos territorios en estratégicos. De esta forma, acciones como el control de la malaria, fueron utilizadas hábilmente para aprovisionarse de la riqueza de su biodiversidad, y de paso también, para la defensa hemisférica y la lucha anticomunista (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002).

Y se hace visible también tras el lenguaje utilizado en algunos planes y documentos, solo por mencionar algunos: Guía para la atención clínica integral del paciente con malaria del MSPS (2010), Estrategia Técnica Mundial contra el paludismo 2016–2030, las Campaña OMS 2018 o el Informe mundial sobre el paludismo 2017 de la OMS. Tales documentos están cargados de palabras como vigilancia, campañas, trabajo por zonas, con brigadas que hacían barridos y extramurales, lo cual “pone en evidencia las tácticas y pasos del quehacer militar en el campo médico” (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002, p.128).

Concretamente para Colombia, las políticas de prevención y control de la enfermedad comienzan en 1952, a partir del Programa de control de insectos del Caribe dirigido por El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia—Unicef—. La OMS/OSP—Oficina Sanitaria Panamericana— y la Unicef firmaron un acuerdo que incluía acciones, no sólo para la erradicación del vector de la fiebre amarilla urbana, sino también para el control de la malaria. De acuerdo con una evaluación realizada por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública—SCISP—, en 1956, el problema de la malaria en Colombia era muy grave, pues aproximadamente el 46,64% de la población vivía en zonas maláricas expuesta a la infección (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002).

Este hecho creaba en el imaginario que las zonas tropicales eran lugares de la muerte y justificó un nuevo paso en los dispositivos técnicos, como las estrategias de erradicación. Este convenio fue la concreción del proyecto regional de la OSP, llamado “Control de Insectos del área del Caribe”.

En años posteriores, en 1979, “la OMS admitió que la erradicación no podía lograrse en un buen número de países y volvió al concepto de control de la enfermedad en un momento en que ya comenzaba a difundirse la política de Atención Primaria en Salud—APS— (Vargas, et al, 2002, p.117). Ello justificó el paso de una política de salud pública que iba del control a la erradicación (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002, p.120).

De acuerdo con Hernández Álvarez y Obregón Torres (2002), las políticas antimaláricas han tenido luego de esta época, tres momentos: el primero, de 1975 a 1978 aproximadamente, cuando los programas de erradicación, no sólo en Colombia, sino en otros países de la región y con la participación de la OPS, iniciaron una modificación de la campaña inicial a través de la llamada “flexibilización operativa”, como mecanismo para solucionar los problemas identificados en el modelo de erradicación. La segunda época, de 1978 a 1993, que incluyó la definición de la nueva estrategia de control por parte de la OPS/OMS y las transformaciones derivadas del intento de su puesta en práctica por parte del servicio de erradicación de la malaria—SEM—en el decenio de los 80, en medio de las primeras reformas del Estado hacia la descentralización en 1986. Y la tercera, de 1993 hasta hoy, se ha caracterizado por la cristalización del proceso de descentralización del SEM, en el marco de la reforma del sistema de salud de 1993. De acuerdo con el periódico El Tiempo (04 de diciembre de 1991), la permanencia del SEM mantuvo hasta antes de 1979 por debajo los casos de malaria a 40.000. Sin embargo posterior a esta fecha y a pesar de las campañas su crecimiento ha sido progresivo: 60.000 casos en 1986, 100.000 en el 90 y para 1991 se esperaban 120.000 casos.

Tales variaciones en los métodos se han mantenido a lo largo del tiempo, sin sufrir mayores variaciones en su misma matriz de acción. Estas estrategias han estado dadas alrededor del uso de productos químicos para atacar directamente al vector (*Anopheles*) y así erradicarlo. El más conocido producto utilizado fue el DDT³¹, el cual fue aplicado a través del método de acción residual y/o permanente. Este método posteriormente introdujo una etapa de vigilancia y prevención que aún sigue desarrollándose también con los nuevos insecticidas.

Otro elemento a plantear dentro de este análisis, es el acompañamiento que múltiples organismos internacionales han prestado para el planteamiento y la ejecución de políticas antimaláricas. Tal situación es también un problema de orden geopolítico, en la medida en que puede convertirse en una amenaza para los mercados a escala mundial que debe ser objeto de intervención. En este sentido, Kelly (2011) ha planteado que, una pandemia internacional como la malaria ha puesto en el centro de sus decisiones los efectos económicos que genera para un país. Es decir, analizando la repercusión en la productividad de los trabajadores, los costos médicos y la reducción del comercio y el turismo. Por ejemplo, dice que la malaria cuesta a los países africanos alrededor de 12.000 millones de dólares anuales entre pérdidas económicas directas, sin considerar la parálisis que sufre el desarrollo económico. De acuerdo con cifras de la OMS (2017), (ver Imagen 2):

³¹ En el año 1939, el investigador suizo Paul Müller (1899-1965) descubrió la potente acción insecticida del dicloro-difenil-tricloroetano, conocido mundialmente con el sencillo nombre de DDT. Los éxitos alcanzados por el DDT al emplearse para eliminar plagas en el campo, para combatir nubes de insectos portadores del paludismo, fiebre amarilla y otras enfermedades, fueron espectaculares. Un dato interesante es que este pesticida jugó un papel crucial en la Revolución Verde. Sin embargo, los estragos provocados por los insecticidas en el medio ambiente fueron enormes. Tras el uso del DDT comenzaron a aparecer algunos datos negativos a partir del año 1960, los mismos activaron las alarmas de los primeros ecologistas en su contra. Por ejemplo, fue emblemática la obra "Primavera Silenciosa", escrita por Rachel Carson en 1962, en la que acusaba la ausencia de "cantos de pájaros" en los campos de Ohio al norte de los Estados Unidos de América y responsabilizaba de ello al uso del DDT (Sánchez et al., 2002).

Capítulo 4. Saberes y prácticas en malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño Amazonas

Casos	Muertes	Recursos
216 millones	445 000	2,7 mil millones
<small>En 2016, hubo 216 millones de casos de paludismo en todo el mundo.</small>	<small>En 2016, hubo 445 000 muertes relacionadas con el paludismo en todo el mundo.</small>	<small>Recursos disponibles para el paludismo en 2016 (en US\$).</small>
<small>Informe mundial sobre el paludismo 2017</small>	<small>Nota descriptiva sobre el paludismo</small>	<small>El informe de la OMS sobre el paludismo revela que los avances se están estancando</small>

Imagen 2 Día Mundial del Paludismo, 25 de abril de 2017

Fuente: OMS, 2017.

Esto es importante exponerlo porque la inversión económica de estos organismos, no obedece precisamente a una empresa filantrópica y altruista. A finales de los años noventa, casi una década después de haber terminado la Guerra Fría, la salud internacional se transformó en salud global, y el reto de la malaria fue resucitado como un problema central (Brown, 2017). Así es que entre la década de los 80s y mediados de los 90s, la lucha antimalárica sufre un estancamiento, asociado a la consolidación del modelo neoliberal, como pudo observarse en el capítulo 3. A partir de 1998 son reactivadas las acciones y la OMS, El UNICEF, el PNUD y el Banco Mundial fundaron una iniciativa común de lucha contra el paludismo, al establecer la coordinación de las actividades internacionales de control del paludismo (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002).

En 2001, el Fondo Mundial contra el VIH / SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), fue establecido como una importante iniciativa a través de un modelo de cooperación y financiación internacional contra estas tres grandes enfermedades en el mundo, trabaja en estrecha coordinación con las Naciones Unidas, especialmente con la OMS y la ONUSIDA. Busca una alianza entre países donantes y países receptores, sector privado y público, administraciones públicas y sociedad civil, que se refleja en sus órganos de dirección y en sus procedimientos de trabajo. El Fondo Mundial recibe la mayor parte de sus recursos mediante donaciones gubernamentales voluntarias. Para esta misma época la Fundación Bill y Melinda Gates (Fundación Gates) comienza a financiar campañas antimaláricas, convirtiéndose en una de sus causas más famosas (Brown, 2017).

Y actualmente, una de las últimas estrategias es conocida como “Estrategia técnica mundial contra el paludismo 2016-2030”, lanzada por la OMS, la cual es un marco técnico para todos los países donde el paludismo es endémico. El objetivo de la estrategia es dar orientación y apoyo a los programas nacionales y regionales en su labor de lucha y eliminación del paludismo. Buscan reducir la incidencia del paludismo al menos en un 90% para 2030; reducir la mortalidad por paludismo al menos en un 90% para 2030; eliminar la enfermedad al menos en 35 países para 2030; e impedir su reaparición en los países en los que se ha certificado su ausencia.

Todas estrategias logran demostrar avances que han generado cambios importantes a través de la ampliación de nuevas tecnologías como las redes tratadas con insecticida de larga duración (LLITN), el diagnóstico-prueba diagnóstica rápida (RDT) o el tratamiento-artemisinina terapias combinadas (ACT). Y estrategias como el reconocimiento de la complejidad que sigue teniendo la enfermedad, el incremento de la financiación, las nuevas vías de investigación biomédica y mejores esquemas de vigilancia, intervenciones y tratamiento y sobretodo la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Asimismo, el mejoramiento de los sistemas de vigilancia epidemiológicos que a partir del modelo de determinantes sociales en salud incluye nuevas categorías para la recolección, análisis e interpretación de información para realizar medidas de prevención y control pertinentes ((OMS, 2015).

Pese a todo esto, las políticas públicas para el control y prevención de la malaria están determinadas por el marco tecnocrático y bajo el paradigma biomédico. En efecto, y como pudo demostrarse aquí, las principales estrategias siguen estado orientadas en acciones como el saneamiento básico, la higiene y actividades preventivas como la inmunización y control de vectores, y el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas y la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual (OMS, 2017). Tal situación sigue generando interrogantes respecto a la eficacia y finalidad de las políticas y control de la

malaria, esto porque, aunque se define un presupuesto desde diferentes sectores: EPS, el Estado en cabeza del MSPS y de cooperación internacional, para su prevención, control y atención, la malaria sigue con picos preocupantes que parecieran no reducirse a pesar de las grandes inversiones. Así como la dificultad de que los programas cubran los territorios más alejados y con mayores prevalencias de la enfermedad.

En relación con toda la información hasta ahora presentada puede mostrarse cómo la lucha contra enfermedades infecciosas y transmisibles como las ETVs, está lejos de ser un flagelo terminado para aquellos que año a año siguen padeciéndolas. Datos como los siguientes muestran que aún el camino es largo y complejo, a pesar de múltiples estrategias de control y erradicación con una historia de más de 60 años, basadas todas en el paradigma biomédico,

Aproximadamente 3.200 millones de personas estaban en riesgo de contraer la enfermedad en 97 países territorios y zonas, y se estima que ocurrieron 198 millones de casos (intervalo: entre 124 millones y 283 millones). Ese mismo año, murieron de esta enfermedad unas 584.000 personas (OMS, 2015, p.4).

Tales estrategias siguen sin mostrar mejoras sustanciales ni considerar la modificación de la matriz interpretativa de la enfermedad en contextos que demandan una apuesta intercultural que integre las representaciones, saberes y prácticas de los directamente implicados en su prevención y control, con la adopción de un modelo de salud adaptado culturalmente a las particularidades de los territorios indígenas. Estas consideraciones podrían tal vez reducir los costos sociales y económicos para las personas, la resistencia a los medicamentos, y analizar los efectos colaterales en el ambiente por uso de pesticidas y la introducción de nuevas especies en ecosistemas para el control de los parásitos en los mosquitos y la aparición de brotes más continuos.

Por lo tanto, debido a la complejidad de esta situación debe ser abordada tanto desde la institucionalidad que es la encargada de desarrollar las políticas públicas, como desde la academia que desarrolla investigaciones en esta materia y desde personal de salud que actúa en campo, de manera conjunta y coordinada. Y todos

estos actores deben considerarse como agentes centrales a las comunidades que padecen la enfermedad, reconociendo la historia de su territorio, los procesos de ocupación, las nuevas economías y la trama de saberes y prácticas que se han construido como respuesta ante la enfermedad.

A partir de este análisis este capítulo continúa con la descripción e interpretación de algunos de los elementos más importantes del trabajo etnográfico realizado, concentrándose en evidenciar los saberes y prácticas de la malaria, tanto del personal de salud como de los indígenas que habitan en el municipio de Puerto Nariño y las complejidades que se generan en torno a esta enfermedad y el diálogo entre ontologías diferentes.

Las interpretaciones que se plantean a continuación son la matriz central de esta tesis, son importantes en la medida en que muestran las diferentes perspectivas que emergen alrededor de un fenómeno como la malaria, así como de sus límites. Es un esfuerzo de síntesis por evidenciar los principales elementos de la comprensión y actuación de diferentes actores ante el fenómeno de la salud/enfermedad/tratamiento de esta enfermedad.

4.2 Saberes y prácticas frente a malaria del personal de salud de Puerto Nariño-Amazonas

*“Hay que llegar a acuerdos,
pero hay que hacerle entender
al paciente la fisiopatología de la enfermedad
y que si va a la brujería no se va a curar,
y que puede enfermar a otros
porque es un tema de salud pública”*

(Médica proyecto SAT Amazonas- Entrevista: 28-06-2016)

Primero es necesario considerar los conocimientos y concepciones que el personal de salud que, en su mayoría llega desde fuera a trabajar en el municipio, tiene alrededor de la malaria y la manera en que se relaciona con los pacientes indígenas que la padece a través de las diferentes intervenciones que realizan. Esto para identificar la complejidad que encarna el diálogo entre diferentes formas de hacer, ver y pensar el mundo.

En el caso de los saberes y prácticas del personal de salud están basadas en la definición biomédica de malaria, orientados desde las políticas de salud pública, tal como pudo evidenciarse en los párrafos anteriores, y cuyo conocimiento es el resultado de la formación técnica y universitaria a través de un ciclo de estudios en carreras como la medicina, la enfermería, bacteriología y en el tecnologías y técnicas como técnico en ETVs y auxiliares de enfermería, administradores de salud, entre otros. Todo este proceso formativo está determinado por el modelo biomédico, del cual se habló en el capítulo 2.

Un modelo que sigue las tradiciones de la profesión y los imperativos de sistemas sanitarios con una clara orientación de las normas del mercado, la concepción biologicista de la salud, la estandarización de prácticas propias de la institucionalización del conocimiento, el dogmatismo de la ciencia y al etnocentrismo propio de la racionalidad occidental. De esta forma se da la atención de los usuarios, por medio de los profesionales de salud que actúan en las instituciones públicas y privadas responsables, así como desde la academia, a

partir de las investigaciones que desarrollan en los territorios. Partiendo de estas consideraciones, a continuación se plantean algunos de los elementos más importantes encontrados en el trabajo de campo.

Para el caso de esta investigación, realizada en el municipio de Puerto Nariño Amazonas, entre agosto de 2015 y enero de 2017, los actores a escala local responsables en la prevención, atención y control de la malaria, se dividieron en entre: el sector público-privado, constituido por el hospital local de Puerto Nariño y las EPS que operan allí. Estos están conformados por el personal de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y bacteriólogos.

La institucionalidad conformada por la secretaría de salud del municipio y del departamento y del Instituto Nacional de Salud Pública: constituido por técnicos de ETVs, bacteriólogos, enfermeras y biólogos. Y desde la academia, dos instituciones que en el momento se encontraban realizando investigaciones: La FIDIC y el PECET. Ambas instituciones están conformadas por un grupo multidisciplinario, en donde se destacan médicos, bacteriólogos, biólogos especialistas en entomología y mastozoólogo, veterinario, psicóloga, antropóloga, técnicos de ETVs y microscopista.

4.2.1 Sector público-privado.

El primer actor es el hospital local de Puerto Nariño, en él se centraliza la atención de pacientes con malaria, a través del régimen subsidiado para la población indígena, operado por dos Empresas Prestadoras de Salud—EPS—: Mayamas y Selva Salud³², esta última que estaba en proceso de liquidación cuando se inició esta investigación, y quien entró a remplazarla, la Nueva EPS³³.

³² La Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 002865 del 19 de Septiembre de 2012, ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención Forzosa Administrativa para Liquidar la entidad promotora de salud del régimen subsidiado Selvasalud EPS en liquidación , identificada con el NIT 846 000,244-1 (Consejo Superior de La Judicatura, 2014). Tal situación se debió por la falta de liquidez con la que contaba la EPS para prestar sus servicios.

³³ Mayamas es una EPS de régimen subsidiado que presta sus servicios específicamente a los indígenas traída desde el Cauca. Por su parte la Nueva EPS apenas se estrena como operador con comunidades indígenas y para régimen subsidiado.

Esta situación para la época generó serias dificultades en el proceso de atención de los pacientes que llegaban a consultar por malaria y pertenecían a la EPS en proceso de liquidación, porque, aunque eran atendidos por los médicos, en muchos casos demoraban más en ser atendidas o no había los insumos para el diagnóstico, ni el tratamiento.

Dentro del personal que labora en el hospital se encuentran los siguientes profesionales: el personal médico profesional, son dos médicos en su año rural que llegan a atender situaciones que no estaban incluidas dentro de su pensum médico, tal como ellos mismos lo afirman. En el Capítulo 3, numeral 3.2.1.1 se demuestra, de acuerdo con los planteamientos de Suarez-Mutis (2001) que existe un desconocimiento absoluto de los profesionales de la salud recién egresados frente a los pueblos indígenas. De igual forma, la dificultad que se vive en el Amazonas para la consecución de médicos rurales que tengan interés de trabajar con las comunidades y como las facultades de medicina y salud pública no enseñan antropología médica. En la época de trabajo de campo para esta investigación no se contaba con un curso que les permitiera contextualizarlos en otras cosmologías o de las realidades que viven los territorios rurales del país³⁴.

Es importante destacar que dentro de sus cursos de formación en medicina, los cuatro médicos con los que se trabajó³⁵, plantearon que nunca tuvieron una materia que los sensibilizara frente a otros contextos culturales, para prepararlos a realizar sus intervenciones apreciando y entendiendo otras maneras de ver, pensar y actuar en el mundo. Por su parte una de las bacteriólogas planteaba que “Cuando se inicia el rural se hacen inducciones y en el proceso formativo tuvieron dos materias donde se les realizaba inducciones en contextos (Bacterióloga, 20-10-2016). Y si bien dentro de sus pensum se encuentra la materia de

³⁴ Antes del 2017 no existía nada que contribuyera a mejorar esta situación, sin embargo, el MSPS en noviembre de ese mismo año define mediante una política pública unos lineamientos para la incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Esta política plantea los lineamientos de Talento Humano en Salud (THS) que contemplan la incorporación de la salud propia en la formación del personal de salud en todo el territorio nacional (MSPS, 2017).

³⁵ Dos en el periodo 2015-2016 y dos en el periodo 2016-2017

parasitología, nunca consideraron que pudieran enfrentarse a brotes de malaria como los vividos en el 2015.

Los médicos rurales llegan a ocupar sus cargos en el hospital a través de la asignación directa o por sorteo. Esto es determinante a la hora del ejercicio de la práctica médica, pues muchos llegan con temor del contexto en el que se encontrarán o sin la voluntad de estar en este lugar. Bien por las condiciones complejas de un lugar como este, las distancias, al estar lejos de las grandes ciudades, sin los instrumentos suficientes, muchas veces sin medicamentos y las telecomunicaciones son deficientes a la hora de solicitar algún tipo de ayuda en caso de emergencia.

El proceso de atención de los pacientes con malaria que llegan de las diferentes comunidades del resguardo, se hace a partir, bien sea, de la asignación citas generales de un día a la semana para la atención de los habitantes de acuerdo con la comunidad a la que pertenecen³⁶, o bien a través del servicio de urgencias. Los dos médicos del hospital están de manera permanente, uno asignado a las consultas y el otro a urgencias.

Por lo general, el paciente llega ya al haber reconocido los síntomas de la malaria—en contraste con los pacientes asintomáticos—, para ser atendido porque presenta posibles síntomas de malaria, y lo primero que hacen es tomar sus signos vitales y preguntarle por qué creen que tienen malaria. Se diligencia la historia clínica con datos genéricos como nombre, lugar de pertenencia, etnia, síntomas, entre otros. Luego el médico lo pasa al laboratorio para tomarle la Gota Gruesa, si está febril. En caso que el paciente no tenga fiebre, se complica la toma de la muestra porque deben hacerlos esperar hasta que la fiebre suba de nuevo, ya que el parásito de la malaria—plasmodium—, se manifiesta apenas en este estado.

³⁶ 22 comunidades conforman el resguardo, por lo que son entre tres y cuatro comunidades atendidas por día de lunes a sábado.

Sin embargo, los pacientes a veces se cansan de esperar debido a que sus comunidades están lejos, algunas a cinco horas en peque-peque³⁷ dependiendo de las condiciones climáticas del año. Los médicos entrevistados plantearon que en algunos casos esta dificultad se debe a que los bacteriólogos, sobre todo aquellos que llevan más tiempo, no realizan el examen sin que el paciente tenga fiebre. Esto se debe, según los bacteriólogos, a que se requiere de un pico febril para que el parásito se manifieste.

Sin embargo, esta práctica está por fuera del protocolo de atención en malaria, ya que este determina que, en un sitio endémico siempre debe realizarse la GG, se esté en estado febril o no, “la persona con fiebre actual o reciente que proceda de área endémica en los últimos 15 días y que puede tener o no relación epidemiológica (nexo) con casos diagnosticados” (INSP, 2011, p.10). Esta posición contrasta con la de las bacteriólogas, las cuales explican que en algunos casos no se toma la muestra sin tener el pico febril porque reduce la posibilidad de encontrar el parásito en la sangre,

“Reconocemos que no se hace la GG inmediatamente porque el examen va a salir como un falso negativo. Se requiere que tengan un pico febril. Sin embargo, es cierto también que cuando sabemos que el paciente viene de lejos se toma la muestra a la hora que llegue, ya sea, con o sin fiebre. El problema que se genera es que los resultados no pueden darse los resultados inmediatamente porque el proceso requiere de un tiempo: colorear la sangre, esperar a que se seque y luego identificar los parásitos ante el microscopio.

(Bacterióloga Fidic, 20-10-2016).

La actuación del personal, tanto de bacteriólogos como de médicos, puede estar supeditada a una serie de factores, nada desdeñables como el control que ejercen las EPS en los medicamentos e insumos, así como la precariedad, el desabastecimiento que se da en el hospital y el número de pacientes que tienen que atender. Es decir, las EPS llevan un control sobre los medicamentos (cloroquina y primaquina), así como en el uso de los materiales para realizar las pruebas de GG, como los colorante giemsa, las láminas y los reactivos.

³⁷ El peque-peque es una pequeña embarcación que tiene un motor fuera de borda con los que cada familia se transporta por el río.

En otros momentos coyunturales pasa porque se desborda la capacidad del personal de salud del hospital, tras la atención del número de pacientes que, en tiempos de brote puede superar los 150 en un día, tal como sucedió en el 2015 “se diagnosticaron hasta 150 casos de malaria por día” (Médico 1, 26-07-2015). Un médico, dos enfermeras y un bacteriólogo para atender tal magnitud de personas, indefectiblemente hace que la atención se convierta en una acción mecanizada que se constituye en la única vía posible si se quiere lograr garantizar la atención de todos los pacientes.

Este hecho, por ejemplo, ha contribuido a que un médico, si ya han agudizado más sus observaciones, defina empíricamente quién necesita o no el diagnóstico de la GG. Esta situación no está exenta del error, y muestra también que tiene un componente intuitivo más fuerte que el que se reconoce, al plantearse siempre como resultado del conocimiento científico. Siendo así los pacientes pueden demostrar su escepticismo y no confiar en las pruebas, ni en el diagnóstico médico cuando les sale negativo.

Otra de las complicaciones que platearon todos los médicos entrevistados, es la imposibilidad para establecer un lenguaje asertivo con los indígenas y que ellos logren manifestar sus dolencias sin ningún tipo de temor o vergüenza, lo que hace en muchas ocasiones que la atención sea más complicada. De otro lado, está también la dificultad para que pueda aceptarse la coexistencia de la medicina tradicional a través del uso de plantas y rezos, incluso de la automedicación en el tratamiento de la malaria. Al preguntarles sobre la integración con la medicina tradicional esto contestaron,

“la medicina tradicional es un conocimiento ancestral, incluso antes que lo que nuestro conocimiento llegara. Ambos conocimientos son importantes. La medicina tradicional debe ser un proceso serio, como muchos lo cuentan. Más de cinco o seis años, viviendo por fuera de la comunidad, se quedan seis o siete años aprendiendo en la selva. A veces la medicina occidental no tiene la respuesta para todos.

(Médica, del hospital de Puerto Nariño. 12-01-2017)

Con medios físicos no tenemos líos. A veces llegamos a acuerdos para que se trabajen. Yo no puedo ejercer mi dominio y decir yo vengo con mi medicina aprendida

Capítulo 4. Saberes y prácticas en malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño Amazonas

en la ciudad para que ustedes solo hagan lo que yo digo. Por eso creo que es importante dejarlos que ellos hagan su trabajo.

(Médica, del hospital de Puerto Nariño. 12-01-2017)

Yo dejo que los chamanes vengan al hospital y hagan su práctica, pero si van a hacer humos y plantas no los dejo, porque si pasa algo se convierte en un problema para mí

(Médico del hospital de Puerto Nariño. 15-09-2015).

Necesitamos que sean más adherentes a los tratamientos, más receptivos a la información que se les da.

(Médica, del hospital de Puerto Nariño. 12-01-2017)

Es decir, aunque existe cierta resistencia entre los médicos del uso de la medicina tradicional, en la mayoría de los casos los médicos con los que se trabajó en esta investigación no desacreditan este conocimiento, pero en el caso concreto del trabajo en el hospital no permitían ciertas prácticas al interior del hospital. Tales posturas expresadas muestran las dificultades que encarna la aceptación de otros conocimientos en la práctica médica y el reconocimiento como un saber igualmente válido. Esta misma situación es posible identificarla en la relación que establece el resto del personal de salud que labora en el hospital, como podrá verse más abajo.

La comprensión de la complejidad que encarna el encuentro entre mundos diferentes en el proceso de salud/enfermedad/tratamiento, va más allá de lo discursivo en el planteamiento de la posibilidad de un enfoque intercultural, el cual requiere centrarse en el quehacer diario del ejercicio médico y en cada una de las interacciones que propicia este sistema de salud (González, 2013). Por lo cual, la reflexión sobre diferentes presupuestos culturales u ontológicos se hace urgente para cualquier sujeto que hace parte e interactúa con este sistema y busca garantizar el acceso a un derecho fundamental como es la salud.

Continuando con el personal de salud del hospital, se encuentran también tres enfermeras y dos enfermeros que trabajan allí, dos de ellos son indígenas del municipio, un hombre y una mujer, que son quienes han estado por más de una década prestando sus servicios en este lugar. Sus prácticas con los pacientes,

pese a ser “paisanos” y conocer sus prácticas culturales tradicionales, está determinada por su formación orientada desde la ciencia médica occidental.

En el diario de campo fue registrada una observación, de cómo uno de los enfermeros indígenas increpaba a un paisano que llegó al hospital por el número de veces que recaía con la malaria—era la tercera vez en menos de un año que iba por lo mismo—. El paciente aducía que no entendía por qué si tomaba la raíz del açai³⁸ a la par del remedio entregado en el hospital, pero se seguía enfermando. Por su parte el enfermero cuestionaba la combinación de los remedios vegetales con los entregados en el hospital y la falta de cuidado. Tal situación pone en evidencia dos maneras diferentes de abordar la enfermedad y la dificultad de poner en diálogo la condición indígena del enfermero por encima de su formación en la atención a los pacientes a partir de sus propias construcciones culturales. Esto debido también por las instrucciones y protocolos que tiene que seguir.

En contraste con los planteamientos de una de las enfermeras no indígenas, que llevaba más de tres años trabajando en el hospital desde el 2014, la cual manifestó respecto al trabajo con indígenas, que no ha tenido problemas, aunque no existe ningún enfoque de atención diferencial para indígenas,

“Es difícil cuando no se entienden las condiciones de la vida indígena, cómo caminan, cómo viven, cómo hablan. Hay que tener paciencia cuando se trabaja con indígenas y colocarse en el lugar del otro” (Enfermera, 13-01-2017).

“Para la malaria no se necesita la medicina tradicional. Los indígenas no usan el toldillo y no se toman completo el tratamiento por eso hay tantas recaídas”.
(Enfermera, 13-01-2017).

Estas posiciones develan la complejidad de estos encuentros, que están atravesadas por ambivalencias, de relaciones de poder, de jerarquías de conocimiento, pero también de intentos por entender el “otro” aunque tal situación no sea simple. En el hospital se cuenta además con una bacterióloga que trabaja

³⁸ El açai o asaí es el fruto de una palmera (*Euterpe Oleracea*) que crece únicamente en estado silvestre, en la selva lluviosa de la Amazonía. Durante siglos se han consumido las bayas de açai constituyéndose en un alimento esencial en la dieta de los indígenas del Amazonas, que, además, las emplean como medicamento natural para el tratamiento de diferentes enfermedades.

en el laboratorio. En el período de esta investigación se conocieron tres bacteriólogas, dos de las cuales eran las directamente encargadas del laboratorio y se encontraban haciendo su año rural, una entre 2015-2016 y otra entre 2016-2017, y una tercera que acompañaba estacionalmente el trabajo del hospital, y cuya vinculación era como parte del trabajo de investigación de la FIDIC.

La actividad principal de las bacteriólogas es la de realizar las pruebas diagnósticas de malaria a través de la Gota Gruesa – GG-, mediante el pinchazo del dedo índice o pulgar del paciente, de la cual se extrae una gota de sangre que es puesta en una placa de vidrio para luego ser coloreada y posteriormente hacer la identificación de los parásitos a través del microscopio, que puede tardar de una hora a dos, dependiendo del número de pacientes. Así es determinada la existencia o no de una de las clases de malaria que allí se dan, principalmente del parásito vivax y en menor medida falciparum.

La bacterióloga se encarga además de llevar a cabo los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud–RIPS³⁹—. Es con este formulario que ella controla los datos de enfermedades y el uso de medicamentos. El control que hace de los elementos y que utiliza para determinar la enfermedad, la especialización en el parásito utilizando el microscopio, hace que sea menos cercana a la población y mantengan su distancia con el paciente.

Tal como señalaba en párrafos anteriores y trayendo a colación en una escena registrada en el diario de campo, la relación de las bacteriólogas con los pacientes pareciera ser más mecánica, la barrera cultural entre ambos, la empatía y con esto la forma en que puede percibirse el “otro”. Es decir, con una menor cercanía o interacción con éste, porque no tiene la oportunidad como la tiene el médico de dedicarse a “conocer” un poco mejor su paciente, a través de la pregunta y la

³⁹ Se define como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000 (las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.) (MSPS, 2015, p.1).

auscultación para identificar síntomas y signos, y con ello poder extrapolar la patología que puede estar presentando. Dentro de las entrevistas realizadas a las bacteriólogas se resaltan algunas de las expresiones que le dan sentido a este argumento, así como a las maneras en que es visto el trabajo con los indígenas,

*“A mí me gustaba ser bacterióloga porque no tenía que tener contacto con ninguna persona, sino solo en el laboratorio, pero a mi acá me ha tocado tener demasiada cercanía con los pacientes y eso a veces es muy complicado”
(Bacterióloga 1, 20-10-2016)*

*“El trabajo en un entorno indígena es muy complicado porque los indígenas son personas autoritarias porque no quieren tomar el turno, ni hacer fila. Tienen que hacer las cosas como ellos dicen, como ellos quieren”.
(Bacterióloga La Fidic, 20-10-2016)*

*No veo importancia de los remedios vegetales para la cura de la malaria porque el medicamento alopático-. Aunque respetamos el medicamento tradicional porque ayuda a amortiguar un poco los síntomas pero contra el parásito no.
(Bacterióloga 1, 20-10-2016)*

Ante estos planteamientos es de agregar que los estándares de evaluación del “otro”, tiene también una relación corporal y no solo cognitiva. Contemplar tal situación permite evidenciar además la dificultad para establecer relaciones interculturales sólo basadas en la razón. Con lo cual, diría Aguado Vásquez, lo que se propone es una racionalidad que no se restrinja a la comprensión lógica, sino a la construcción de estrategias que contemplen “aspectos emocionales, afectivos, cognitivos, conscientes e inconscientes” (2016, p.64).

Como ha podido verse a lo largo de estas líneas las diferencias culturales entre las distintas cosmovisiones respecto con el cuidado de la salud y las formas de explicar la enfermedad entre la población y los proveedores de salud, genera una diversidad de relaciones, que no siempre son cordiales y tampoco antagónicas. En algunos casos pueden percibirse posturas conciliadoras ante un intento por entenderse con el otro, mientras en otras, se evidencian contradicciones desconocimiento del “otro” y jerarquías de conocimiento que limitan esas cercanías y la comprensión de otras formas de hacer, ver y pensar.

En la práctica, por un lado, la falta de entendimiento entre usuarios y proveedores se expresaría en una fuerte resistencia de los indígenas al uso de los servicios de salud y a una alta desconfianza hacia los profesionales que ejercen la medicina moderna (González Salguero, Martín, Pérez Mendoza y Vernon, 2005). Además se observa que los indígenas practican una combinación de diferentes alternativas terapéuticas, pese a los cuestionamientos que puedan recibir de los profesionales de la salud. Por su parte, aunque los profesionales realizan un intento por acercarse a esas otras prácticas frente a la enfermedad, tal situación expresa múltiples dificultades. Primero, porque no logran reconocer/comprender esas otras formas de atender dolencias de los indígenas, resultado de una experiencia acumulada en el tiempo con la enfermedad y con otros procesos que les dan sentido a sus vidas. Y segundo, porque la formación de estos profesionales está definida por una visión única, científicista y verdadera, dificultando la comprensión de otras epistemes y ontologías.

4.2.2 La institucionalidad pública.

El otro actor está definido como la institucionalidad, la cual se encuentra en cabeza de la Secretaría de salud departamental, cuyo objetivo es el de establecer las directrices para la secretaría del municipio. Su trabajo es el de garantizar la articulación, del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de lograr el mejoramiento de la salud de la población del Departamento de Amazonas. Es decir, es el eslabón de enlace entre lo nacional y local.

A través de la regulación y fiscalización de los servicios de salud, de la vigilancia, investigación y desarrollo de acciones en salud pública (que diseña, adopta y sustenta el Plan Territorial de Salud y el Plan de Acción), la Secretaría de salud, busca el fortalecimiento de la capacidad institucional y de gestión. También busca definir los procesos de actuación a través de los planes, programas y proyectos de salud para el área de influencia a partir del diagnóstico y el pronóstico del estado de salud de la población.

Dentro de la institucionalidad, se encuentran a su vez algunos médicos itinerantes, ya sea de agencias de cooperación internacional que llegan a través de misiones médicas o extramurales, así como jornadas médicas de las Fuerzas Militares de Colombia. Sin embargo, en la época que fue desarrollado el trabajo de campo no hubo contacto con las personas que realizan actividades en estas instituciones.

Se hace necesario resaltar frente al trabajo de campo realizado, que el principal actor con que se tuvo una relación directa fue con algunos funcionarios de la Secretaría de salud departamental y municipal, los cuales están encargados de establecer las directrices de trabajo de su personal técnico, microscopistas y técnicos en ETVs, así como de médicos, bacteriólogos y administradores en salud. Dentro de sus principales funciones está la vigilancia epidemiológica y con ella la recolección de los datos para mantener actualizado el sistema de vigilancia epidemiológica—SIVIGILA—, el cual fue descrito en el numeral anterior. Están además los microscopistas y técnicos de ETVs que trabajan en diferentes institutos públicos y privados, algunos indígenas, otros no, pero ambos son habitantes del municipio o de Leticia. Algunos del Instituto Nacional de Salud Pública—INSP— que opera en el departamento del Amazonas, con sede en Leticia, otros de la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia—FIDIC—, del Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales—PECET— de la Universidad de Antioquia.

La tarea de estas instituciones basada en los protocolos definidos para el control de la enfermedad, como por ejemplo la Guía de Vigilancia Entomológica y Control de Malaria, está dada por la búsqueda activa de casos, a través de visitas intra y extradomiciliarias, en donde se identifican criadores de mosquitos, se realizan fumigaciones y entregan toldillos impregnados con insecticida. Así mismo se lleva el registro de casos reportados de malaria. En la mayoría de los casos los protocolos se cumplen, pero son insuficientes a la hora de ponerlos en práctica.

*Capítulo 4. Saberes y prácticas en malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño
Amazonas*

Dentro de las dificultades señaladas por el personal de salud que labora en la Secretaría y el Laboratorio de Salud Pública, señalan que, a la hora de reducir la aparición de la enfermedad, las prácticas que los indígenas tienen los vuelven más vulnerables a la malaria. Al usar en la cacería y en la chagra ropa que nos los protege, al no resguardarse en sus toldillos a las horas que el insecto aparece—a partir de las 6 pm y hasta las 6:00 am—. El mantener recipientes con agua estancada. Una de las descripciones de los técnicos de su quehacer en la fumigación es la siguiente:

Lo primero que hace el técnico cuando va a fumigar es hablar con la gente, qué se va hacer que cierren el agua, las comidas, el tv para que no se dañen. Al día siguiente se hará el trabajo. Se les explica qué veneno se aplicaba en el 2016 fenitrotión.
(Técnico en ETVs, 20-07-2016)

Por su parte los indígenas plantean que las fumigaciones no tienen la efectividad que deberían, pues los técnicos de ETVs que realizan este tipo de actividades, en ocasiones no logran socializar bien la información, llegan apresurados y no fumigan por completo o fumigan a horas donde el zancudo no sale. En este mismo sentido expresaron que en muchos casos no reciben información sobre qué tipo de insecticidas están utilizando. Ambas posiciones son divergentes pues los técnicos de ETVs afirman lo contrario. Estos problemas se reflejan en las siguientes afirmaciones recibidas en las entrevistas:

“cuando vienen a fumigar no nos explican para qué es, ellos se limitan a decirnos que alisten todo, recojan lo que se puede contaminar con el insecticida y no, nos explican mucho del paludismo ni para qué sirve la fumigación, y aunque nosotros ya sabemos para qué es, los zancudos se calman por unos días, después vuelven a aparecer muchos más”
(Habitante comunidad de Tipisca, 15-09-2015).

“los zancudos después de que se fumiga vuelven aparecer en “mayor densidad”
(Habitante de 12 de Octubre, 1-11-2016).

“las fumigaciones no son una medida preventiva, debería hacerse de manera periódica y previendo la aparición del zancudo”.

(Diario de campo, 27-11-2016)

Como otra herramienta se encuentran los toldillos impregnados con pesticidas como *landametrina* que son una estrategia de prevención adelantada por los programas de salud desde diferentes instancias (internacionales, nacionales,

Capítulo 4. Saberes y prácticas en malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño Amazonas

departamentales y locales) durante varias décadas ya. Si bien hoy su uso es una práctica cotidiana dentro de todas las comunidades, la manera en que se utilizan no necesariamente obedece a las formas en que se prescribe. Por ejemplo, el toldillo tiene un fin sobretodo estético y ornamental, más que de protección, pues en las horas de aparición del vector generalmente nadie lo utiliza porque está dedicado a otras actividades, principalmente el baño en el río, jugando fútbol o viendo televisión. En la fotografía siguiente pueden observarse los niños jugando en el río al final del atardecer.



Fotografía 4 y Fotografía 5 Niños bañándose en el río Loreto Yacu en la comunidad San Pedro de Tipisca y Partido de Fútbol, ambos juegos a las 6:00 pm

Fuente: Archivo propio, (10-06-2016)

Frente a esta situación en conversación sostenida con una de las profesionales universitarias del Laboratorio de Salud pública del Amazonas, se evidenciaba que tales situaciones estaban dadas por varios factores: el desconocimiento de las dinámicas culturales propias de las comunidades por parte del personal de salud, de las estrategias de control y prevención que son definidas desde el nivel central y a las dificultades en el acceso de estos pueblos a la atención oportuna.

“Las políticas de atención para la malaria son visionadas desde el nivel central, del MSPS y en el departamento debe adaptarse. No existe un lineamiento desde la vigilancia,

Capítulo 4. Saberes y prácticas en malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño Amazonas

la notificación de eventos o de microscopia con agentes de salud pública. No existe un capítulo especial para pueblos indígenas”.

(Bacterióloga profesional universitario del Laboratorio de Salud pública del Amazonas, 30-06-2016)

Ante la pregunta por la necesidad de un enfoque o un modelo de atención adaptado culturalmente, lo que pudo identificarse es que el enfoque de factores de riesgo sigue pensándose como la posibilidad de remediar las dificultades de estos encuentros entre cosmologías diferentes. En el capítulo 2 y 3 se hace referencia a esta relación entre desarrollo y políticas públicas en salud y la generación de puentes para transitar hacia acciones que logren mejores resultados frente a las condiciones de salud de los pueblos indígenas. Esto según lo planteado allí parte de abrirse a cuestionar las formas de construir conocimiento y a la necesidad de desinstrumentalizar el quehacer médico y de los servicios de salud para construir nuevos escenarios que mejoren la atención y prevención de enfermedades como la malaria.

No creo necesario una adaptación a las particularidades de estos contextos, más bien se necesita garantizar el acceso a un diagnóstico de manera oportuna, atención, medicamento, un signo de alarma, cómo se despiertan las alertas. Así como entornos saludables respecto a cuáles son las condiciones de vivienda que están en contacto con el vector.

(Bacterióloga profesional universitario del Laboratorio de Salud pública del Amazonas, 30-06-2016)

Ambos planteamientos son interesantes, en la medida en que evidencian cómo la interculturalidad es entendida como proceso de “adaptación cultural”, a la vez que pensada como solución para mejorar el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud. Sin embargo, hasta ahora pocas respuestas se han dado para explicar cómo los programas pueden lograr obtener mejores resultados en un contexto de fuertes barreras de acceso a servicios de salud como las que se enfrentan las comunidades indígenas, las cuales abarcan barreras geográficas/económicas, culturales, de clase social, de género y relativas a la baja capacidad de los servicios ubicados en salud rurales (Menéndez, 2002).

4.2.3 La academia

Finalmente, se identificó el trabajo de la academia. Una de las principales instituciones con presencia en el departamento de la Amazonía es la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia— FIDIC—, la cual de manera periódica y durante más de tres décadas ha concentrado sus investigaciones en el departamento. En el municipio de Puerto Nariño ha hecho presencia a través de los biólogos que mantienen el proceso de capacitaciones en las comunidades del resguardo para la captura del mono *Aotus*, que son utilizados como parte de la investigación biomédica con primates buscando la vacuna contra la malaria.

De igual forma, tienen personal en rotación de un microscopista o “malario”, que viaja de comunidad en comunidad, a través de la vigilancia epidemiológica que definen los protocolos para su prevención y control. Este es responsable del diagnóstico y tratamiento de los casos confirmados de malaria, así como el envío de los pacientes con resultados negativos de la enfermedad y casos considerados más graves para atención por profesionales, hacia el puesto de salud. Las estrategias de la FIDIC y el PECET están articuladas con las políticas de prevención y control de la malaria a nivel nacional e internacional.

Dentro del trabajo de campo desarrollado se registraron en el diario de campo dos eventos particulares que ameritan ser reseñados, que ilustran las diferencias contextuales y la falta de lectura de las realidades indígenas por parte del personal de salud que trabaja en campo:

El primer caso se refiere a una reacción concreta de un profesional. Un día llevando el medicamento recetado mediante diagnóstico de GG realizado por el equipo de investigación del Sistema de Alertas Tempranas del PECET, a varias personas que resultaron positivas para malaria en la comunidad de San Pedro de Tipisca, se encontraba, como era costumbre, el microscopista de la FIDIC. Al acercarme al lugar donde éste tomaba las muestras, había un corrillo de personas esperando su diagnóstico de malaria, él de manera vehemente increpaba a los

enfermos que se encontraban haciendo fila para que les realizara el diagnóstico de la gota gruesa—GG— y les dijo,

El problema de tantas recaídas tuyas es la mala alimentación, ustedes no comen grano y no es suficiente la carne de monte, o la yuca y el pescado.

(Microscopista de la FIDIC, registro diario de campo, 14-06-2016)

Frente a esta situación una de las indígenas de la comunidad respondía aduciendo que, “no les alcanzaba el dinero para incluir más alimentos en su dieta” (*Habitante de la comunidad San Pedro de Tipisca, 14-06-2016*). Varios asuntos son necesarios para reflexionar frente a este hecho: el desconocimiento del funcionamiento de la dieta alimenticia de los ticunas, hecha a base de yuca, plátano, fariña⁴⁰ y carne de monte, que en ningún momento puede desestimarse. Evidencia además la dificultad que los profesionales de salud que trabajan en estos contextos tienen, no solo en el manejo de la población indígena a pesar de trabajar en campo, sino de las maneras en cómo se relacionan con las personas.

El segundo caso a exponer, se relaciona con las diferentes perspectivas que una investigación puede plantear en un contexto como este. En una de las estancias en la comunidad 12 de Octubre llegaron funcionarios de Corpoamazonía y de la fundación FIDIC, para dar a los indígenas una charla sobre el cuidado y los métodos de captura de los monos que hacen parte de la investigación: “Captura y estudio de investigación científica en diversidad biológica de primates en la cuenca del río Amazonas en el trapezio amazónico colombiano”, en la búsqueda de la vacuna contra la malaria, que se viene adelantando por parte de este grupo.

Tal situación se pone de manifiesto en esta tesis dada la complejidad que encarna la investigación con animales que la FIDIC ha venido desarrollando. En este caso con una especie de monos conocida como *Aotus vociferans*, los cuales

⁴⁰ La fariña es un alimento tradicional entre los pueblos amazónicos, hecho a base de yuca. Su realización requiere de un largo procesamiento. Primero de su pudrición, pues se echa en agua por un par de días para que sea más fácil después cernirla; segundo del prensado; tercero de cernirla y cuarto de tostarla en un horno revolviendo durante varias horas. Estos alimentos acompaña otros alimentos como el caldo de pescado.

son utilizados dentro del proceso de experimentación de la vacuna contra la malaria por contar con características inmunológicas parecidas a las de los humanos. Razón por la que se han desatado una serie de conflictos alrededor de la institución alentados por algunos animalistas (no indígenas) de fundaciones del interior del país que hacen presencia en Leticia, que defienden la no experimentación con animales, esto puede explicarse en razón de una mirada antropocéntrica que desconoce una ética de la vida.

Tal situación puede leerse comparativamente frente a una tendencia histórica que viene sucediendo en la Amazonía como lo es la comercialización de animales, que ha venido perpetuándose en diferentes momentos y con diferentes animales, tal y como se señalaba en el capítulo 1, lo que contribuye a generar nuevos impactos ambientales en la selva, dado que se reduce la existencia de este animal, se estimula la tala indiscriminada de selva para su captura y puede generar la muerte de más monos en este proceso.

Adicionalmente, el manejo de los monos es controversial para algunos indígenas pues manifiestan que, luego de que se hacen las liberaciones de estos monos a la selva, al experimentar con ellos, se generan los brotes en las comunidades. Esta situación es expresada por alguna de las personas entrevistadas de la siguiente manera,

*Los micos que usan para experimentar la malaria son soltados en la selva y muy rápido aparecen de nuevo los brotes de malaria.
(Entrevista habitante de Ticoya, 15-06-2016)*

Sin embargo, frente a esta situación hay posturas encontradas, pues es cierto que la fundación FIDIC es un actor muy importante en la Amazonía colombiana, por ejemplo, en el trabajo de campo pudo identificarse que asociaciones como la Asociación de Cazadores de Puerto Nariño y la Asociación de Cabildos Indígenas del Trapecio Amazónico (Acitam) defienden la fundación, no solo por ser una importante fuente de empleo, sino también, porque ven en ella la posibilidad de combatir esta enfermedad. Algunas organizaciones internacionales como South Centre, uno de los mayores expertos en el tema sobre el acceso a medicamentos

para los más pobres, han manifestado su defensa del trabajo realizado por la FIDIC, aduciendo que el cuidado que se les da a los monos está dado bajo los mejores estándares y que quienes buscan estropear la investigación, están asociados a multinacionales farmacéuticas que no quieren que la vacuna sea desarrollada por esta institución (El Espectador, 2014).

Los diferentes elementos que encarna esta situación son importantes de esgrimir porque evidencian, por un lado, la transformación de la vida indígena de cuenta de la introducción de una nueva económica, definida a partir de la mercantilización de la naturaleza. Y por otro, la ruptura de ciclos energéticos y el desequilibrio que viene alterando además, la salud entre las comunidades y que por ejemplo determina asociaciones como la de los brotes de malaria y la liberación de monos que pueden estar enfermos.

La otra institución académica fue el PECET⁴¹, en la cual participé como investigadora en el componente social, con lo cual pude identificar de primera mano la dificultad que encarna el diálogo entre epistemologías diferentes. La de los investigadores que bajo una óptica de conocimiento particular intentan establecer estrategias que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de estas comunidades, para lo cual se investigan sus realidades, y posteriormente con la información recolectada, construyen un sistema de alertas tempranas que permita prever la aparición de brotes de enfermedades como la malaria. Y el sistema de conocimiento de las comunidades indígenas quienes conviven de manera permanente con la enfermedad, construyendo su propio sistema de tratamiento (itinerario terapéutico), de acuerdo con las dinámicas de su vida en la selva y adaptándose a las dificultades que traza el sistema de salud occidental debido a las distancias, modelos de atención y lógicas de tiempo.

⁴¹ El Pecet es el Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales, es un grupo de investigación multidisciplinario que lleva más de 30 años desarrollado actividades investigativas, de docencia y extensión en el contexto de las enfermedades tropicales. Este grupo de investigación hace parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Para ejemplificar tal situación se evidencian varias experiencias que se presentaron al encontrarse estos mundos diferentes, así como la heterogeneidad de miradas al interior del equipo de trabajo en la construcción del sistema de alertas tempranas—SAT—, concretamente entre dos modelos interpretativos y epistemes diferentes, la de las ciencias exactas y las sociales. Por un lado, se encuentran aquellas que tienen que ver con la definición de una ruta de trabajo de acuerdo a los criterios planteados por la manera en que las ciencias biomédicas y la biología definen sus metodologías de trabajo investigativo. En este mismo sentido, se presentaron discusiones alrededor del trabajo multidisciplinario, evidenciado, por ejemplo, en la disparidad de la participación de las diferentes disciplinas, 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 ETVs. Así mismo, es de resaltar la dificultad de construir una metodología conjunta, la articulación a la hora de la escritura y 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 respectivamente), se resalta que, fueron organizadas de acuerdo con las necesidades de información de cada investigador. Sin embargo, la primera dificultad que emergió en este proceso fue la definición de una encuesta y su aplicación a través de una *Tablet*.

La encuesta por definición tiene un carácter cuantitativo, cuyo objetivo era la recolección de información ecoepidemiológica, del tipo de vivienda, las características de cada persona como edad, sexo, peso, talla, 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 y con tendencias a objetivos cualitativos para comprender la complejidad

de la realidad que intenta leer. Por lo tanto, la comprensión de la enfermedad no se da a partir de un análisis multifactorial, sino de la red de relaciones de muchos elementos, esta herramienta resultaba insuficiente para comprender la complejidad de la enfermedad.

Insuficiente, primero porque arroja una información limitada, fragmenta, cuyos datos no permiten identificar las prácticas o modos de vida o experiencias, por lo tanto es casi imposible dar una respuesta integral a una enfermedad como la malaria. Y segundo porque tal tecnología no permite 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 raza⁴², bastante debatido por las ciencias sociales e incluso por la ciencia genética, tal como pudo mostrarse en el Capítulo 2, numeral 2.3. El Enfoque Intercultural en Salud (EIS). 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.

Otro caso concreto fue la definición del material pedagógico para trabajar esta enfermedad y otras ETVs con las comunidades, lo cual generó varias dificultades. Primero porque, si bien el PECET tiene ya un bagaje en la elaboración de

⁴² Frente a esta situación se llamó la atención en el grupo de pensarnos el concepto, pero el investigador principal a través de un correo dijo que: “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 a 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.

materiales pedagógicos como los juegos de mesa, éstos habían sido realizados para otras investigaciones con población campesina y urbana. Sin embargo, ésta 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 la 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 los juegos para que logren generar un impacto en el tiempo, requieren de un proceso pedagógico de más largo aliento y acompañamiento. Para ello habría que darles continuidad en el tiempo, por lo que no puede responder a actividades esporádicas, pues requieren de un proceso más largo para lograr las transformaciones de conductas para lo que supuestamente fueron desarrollados.

La otra situación particular, fue una reunión para darle a conocer a todas las autoridades tradicionales—curacas—de la asociación Aticoya, la investigación que ya venía realizándose en las comunidades para el desarrollo de un sistema de alertas tempranas en ETVs, que lograra la prevención y atención temprana de estas enfermedades. Esta reunión fue muy importante porque puso en evidencia mundos diferentes y la complejidad de estos intercambios, a saber: fue posible observar las contradicciones de las miradas entre las ciencias exactas, las de las ciencias sociales y la 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 establecer correlaciones entre insectos y animales transmisores. Esta situación generó una tensión entre ambas partes. Primero por parte de los indígenas, pues argumentaban que el lugar definido para la instalación de estos artefactos se

pretendía realizar en los sitios sagrados, los salados⁴³. El presidente del resguardo y otros curacas plantearon que,

“Este era sitio sagrado, donde vive la madre de agua y que los espíritus y demás entidades que habitan allí se molestarían”.

(Reunión con asamblea Aticoya, 7-03-2016)

Esos son los sitios donde más somos mezquinos, nuestros dioses Ipi, Itaga, están celosos. Se están ahuyentando los animales por lo que se prohíbe rotundamente la instalación de cámaras trampa.

(Reunión con asamblea Aticoya, 7-03-2016)

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 día 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 cómo 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 diferentes parecieran 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 en términos 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,

⁴³ 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. En torno a estos lugares se han construido una serie de usos y saberes tradicionales, en donde algunas culturas como la ticuna ven en ellos los lugares de habitación de las madres de agua y espíritus que entran y salen de un mundo a otro, por lo cual se consideran sitios sagrados.

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-actuando⁴⁴ 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” (2009, p. 84).



Fotografía 6 Reunión con autoridades tradicionales del municipio de Puerto Nariño

Fuente: Archivo propio, marzo de 2016.

En consecuencia, por esta y todas las experiencias anteriormente descritas, sobre los saberes y prácticas del personal de salud que desarrolla algún tipo de acción en el municipio de Puerto Nariño, y al retomar algunos elementos interpretativos que plantea el giro ontológico, puede decirse que cada grupo humano hace parte de un mundo donde existe un visión propia sobre la naturaleza, la vida, la salud y enfermedad. Así, en el encuentro entre dos formas de conocimiento de la enfermedad y sus prácticas curativas, y en el intento por entender y establecer un diálogo con el “otro”, el paradigma biomédico sigue conservando una posición hegemónica y subordinadora del conocimiento indígena, lo cual evidencia la dificultad en este acercamiento. Esto se debe según Escobar a que, el paradigma cientificista determina qué es lo real, la verdad y qué

⁴⁴ El concepto de enacción es utilizado por Blaser 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, incluye el entorno, las percepciones.

no, esto es refrendado día a día por “la creencia en la ciencia como la única forma válida de conocimiento” (2014, p. 114).

Tal y como lo ha demostrado Santos (2007), esta creencia ha creado una monocultura del saber, cuyo resultado ha sido la hegemonía del conocimiento moderno y la invisibilización y descalificación de toda otra forma de saber. La ciencia organizada es la religión del mundo moderno (Nandy, 1987), y de esta forma es cómplice de la dominación y la violencia que se ejercen sobre todos los mundos, especialmente los no modernos (Escobar, 2014, p.114). Todos los elementos anteriores son apenas algunos de los relatos de los saberes y prácticas en malaria desde el personal de salud, tales situaciones presentadas plantean la complejidad que emana del trabajo desde la biomedicina y las dificultades en la comprensión y diálogo con el otro por parte del personal formado en este campo.

4.3 Los saberes y prácticas frente a la malaria desde la población indígena de Puerto Nariño-Amazonas

El abandono de El Porvenir por allá en los 80s se dio porque comenzó la coca. Antes la comunidad quedaba allí, es justo en la frontera con Perú en tierra amarilla. La coca llegó y el Curupira apareció y con él comenzaron las pestes. El Curupira desapareció a una niña. Su madre enloqueció y aunque después de unos días ella apareció, las cosas no volvieron hacer como antes. La gente entonces se vino a vivir a este terreno y fundó San Pedro de Tipisca.

(Relato de una mujer habitante tradicional de San Pedro de Tipisca, 9-01-2016)

“A la medicina le falta corazón”

(Médico Tradicional de Puerto Nariño, 10-26-2016)

Al estudiar lo que significa estar enfermo de malaria en un territorio donde la enfermedad es una constante y donde los servicios de salud han modelado una serie de comportamientos alrededor de la misma, la tarea es mostrar cómo sus habitantes se han apropiado de esa información y la han reconfigurado. Enfermedad que ha permitido que se dé el encuentro entre esos dos mundos, el científico y el tradicional indígena. Esto se ha dado según sus propios entendimientos de la experiencia frente a la enfermedad, las representaciones que se han construido sobre la misma y donde los factores culturales y las dinámicas constitutivas de su vida cotidiana son fundamentales para su comprensión.

Partiendo de este hecho, las representaciones, los saberes y las prácticas de atención y manejo de la malaria, se han configurado dentro del imaginario de las comunidades indígenas de este municipio como una enfermedad reconocida y padecida entre todos sus habitantes, siendo definida por las personas como “*enfermedad de blanco*”. Esto significa que se reconoce como causa la picadura de un mosquito o por el agua contaminada, lo cual es señalado de manera reiterativa, como se verá más adelante.

De esta forma puede decirse que, los indígenas reconocen dos tipos de enfermedades: la propia y la “de blanco”, al reconocer también el proceso de curación mediante el uso de la medicina alopática “*se cura con medicina de blanco*”, lo cual no implica que paralelamente o previo al uso del medicamento

recetado por el médico, se complemente el tratamiento con sus propios remedios vegetales, modelados a partir de su propio itinerario terapéutico, y por lo tanto se da una apertura a que los métodos de los blancos, sus conocimientos sean incorporados para el tratamiento, sin que por ello se llegue a reconocer que la sangre esté envenenada, por ejemplo, o que el ancudo posee un virus que enferme. Tal como se planteaba en el capítulo 2, la integración de conocimientos permite ampliar el proceso curativo y estrategias preventivas para palear las enfermedades. (Fóller, 2002).

Esta definición de la enfermedad podría del mismo modo interpretarse por sus orígenes si se piensa en perspectiva histórica, ya que enfermedades como la malaria, la viruela o el sarampión, fueron producto de las epidemias que llegaron tras la conquista española (Escudero, 1992; Todorov, 1998). En este mismo sentido podría considerarse que, dentro de este contexto de estudio, las personas expresan también que la enfermedad está asociada a la llegada de población migrante, ya sea porque se estuvo temporalmente fuera de la comunidad y regresó, o porque personas desconocidas llegan a trabajar en los cultivos de coca que están adentro de la selva o en la extracción de madera o de pieles (registrado en el diario de campo, 10-03-2016).

De acuerdo con Arganis Juárez (2016), las personas enfermas expresan sus síntomas desde una construcción social y cultural que puede estar muy alejada de los conceptos biomédicos sobre la enfermedad. Al respecto plantea que, “las nosologías populares están basadas en una cosmovisión, en una forma de ver el mundo que es compartida por el enfermo y la comunidad, quienes utilizan de manera sintética diversas prácticas para su atención” (Arganis Juárez (2016, p.365). Esta perspectiva permite inferir que una comunidad maneja una epidemiología que integra tanto las enfermedades reconocidas por los médicos, otros padecimientos no comprensibles para la biomedicina y la combinación de diferentes estrategias terapéuticas que logren aliviar la enfermedad.

4.3.1 Los agentes causantes de la malaria.

En efecto son múltiples los factores que se esgrimen como causales de la enfermedad, como pudo registrarse a través del trabajo etnográfico, aunque en la mayoría de los casos la malaria es reconocida como el resultado de la transmisión de un insecto que contagia la enfermedad. Este conocimiento sobre el modo de adquirir y de prevenir la enfermedad es influenciado por las informaciones sobre el mecanismo de transmisión, provenientes de la biomedicina, a través del servicio médico y de salud. Sin embargo, el reconocimiento de esa causalidad coexiste con otras miradas frente a lo que genera la enfermedad. Esto según Reis Nogueira (2010) retira la posibilidad de agencia del sujeto, en el que el conocimiento generado alrededor de una enfermedad como la malaria, no está definido por una sola mirada e interpretación.

En las comunidades indígenas de Puerto Nariño se reconocen múltiples causas que interactúan para que aparezca una enfermedad como la malaria. Por ejemplo, las deficiencias de saneamiento básico, los problemas nutricionales y alimenticios, así como con las labores que desempeñan, especialmente cuando realizan la cacería y la extracción de madera que demandan mayores estancias al interior de la selva. Un lugar que suele enfermar a las personas que pasan más tiempo de lo normal en ella. Así mismo algunos viajes que las personas realizan hacia el Perú por trabajo, vacaciones o fiestas a comunidades cercanas de ríos como el Cotuhé o Yabarí, Buenos Aires, Tarapacá, o caños como el Pichuna y el Tacana, *“tienen enfermedad esos ríos”*, responsabilizándoles de ser sitios en donde la enfermedad está de manera permanente. Un habitante de San Pedro de Tipisca manifestaba en una de las conversaciones sostenidas con uno de los entrevistados que,

“Siempre que alguien de Tipisca viaja al Yabarí regresa enfermo a la comunidad y aparece después la gente enferma”.
(Habitante tradicional comunidad de San Pedro de Tipisca, 25-06-2015)

En este mismo sentido expresaron dos habitantes de Tipisca frente a los posibles causantes de la enfermedad lo siguiente:

Capítulo 4. Saberes y prácticas en malaria en el territorio indígena de Puerto Nariño Amazonas

“Aquí se sigue fumigando con él, pese a todas las alertas que sobre este compuesto muchos organismos internacionales lo hayan prohibido desde la década del 70. Yo creo que la desaparición de muchos peces en el Loreto Yacú y la asociación de la malaria con el agua, pueden deberse a los efectos dejados por este compuesto sintético DDT.

(Habitante tradicional Comunidad Doce de Octubre, 3- 11- 2015)

“El agua mala es la que nos enferma de malaria, tanto químico de todo tipo echado a ese río tiene que enfermar”. (Curaca - comunidad indígena del Doce de Octubre, 4-12-2015)

Las migraciones asociadas a la dinámica económica de la coca y la extracción de madera también son consideradas como posibles fuentes de enfermedad. Esto pasa cuando, dice un habitante de San Pedro de Tipisca: *“la llegada de población de otros lugares a trabajar en ello y luego de salir de la selva nos enferma”*.

Otro factor reconocido es también la falta de aseo y las basuras, relacionándolo con la proliferación de los zancudos y el incremento de la enfermedad en ciertas épocas del año. Así mismo la asociación de la enfermedad con el agua es un factor que vale la pena considerar, dado que el agua o *Ñema dea* dentro de la cultura ticuna, tiene un valor fundamental al ser parte de su origen como etnia. En realidad para todos los grupos indígenas y en general para los seres humanos el agua cumple un papel vital en las funciones de la vida. Es paradójico además que sea vista como un agente causante de la enfermedad, dado lo que significa el agua para cualquier grupo humano. Aunque tal asociación al agua mala se plantea sobre todo para el agua estancada, que no corre, pudiendo estar correlacionado con los lugares de cría del Anopheles, justamente en sitios de agua estancada, aunque el río también es visto como una posible fuente de enfermedad.

Ante la pregunta por las causas que generan la malaria todas las personas con las que se conversó dicen saber que es un zancudo el que los enferma, sin embargo, posterior a decir que el zancudo o Tu'u los enferma, también plantean que el agua sucia y contaminada del río Loreto Yacú los puede enfermar. Esto debido a que caen de algunos árboles venenosos hojas que se pudren y envenenan, como es el caso del barbasco, como también por los químicos que

son utilizados para el procesamiento de coca en los laboratorios de Perú o por el uso que se dio de manera indiscriminada durante muchos años al DDT⁴⁵.

En algunos casos el DDT fue vendido de manera ilegal a los indígenas como método de pesca. Sánchez et al, (2002) plantea que, el DDT no solo fue utilizado para la regulación del insecto transmisor de la malaria y la fiebre amarilla, sino que éste también fue acogido ampliamente en el sector agrícola, al ser empleado en campos de cultivo. En este sentido, según cuenta uno de los entrevistados “yo compraba hace tiempos el DDT, lo echaba como barbasco y todos los animales morían” (Habitante tradicional Comunidad Doce de Octubre, 25-11- 2015).

De igual forma, la malaria la asocian a los cambios del clima, ahora tan difícil de predecir “antes sabía uno cuando iba a llover y cuando iba a hacer verano, ya cada vez es más difícil de saber el tiempo” (Habitante tradicional vereda 12 de Octubre, 5-12-2015).

El reconocimiento del zancudo como transmisor también de la enfermedad está relacionado con la historia de Ipi, el héroe mitológico de los ticuna que según se cuenta, fue el responsable de la aparición de los zancudos al abrirle la garganta al paujil (*Crax alberti*), de su cuello salen todos los insectos. Esto no es contradictorio frente a lo planteado a lo largo de esta investigación con respecto a la llegada de la enfermedad con la conquista, pues no quiere decir que antes no había mosquitos, ni que no se daban fiebres (pues ya antes se utilizaba la quina como cura para las enfermedades). Desde el punto de vista científico, lo que llegó fue el parásito que al contacto con mosquitos de aquí se propagó; o también llegó una nueva especie de mosquito, esto en forma de huevo eclosionando y adaptándose al lugar.

⁴⁵ A propósito de esto se encontró que, las fumigaciones que se realizan en las comunidades no cuentan con el respectivo control e información al interior de las comunidades, existen personas entrevistadas que aún consideran que se sigue fumigando con DDT, otros manifiestan una completa desinformación sobre qué tipo de insecticidas son utilizados para controlar el *Anopheles*.

Al respecto dice Davis (2004), “Fumigan todas las aldeas. La OMS se lo dona a los gobiernos. Los funcionarios de salud pública lo utilizan para controlar la malaria, pero venden sacos de 100 libras a los aucas que los utilizan como veneno para peces” (p. 350). Estos son claros ejemplos de las complejidades que el trabajo con malaria presenta en este contexto.

En todo caso es importante aclarar que los mitos⁴⁶ responden a la tradición oral y son atemporales, de esta forma la ancestralidad no siguen la cronología del calendario gregoriano, ni responde necesariamente con hechos reales.

Para los ticunas con los que se conversó en Puerto Nariño sin embargo este zancudo no existía antes. Al hacer alusión a sus vidas de juventud se les preguntó si reconocían la enfermedad cuando eran niños o jóvenes, en todas las evocaciones hechas recuerdan el número de zancudos que aparecían durante todo el día, la necesidad de vivir durante parte del tiempo al interior de grandes toldillos porque se hacía insoportable la cantidad que los rondaba, aunque se hace alusión al picudo, pudiéndose asociar al *Anópheles*, no se es visto como un peligro. Se recuerdan epidemias de fiebre amarilla, la viruela, la gripa, rubeola y tos ferina, pero no recuerdan brotes de malaria, o no por lo menos en la magnitud que se ha vivido a partir de mediados del 2000.

Los datos de campo muestran un entrelazamiento entre su propia concepción de la enfermedad y la explicación epidemiológica de la malaria. La información proveniente de la biomedicina que define la picadura del mosquito como causante de la enfermedad, información que la población indígena reinterpreta como una de las causas. A la picadura del mosquito se suma la posibilidad de la ingestión de agua contaminada por él, y también capaz de generar enfermedad. La información de los programas de prevención y control de la malaria definen que el mosquito deposita sus larvas en pozos de agua estancada y limpia, por tanto, la ingestión de agua puede reforzar tal idea.

A la vez también consideran que la malaria ocurre sin que haya presencia visible de mosquitos y como están acostumbrados a ser picados por diferentes zancudos o mosquitos, difícilmente lo identifican como factor exclusivo de transmisión. Tal situación refuerza la idea de que el mosquito, puede generar la

⁴⁶ De acuerdo con Cobos (2004) el mito es una imbricación entre fragmentos de relato reales y fragmentos de relatos ficticios o imaginarios atemporales. "Existiendo partes del relato que juegan un rol de bisagras entre el primero y el segundo, por ello son elementos que contienen en su naturaleza lo real y lo ficticio". Así mismo dice Levi-Strauss (1995) que el "mito está compuesto por un sistema de oposiciones o «dualidades»" (p.95).

campana, según lo que les han dicho, pero no es la única vía para explicar la ocurrencia de la enfermedad.

De esta forma, la comprensión de malaria que tienen los indígenas refleja el diálogo entre su propia comprensión de la enfermedad (puede ser el zancudo, pero también el agua contaminada) y la concepción biomédica que se les ha enseñado. El conocimiento es resignificado para hacerse coherente con el entendimiento entre su forma de ver y vivir el mundo, y sus experiencias al haber estado enfermos de malaria. De esta forma, recurren a la comprensión de la malaria a partir del propio funcionamiento del servicio de salud, a través del hospital y a todas aquellas instituciones en salud con las que tienen relación. Juega además un papel fundamental en la representación de la enfermedad sus actividades cotidianas (la pesca, la cacería, el cultivo de la chagra, la extracción de manera, el baño en el río), y como se a partir de la reconfiguración de sus prácticas y la introducción de nuevos modelos de desarrollo. Así, por ejemplo con la dependencia de una economía monetaria, la cual determina que para poder viajar al hospital a que le realicen una GG, se precise de dinero para ello.

4.3.2 Itinerarios terapéuticos: formas de prevenir y tratar la malaria

En las comunidades indígenas de Puerto Nariño existe la comprensión de que no es posible curar la malaria sin la utilización de los medicamentos recetados por el hospital o los médicos o el personal de salud que hacen las correrías en las comunidades. Sin embargo, la posibilidad del control de los efectos de la enfermedad coexiste con la posibilidad de la curación. Estas posibilidades se negocian de acuerdo con las condiciones sociales de vida de los individuos en el momento en que experimentan la enfermedad (Reis Nogueira, 2010). A partir de esto, manejan diversas explicaciones y recurren a diferentes acciones terapéuticas que, a veces, son apropiaciones de la comprensión médica occidental de explicar y tratar la enfermedad. De acuerdo con esto se dan diferentes itinerarios terapéuticos que permiten a las personas poder tratar los padecimientos productos de esta enfermedad.

En la zona de estudio la gran diversidad cultural que allí converge hace que, diferentes saberes y prácticas sirvan para ampliar las posibilidades de curas y estrategias preventivas para palear la enfermedad. Así, los niños y los adultos enfermos de malaria reciben diferentes tipos de cuidados, dependiendo de la gravedad que, generalmente su madre o abuela, observe en el enfermo. Cuando se presentan los primeros síntomas, generalmente las madres o las abuelas utilizan remedios vegetales, para bajar la fiebre, y algunas veces se recurre a medicinas alopáticas automedicadas, bien sea de rezagos de tratamientos anteriores mandados por los médicos del hospital de Puerto Nariño o por el microscopista de la FIDIC o el médico y/o bacteriólogo del PECET o de otros profesionales de alguna actividad extramural⁴⁷ que llega a las comunidades.

Puede ser que al realizarle la Gota Gruesa—GG— y salir positivo se le dé el tratamiento alopático, que en el caso de ser diagnosticado con *Vivax*, requiere el tratamiento de primaquina y cloroquina durante 7 días seguidos. Sucede entonces que el paciente decide no tomárselo completo, bien porque luego de dos o tres día puede sentirse mejor y/o porque en el caso de comunidades muy alejadas de la cabecera el acceso al hospital sea más difícil⁴⁸, y esto puede ahorrarle tiempo y dinero; o bien porque al ver su mejoría y necesitar cultivar su chagra, o conseguir el alimento del día para él y su familia, si es el caso de un adulto.

En este sentido pudo constatarse la alternancia de ambas medicinas, al encontrarse casos en donde por experiencia propia (ensayo-error), por recomendación de otras personas (promotor de salud, médicos, familiares) o por transmisión de una generación a otra, se utilizan todos los remedios que hagan

⁴⁷ Hace referencia a aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso, que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Estos espacios son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos. Los prestadores que ofrecen esta modalidad, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la Entidad Departamental o Distrital de Salud (MSPS, 2018).

⁴⁸ Los tiempos de desplazamiento de comunidades como san Pedro de Tipisca o San Juan de Atacuari, son dependiendo de la época del año, de más de tres horas bajando el río o, de cinco al remontarlo para llegar a la cabecera municipal. Esto implica grandes costos de transporte por el pago de gasolina y la alimentación, además de que esto los obliga a dejar sus actividades de subsistencia por varios días.

posible la cura de la enfermedad. Sucede de igual forma que si una persona ve persistencia en la fiebre, el dolor articular o los escalofríos, considera que puede ser una “*malaria grave*”—la malaria *falciparum* es diferenciada por las personas por la intensidad en el dolor de cabeza, por lo que la definen como malaria grave—, por lo que acuden al centro de salud u hospital más cercano.

El permanente contacto con la enfermedad, y sobre todo la presencia de los puestos de salud, ha hecho que las personas se apropien de los medicamentos alopáticos implementando la automedicación, al crear un conocimiento que reproducen. En este sentido se planteaba que, ante las dificultades que se presentan con el diagnóstico de la enfermedad en el hospital de Puerto Nariño y Leticia, la solución que encontraron los indígenas, es viajar a Perú a comunidades como Santa Rosa, San Antonio o Cabalcocha, para comprar Aralén (*Fosfato de cloroquina*), medicina alopática compuesta por cloroquina, la cual es vendida sin fórmula médica y sin necesidad de realizar una prueba diagnóstica.

Dentro de este mismo itinerario terapéutico puede encontrarse que para bajar la fiebre malárica las personas decidan combinar diferentes remedios propios de la alopátia, como bien lo expresa un habitante al decir que “*usan también el acetaminofén, el ibuprofeno o el mejoral caliente con coca cola y dicen envolverse en una cobija para sudar la enfermedad*”. (*Habitante 1 cabecera municipal de Puerto Nariño, 11-03-2016*). Este tipo de prácticas, tal como se plantea en el capítulo 2, llevan a aprendizajes de la atención terapéutica médica, ya sea 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 alternan el uso de una u otra.

Con todo ello puede identificarse una complementariedad en el uso de tratamientos, tanto de la medicina biomedicina con la medicina tradicional. El uso de plantas con los remedios prescritos por los médicos occidentales, la automedicación así como en algunos casos, si la malaria persiste, también, la consulta del chamán, “*luego de que la enfermedad por más que nos tomemos*

completo el tratamiento antimalarico no para, entonces puede ser mal y ahí vamos a que nos ligue el chamán”. (Médico tradicional barrio Ticoya de Puerto Nariño-5-10-2016). Tal práctica según lo planteado en el capítulo 2, es propia de otra forma de entender la enfermedad en el mundo indígena, lo cual expone la diferencia con el conocimiento biomédico donde las causas de una enfermedad son asuntos biológicos. Así la cosa, el itinerario terapéutico también será más amplio, “cuanto más larga es la enfermedad, mayor será la utilización de diversas terapéuticas para combatirla” (Areco Pico, Sarudiansky; Lanzillotti et al., 2015, p.170).

En el caso del uso de los remedios vegetales se resalta, por ejemplo, el manejo del bejuco o liana Remo caspi (*Aspidosperma rigidum*), el cual se pone a cocinar para bajar la fiebre y el dolor de cabeza. O bejuco del centro de la selva como la Abuta (*Abuta grandifolia*) y Curare (*Strychnos toxifera*). Ambos bejuco se “chapean” (maceran), posteriormente se exponen al sereno, luego de esto son usados durante el siguiente día como hidratante por varios días. Se encontraron referencias sobre el uso medicinal de otras plantas como el chachajo (*Aniba perutilis*), usado a partir del raspado el tallo y se cocina, se pone a serenar y se toma cinco veces al día. Asimismo el culantro (*Eryngium foetidum*) y Hierba Luisa (*Aloysia citrodora*).

Todas estas plantas son amargas y frescas, se utilizan porque van a limpiar el hígado, el principal órgano que afecta el parásito que genera la malaria. A este tipo de remedios los indígenas los conocen como remedios amargos o hepáticos. El conocimiento de estas medicinas se ha realizado de generación en generación a través del método del ensayo y error, evidenciando el conocimiento a profundidad de las plantas de la selva y aquellas ya cultivadas y sus propiedades organolépticas, pero el auge de la medicina biomedicina viene desestimando estos conocimientos, con lo cual se ha reducido el uso y transmisión de los mismos.

Uno de los entrevistados de la comunidad 12 de Octubre, decía que, “el efecto del remedio vegetal es lento respecto al que dan en el hospital, por lo que las personas prefieren un remedio que curé más rápido” (12-01-2017). También se

plantea que se viene perdiendo una práctica como el conjuro, permiso o rezo a las plantas con las que se va hacer remedio, las personas le piden a Dios que por intermedio de la planta los cure. Una médica tradicional de San Pedro de Tipisca daba la siguiente receta:

Al entrar a la chagra o a la selva por el árbol de costillo se le pide permiso a la planta para agarrar sus hojas, luego se rezan y después se cocina cascara del árbol de costillo cuando está muy azulito se saca y se da una cucharadita. Se debe tomar poco porque puede intoxicarla. Si no pasan los síntomas se toma una cucharada más y ahí si pasan los síntomas. (18-09-2015)

De igual forma se identificó dentro de las prácticas de atención de la enfermedad la necesidad de una dieta libre de “gorduras”, de esta forma, la alimentación también es considerada como un factor que puede contribuir a que la enfermedad se prolongue y agrave, por lo que algunas personas plantearon que es necesario en el proceso de tratamiento hacer “dietación”. Esto es, sacar de la alimentación, alimentos grasos, asociados todos al color amarillo, nada de aceites, pescados grasos, poca sal y no al consumo de cerveza y/o masato—bebida tradicional realizada a partir del fermento de yuca, — mientras se mejoran, por lo menos durante un mes o más.

4.3.2.1 Las prácticas preventivas

La pérdida de muchas actividades tradicionales, que tenían como objetivo el cuidado de la vida y servían como acciones preventivas los expone, aún más, a las “enfermedades de blancos”. Antes, por ejemplo, rituales como el Paichinuchiga o “la danza del espíritu”, cuyo propósito era el de poner “en orden el mundo”, en una relación que se da a través de la comunicación en “pensamiento” con los dueños espirituales de los espacios y recursos que les ofrece la selva, se ofrendaba (Parra Díaz, 2017).

Uno de los procesos más fuertes que ha generado la pérdida de acciones preventivas para el cuidado de la vida como esta danza, ha sido la escuela y el creciente auge de la economía turística en este municipio, tal como pudo describirse en el capítulo 1. La educación actual impartida en su gran mayoría por

misiones religiosas católicas en el colegio INAESFRA contribuye de manera ostensible en la pérdida de su identidad indígena y de actividades tradicionales que constituyen su cultura y la salvaguarda de su vida, con lo cual sus conocimientos están siendo relegados. Tal situación es paradójica en el sentido en que los jóvenes hoy se ven obligados a estudiar para entrar a un mercado laboral muy pequeño, de mano de obra no calificada, lo cual los deja en una suerte de limbo cultural. De acuerdo con Parra Díaz,

Se identifica que las concepciones sobre la relación ser humano-naturaleza de los estudiantes indígenas del grado 601 de INAESFRA, se caracterizan por estar inmersa en dos perspectivas totalmente diferentes. Es decir, dentro de lo que se indaga en relación a estas concepciones, algunas están enmarcadas por conocimientos ancestrales, pero a su vez, estas concepciones denotan desarraigo cultural, ya que estos estudiantes viven, casi un 80% dentro del internado, alejados de sus territorios de origen, lo cual contribuye inevitablemente a la pérdida de su identidad cultural (2017, p.44).

Tal perspectiva es reforzada con lo que expresaba uno de los entrevistados,

“Además la pérdida de los abuelos, la memoria va perdiéndose, un canto una historia, una manera de hacer. Hay un proceso de transición muy fuerte que nos hace perder mucho de nuestro conocimiento y ser más vulnerables a las enfermedades”.
(Habitante de la cabecera municipal de Puerto Nariño, 9-01-2017).

De otro lado, pudo identificarse que actualmente las prácticas preventivas que las comunidades utilizan para reducir la aparición de esta enfermedad, están definidas a partir de las políticas de salud pública que se adelantan para la prevención y control de la malaria, así como se mostraba en numerales anteriores: uso de toldillos, el saneamiento básico, búsqueda activa de casos y las fumigaciones del vector. Sin embargo, tales prácticas están resignificadas y no se siguen a pie puntilla como los manuales y técnicos demandan.

Esto es importante considerarlo porque las medidas de saneamiento ambiental, si bien aparecen dentro de los discursos y acciones de los indígenas como formas de reducir la aparición de enfermedades, son prácticas que, aunque incorporados a su vida cotidiana, no se realizan tal y como en realidad la prescripción médica e institucional lo define. De esta forma puede plantearse que no son prácticas que en realidad las personas consideren para su cuidado y prevención de la

enfermedad o bien pueden aprehenderlas y reconfigurarlas de acuerdo con sus tiempos y necesidades.

Esto se hace visible cuando los últimos proyectos gestionados por Curacas del resguardo Ticoya, estuvieron orientados hacia la movilidad entre comunidades y la recreación y el deporte. Es decir, las canchas o polideportivos y rutas pavimentadas que conectan a todas las viviendas, son los proyectos más priorizados. Mientras que, la construcción de sistemas de alcantarillado y agua potable no aparecen dentro de sus prioridades. Lo cierto con ello es que estos proyectos muchas veces vienen jalonados por un afán modernizador que intenta emular las características de los centros urbanos. Los impulsores son más bien técnicos y contratistas que tienen intereses económicos en la zona y fomentan proyectos que no necesariamente responden a las necesidades más sentidas al interior de las comunidades.

CONCLUSIONES

El análisis propuesto en esta investigación ha sido un intento por ampliar la comprensión de una enfermedad como la malaria en un contexto indígena. Para comenzar fue necesario realizar una interpretación de las condiciones socioculturales, económicas y ambientales del territorio indígena de Puerto Nariño, las cuales ha generado grandes transformaciones en la naturaleza, en la manera en que los indígenas se relacionan con ella y en una pérdida de los conocimientos tradicionales que los vuelve más vulnerables frente a esta y otras enfermedades.

Luego, al analizar las contribuciones que puede ofrecer un enfoque intercultural, a partir de la articulación entre diferentes formas de conocer a la hora de definir políticas de salud pública y por ende en el proceso de atención de la enfermedad con el objetivo reducir la incidencia de la malaria en estas comunidades. En esta investigación se evidenciaron las dificultades que tiene que afrontar un enfoque de este tipo dada la hegemonía del saber biomédico, lo cual va ligado además con las ambivalencias que encarna la atención en salud construida desde un esquema de mercado y en donde la mera prestación de servicios de atención no garantiza la solución a los problemas de salud. Finalmente, el trabajo etnográfico devela los diferentes conocimientos que se han configurado para tratar, prevenir y controlar esta enfermedad desde los actores que actúan en terreno. Todo esto para mostrar la necesidad de realizar abordajes interculturales de fenómenos como la enfermedad.

Al integrar todos estos elementos, la investigación arroja como resultado que, la comprensión de la enfermedad pasa tanto por las experiencias corporales que le dan sentido a ella y los tratamientos. De igual forma, muestra cómo estas representaciones son reinterpretaciones de cuadros de referencias socioculturales compartidos. En este caso, con el modelo biomédico y las políticas de salud pública, de los cuales los conocimientos y los procedimientos de la biomedicina son parte integrante. Evidencia además que, a pesar de los acercamientos –

unilaterales – a las concepciones monocausales o multicausales con que interviene el modelo biomédico en las realidades indígenas, éstas quedan lejos de acercarse a la manera en que ellos construyen sus modos complejos de acercarse al mundo.

Por lo cual, comprender la malaria requiere de un proceso que implica reconocer la capacidad de agencia de los pacientes, del grupo familiar, de la comunidad y en definitiva de la cultura que moldea y determina los procedimientos para darle solución a sus problemas de salud. Un modelo que en este caso se propone construir a partir de la interculturalidad, ya que la hegemónica biomédica ha demostrado ser insuficiente para tratar y prevenir esta enfermedad. Evidenciando, muy probablemente, que la falta de adherencia al seguimiento terapéutico de las estrategias desarrolladas esté relacionado con el desconocimiento cultural de ambos constructos por parte de los profesionales de la salud que tratan dichas enfermedades.

En consecuencia, se propuso una perspectiva intercultural de la salud, en donde se considera el modo particular en que un grupo indígena concibe la enfermedad y desarrolla diferentes estrategias curativas y preventivas, con las cuales define sus itinerarios terapéuticos. Una perspectiva capaz de descentrar las intervenciones de las soluciones técnicas del mosquitero y las fumigaciones —solo por mencionar algunas—, estrategias que, si bien han tenido efectos positivos, no son suficientes al no generar mejores resultados porque no logran entrar en diálogo con las características culturales particulares de muchas de las comunidades donde se implantan.

Por lo tanto, la invitación es también a que la ciencia biomédica pueda abrirse a un proceso reflexivo y crítico frente a las maneras en que ha considerado la enfermedad, no como el resultado de una trama de relaciones causales, funcionales y lineales, sino como un entramado de complejidades y dinámicas interrelacionadas e interdependientes de diferentes realidades y factores. Es decir que cuestione la supuesta neutralidad de sus intervenciones y que considere en

todos sus procesos, que las maneras de construir conocimiento están guiadas por un sistema económico que determina las intervenciones en salud que son procedentes o no.

Del mismo modo, tendría que considerar en la comprensión de la enfermedad y en las estrategias que plantee no solo las condiciones biológicas, sino factores como las relaciones de poder que ejerce un modelo médico sobre otro; los cambios producidos en un territorio por otras formas de manejo de la naturaleza que responden a una racionalidad instrumental y mercantil; y la determinación de políticas de salud que obedecen a intereses económicos. Si la ciencia médica no logra acercarse desde el respeto, la comprensión de estos factores y una perspectiva autocrítica, difícilmente podrá lograr generar mejores efectos en la salud de estas poblaciones, porque sus propuestas e injerencias son puntuales y aisladas.

Tal situación implica repensar los presupuestos ontológicos con que se construye conocimiento, no desde visiones unívocas, ni tampoco considerar ingenuamente que un enfoque intercultural puede ser la solución exclusiva frente a enfermedades como la malaria cuando la padecen los pueblos indígenas, pero sí como una posibilidad de abrir un camino que amplíe la mirada de ambos lados frente a los diferentes procesos que intervienen en la salud/enfermedad/atención. Una visión unívoca como la que por lo general acompaña la práctica biomédica, interfiere e inclusive amenaza posibilidades alternativas de mundos que no “deben ser reducidas a concepciones biológicas del cuerpo como una entidad total y unitaria, representativas de una reducción biológica a-relacional, lo cual puede ser pensado como causa de las dificultades y fracasos de las acciones médicas en dichos territorios.” (Bonelli, 2014, p.4).

Adicionalmente, convendría pensar en construir nuevos abordajes de la salud y de las formas complejas de aproximación al ser humano que padece la enfermedad. Para ello es necesario un cambio en el paradigma del conocimiento científico que, en el caso de la biomedicina, que fragmenta el cuerpo para

entender y atender la enfermedad (Delgado, 2016). Este pensamiento dicotómico, guiado por leyes simples, mecánicas que siguen las líneas de causa-efecto, sirve para pensar la salud/enfermedad como un deterioro mecánico del cuerpo, de lo orgánico separado de lo psíquico, lo afectivo, lo ambiental, lo relacional y lo cultural.

Por todo lo anterior, cobra sentido entonces trabajar con las comunidades en los procesos de salud/enfermedad/tratamiento, al indagar en lo profundo de sus conocimientos, de las representaciones de la enfermedad y de sus prácticas, entendiéndolos como la forma de entender e interpretar el mundo. Entender sus relaciones con la naturaleza y con los demás, de sus prácticas cotidianas, de sus ritos, de sus itinerarios terapéuticos, como claves que expliquen, desde las comunidades y con ellas, la existencia de sus problemas de salud para encontrar, las formas de enfrentar y superar enfermedades como la malaria. Aprender de sus cuidados, conservación e interdependencias con la naturaleza, por lo cual la salud pública debería abrirse a abordar las soluciones integrales a partir de considerar las problemáticas de contaminación de las fuentes hídricas, la deforestación, la pérdida de la biodiversidad y del deterioro ambiental por el uso de agroquímicos y plaguicidas.

De igual manera, se precisan construir posiciones críticas desde todos aquellos actores que intervienen en el campo de la salud, frente al modelo de desarrollo hegemónico que es cada vez más avasallante y que no deja cabida a otros mundos posibles, a otras alternativas. Este modelo ha sido impulsado a través del proceso de modernización que ha venido imponiéndose en las zonas rurales, sin lograr transformar las realidades sociales de estos territorios. Todo lo contrario ha contribuido a profundizar problemas estructurales y generar mayores brechas, fragmentando los procesos de fortalecimiento de la autonomía de las comunidades rurales, desencadenando y acelerando un proceso histórico de insustentabilidades territoriales.

Finalmente, de acuerdo con todos los elementos planteados es posible reconocer la necesidad de ampliar los horizontes hacia perspectivas que vayan más allá del relativismo y el multiculturalismo, a través de la interculturalidad, para que se sitúe y se proponga una discusión sobre la existencia y el reconocimiento de otras ontologías. Esto implica la construcción de puentes o diálogos simétricos en los que se reconozca que el conocimiento científico es solo uno entre muchos conocimientos, no el único ni el más importante, de otros posibles. En este sentido el giro ontológico se abre como un horizonte de posibilidades. Futuras investigaciones aportarían a pensarse el fenómeno de la salud y la enfermedad desde el giro ontológico u otras perspectivas.

Una posible manera de llegar a nuevas y reales alternativas es que las comunidades sean protagonistas del proceso y el personal de salud sus aliados en la búsqueda de soluciones. En las últimas décadas ha sido posible observar algunos giros teóricos, como por ejemplo hacia teorías relacionales en la teoría social, la investigación de flujos y redes, que ha ocupado un lugar central, así como también el giro ontológico del que se retomaron algunos elementos para plantear el enfoque conceptual propuesto en el capítulo 2. Las teorías relacionales enfatizan en que la producción de conocimiento no sólo es un acto epistemológico, sino también una práctica, que implica crear mundos y que a la vez dan forma a las ontologías (Mol 2002). Esto implica un giro a la multiplicidad, sugiriendo "que ya no vivimos en el mundo moderno, situado dentro de una sola episteme. En cambio, descubrimos que vivimos en mundos diferentes" (Mol 2002, p.8). Estudios desde esta escuela de pensamiento han desestabilizado binarios de local / global, grande / pequeño, saber / ser, general / específicas y, en su lugar, escudriñan conexiones complejas hacia las cuales la ciencia biomédica debería caminar.

BIBLIOGRAFÍA

A

- Acosta, K: (2014). La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. *Cuadernos de economía del Banco de la República*, N° 213. Recuperado de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_213.pdf
- Aguado Vázquez, J. C. (2016). Interculturalidad, corporeidad e identidad. *En Campos-Navarro, R. Antropología médica e interculturalidad*. México: MC Graw Hull Education.
- Alarcón, Vidal y Neira-Roza. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9). Santiago. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext
- Almeida Filho, N y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75, pp.5-30. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>
- Angier, N. (23 de septiembre de 2000). La genética descalifica el concepto de raza. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/2000/09/13/futuro/968796001_850215.html; <http://www.ub.edu/penal/docs/geneticayraza.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(14). Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G23_14AlfonsoJulio_Aparicio_Mena.html
- Arce Antezana, I. O. (2013). La formación del profesional en salud y la incorporación de la Interculturalidad en la Currícula Facultativa. *Gac Med Bol* 2012; 36 (1): 48-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v36n1/v36n1a12.pdf>
- Areco Pico, M.M, Sarudiansk. M, Lanzillotti, 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*, XXXVII, Bs. As. pp.167-177. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/148/14845594007/>
- Arganis Juárez, E. N. (2016). Las enfermedades populares desde un enfoque antropológico. *En Campos Navarro, R. Antropología médica e intercultural*. México: Ms Graw Hill.
- Aticoya – Asociación de Autoridades Indígenas del Tesguardo Ticuna, Cocama, Yagua de Puerto Nariño. (2007). *Plan de vida de los pueblos Ticuna, Cocama y Yagua de Aticoya*. Bogotá: Opciones Gráficas Editores Ltda. Recuperado de <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Plan%20de%20vida%20Tikuna%20Aticoya%20Puerto%20Nari%C3%B1o.pdf>

B

- Baeta S., M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), pp. 81-83. Universidad de Carabobo Maracay, Venezuela. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3757/375743552011.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>
- Barabas, A.M. (2014). – Multiculturalismo, pluralismo cultural e interculturalidad en el contexto 11 de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Configurações*, vol. 14, pp. 11-24. Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/35612/1/Configura%C3%A7%C3%B5es%2014-DIGITAL%20FINAL.pdf>
- Bazzani, R. y Sánchez, A. (2016). Prólogo: Ecosalud, raíces, evolución y posibilidades. *En Betancurt, O., Mertens, F. y Parra, M. Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente*, pp. 7-18. Ecuador: Abya-Yala.
- Bertolozzi, M. R. y De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M.C. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), pp. 24-36. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva>
- Blaser, M. (2008). La ontología política de un programa de caza sustentable. *WAN Journal*, (4)1, 81-107. Recuperado de http://www.ram-wan.net/documents/05_e_Journal/journal-4/3.%20mario%20blaser.pdf
- Blaser, M. (2009). La ontología política de un programa de caza sustentable. *American Anthropologist*. 111(1), p. 81-107. Argentina. Recuperado de <file:///D:/Maestria%20en%20Desarrollo%20UPB/Textos%20pregunta%20de%20investigacion/Blaser,%20M.%20La%20ontologia%20politica%20de%20un%20progama%20de%20caza%20sustentable.pdf>
- Blaser, M. (2014). Reflexiones sobre la Ontología Política de los Conflictos Medioambientales. Recuperado de https://www.academia.edu/20037347/Reflexiones_sobre_la_Ontologia_Politica_de_los_Conflictos_Medioambientales?auto=bookmark&campaign=weekly_digest
- Blaser M. y De la Cadena (2008). Introducción. *WAN Journal*, (4)1, pp. 1-7. Argentina. Recuperado de http://ram-wan.net/old/documents/05_e_Journal/journal-4/jwan4.pdf
- Bonelli, C. (2015). Salir y entrar en Winkalwun: Unívocos y equívocos en relaciones institucionales con población indígena. Recuperado de <http://web.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/static/uploads/bonellifinalsaopulo.pdf> (Sin publicar).
- Bonelli, C. (2015a). Trastornos ontológicos: pesadillas, fármacos psicotrópicos y espíritus malignos en el Sur de Chile. In P. Di Giminiani, S. González Varela, M. Murray & H. Risør (Eds.), *Technologías en los márgenes: antropología, mundos materiales y técnicas en América Latina (Colección Heterotopías, 4)*. México: Bonilla Artigas.

- Bonelli, C. (2016). Visiones Alter-Nativas: Reflexiones sobre Multiplicidad Ontológica y Alteridad en el Sur de Chile. *Revista Chilena de Antropología* 33, pp. 71-85. Recuperado de <http://www.revistadeantropologia.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/43390>
- Bonelli, (2016a). Palabras de piedra, materiales proféticos y políticas del dónde. *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.* No. 26. Bogotá.
- Bonet-Morón, J y Guzmán-Finol, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. *Cuadernos de economía del Banco de la República*, N°222. Recuperado de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_222.pdf
- Breilh J. (2012). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 p.13-S27. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 p.13-S27. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Beltrán Cely, W. M. (2011). Impacto social de la expansión de los nuevos movimientos religiosos entre los indígenas colombianos. *Revista colombiana de Sociología*, 34(2). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/27816/28059>
- Briceño-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 33-45. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/630/63042995004.pdf>
- Brown, P. (2017). Anthropologists in Malaria World. *Journal Medical Anthropology Cross-Cultural. Studies in Health and Illness.* 36(5). Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2017.1327958?src=recsys>
- Burgos, P. y F. Cabellos. (2004b). Interculturalidad Ideal v/s Interculturalidad Real, la figura del Usuario Mapuche en el Discusión sobre Interculturalidad en Salud. Ponencia presentada al Simposio Identidad, Ciudadanía y Participación. Actas III Encuentro de Estudios Regionales. SINERGIA REGIONAL y Agrupación de Universidades Regionales. Talca, Recuperado de http://www.sinergiaregional.cl/sinergia/biblio/doc/200601101646100.Burgos_Patricio.doc
- C**
- Cabellos, F. y J. Quitral N. J.C. (2006). Interculturalidad Crítica y Conocimiento Local, Alicientes del sentido político. Constataciones en el contexto de la Salud Intercultural. Simposio Identidad y Multiculturalidad, actas Seminario Internacional de Derechos Indígenas. Observatorio de Derechos Indígenas (ODPI) – Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, Chile.
- Cabellos, F. y J. Quitral N. J.C. (2013). Epidemiología “Clásica”, Epidemiología Sociocultural y Etnoepidemiología. *Interculturalidad y salud.* Recuperado de

- <http://interculturalidadysalud.blogspot.com.co/2007/11/epidemiologa-clsica-epidemiologa.html>
- Cabrera, G. (2007). *Las nuevas tribus y los indígenas de la Amazonia. Historia de una presencia protestante*. Bogotá: Litocamargo.
- 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(3):471-483. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21423096013>
- Casallas Murillo, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. *Rev Cienc Salud*. 15(3), pp.397-408. Recuperado en <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56253119009/index.html>
- Castro Gómez, S. (2005). Biopolíticas imperiales III: Salud y enfermedad en el marco de las reformas borbónicas. *La hybris del punto cero ciencia, raza e ilustración en la nueva granada (1750-1816)*, pp. 160-173. Editorial Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperada de: <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libros/157.pdf>
- Cepal. (2014). *Los Pueblos Indígenas en América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Síntesis. Santiago, Chile.
- Citro, S. y Gómez, M. (2013). Perspectivismo, fenomenología cultural y etnografías poscoloniales: intervenciones en un diálogo sobre las corporalidades. *Espaco Ameríndio*, Porto Alegre, 7(1), pp. 253-286. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/36990>
- Clare I. R. Chandler y Uli Beisel. (2017). The Anthropology of Malaria: Locating the Social. *Medical Anthropology* 36(5), p. 411-421. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01459740.2017.1306858>
- Consejo Superior de La Judicatura, (2014). Derecho de petición frente a la liquidación de la EPSS Selva Salud. Recuperado de <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2292905/3441435/CSJAC14-80.pdf/7eb15b9a-34ff-4641-9d46-be277096c769>
- 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>
- Cristancho, S. (2013). Iniciativas por la Salud Pública. Cartilla No. 3. Avances y retos en los Sistemas de Salud Interculturales. Recuperado de [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/6/bb\[132\]ling\[2\]anx\[260\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/6/bb[132]ling[2]anx[260].pdf)
- Cueto, M. y Palmer, S. (2015). *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. Marcos Cueto and Steven Palmer. New York: Cambridge University Press.

D

- DANE. (2005). *Censo: demografía y población - proyecciones de población*. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- De la Cadena, M. (2009). Política indígena: un análisis más allá de la "política". Recuperado de http://www.ram-wan.net/documents/05_e_Journal/journal-4/5.%20marisol%20de%20la%20cadena.pdf
- Delgado, E. (2016). La complejidad sistémica. En *Betancurt, O., Mertens, F. y Parra, M. Enfoques ecosistémicos em salud y ambiente*. Ecuador: Abya-Yala.
- Defensoría del pueblo. (2015). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014*. Bogotá. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>
- Díaz Mérida, F. (2008). Crítica a la concepción de los modelos de atención en salud en Panamá. En *Tareas, N° 130*. Clacso. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Panama/cela/20120717092048/critica.pdf>
- Duque, Luz Marcela, Espinosa Iván Darío, Gálvez, Aida Cecilia, Herrera, Diego y Turbay Sandra. (1997). Chajeradó, el río de la caña flecha partida. Impacto sociocultural de la explotación de madera sobre un grupo Emberá del Atrato medio antioqueño. Instituto colombiano de cultura, Colcultura. Colombia, Bogotá.
- E**
- 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
- El Espectador. (2/1/2014). Los micos de Patarroyo. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/patarroyo-ya-no-puede-experimentar-con-monos-del-amazonas/375795-3>
- El Tiempo. (26 de diciembre de 2016). Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/vida/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>
- El Tiempo. (4-12-1991). *Fracasó lucha contra la malaria*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-202521>
- Eschenhagen, M. L. (2011). Contexto y exigencias a las ciencias sociales, para afrontar los problemas ambientales. *Polis Revista Académica Universidad Bolivariana*, 30. <http://www.revistapolis.cl/30/art17.htm>
- Escobar, A. (1996). La planificación. *En Sach, W, El diccionario del desarrollo: Una guía del conocimiento como poder*. Perú, PRATEC. Recuperado <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/SESSION-6-Sachs-Diccionario-Del-Desarrollo.pdf>
- Escobar, A. (2007). *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Venezuela: Edición Fundación Editorial el perro y la rana, 1a Ed. Recuperado de

<http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/137176/e6ad7c4d4c3e84a5a11f208d53e76e8e.pdf>

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

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

Escudero, J. C. (1992). El impacto epidemiológico de la invasión europea de América. *Ecología política, Cuadernos de debate internacional*, 2. España: Fuhem/ICAIRA. Recuperado de <http://www.ecologiapolitica.info/?product=2-ecologia-politica>

F

Facultad Nacional de Salud Pública. (2012). IV conversatorio sobre salud indígena: avances y retos en los sistemas de salud interculturales. *Revista de Salud Pública, Cartilla 3, Universidad de Antioquia*. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewFile/17913/15391>

Fajreldin, V. (2006). Antropología Médica para una Epidemiología con enfoque Sociocultural Elementos para la Interdisciplinariedad. *Revista Ciencia y Trabajo*, 8 (20), 95-102. Recuperada de www.cienciaytrabajo.cl

Follér, Maj-Lis. (2002). Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido - ejemplos de los shipibo-conibo del este peruano. *Revista Anales*, (5), pp. 61-84. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Maj-Lis_Foller/publication/28079638_Del_conocimiento_local_y_cientifico_al_conocimiento_situado_e_hbrido_ejemplos_de_los_shipibo-conibo_del_Este_peruano/links/00b495186bb9269c07000000.pdf

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), pp. 3-29. Recuperado de <http://terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>

G

Galeano, E. (2004). *Las venas abiertas de América Latina*. México: Editorial Siglo XXI. Recuperado de https://static.telesurtv.net/filesOnRFS/news/2015/04/13/las_venas_abiertas_de_amxrica_latina.pdf

Gañán Echavarría, J. L. (2013). *Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo*. Medellín, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas Universidad de Antioquia. Recuperado de

<http://hrlibrary.umn.edu/research/colombia/Los%20muertos%20de%20la%20Le%20y%20100-Libro.pdf>

Gobernación del Amazonas y MSPS. (2013). *Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud*. Dirección de salud departamental vigilancia en salud pública y epidemiología- Grupo ASIS. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=%20\(\(dcispartof:%22ASIS%22%20AND%20dcispartof:%22Bolet%C3%ADn%20electr%C3%B3nico%22\)\)%20](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=%20((dcispartof:%22ASIS%22%20AND%20dcispartof:%22Bolet%C3%ADn%20electr%C3%B3nico%22))%20)

Gobernación del Amazonas y MSPS. (2016). *DTS alcaldía municipal de Puerto Nariño-Amazonas*. Recuperado de <https://sme-pdsp.minsalud.gov.co/Home/Informes>

Goldman, M. (2005). Formas do Saber e Modos do Ser. Observações Sobre Multiplicidades e Ontologia no Candomblé. Recuperado de [http://www.academia.edu/13333033/Formas do Saber e Modos do Ser Observa%C3%A7%C3%B5es Sobre Multiplicidade e Ontologia no Candombl%C3%A9](http://www.academia.edu/13333033/Formas_do_Saber_e_Modos_do_Ser_Observa%C3%A7%C3%B5es_Sobre_Multiplicidade_e_Ontologia_no_Candombl%C3%A9)

Gómez, A. (2001). Raza, salvajismo, esclavitud y civilización: fragmentos para una historia del racismo y de la resistencia indígena en el Amazonas. *En: Fraky Calvo, C. E. y Zárate Botía, C. Imani Mundo. Estudios en la Amazonía colombiana*. Universidad Nacional de Leticia, Amazonas, Colombia. Pp. 199-228.

González, Lina A. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* V° (33)1: 7-14. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000100002

Griffith, M., Rovira, J., Torres, R., Calzada, J., Victoria, C. y Cáceres, L. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la malaria en la población indígena de la comarca de Madungandí, Panamá, 2012. *Rev Biomédica*, 35, pp 480-495. Recuperado de <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/viewFile/2386/2936>

Guber, Rosana. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial, Norma.

H

Haro, J. A. (2013). El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación. *En Romaní, O. (ed.), Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: URV Editorial.

Hernández Álvarez, My Obregón Torres, D (Inv). (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el estado colombiano. Cien años de historia, 1902 – 2002*. Recuperado de https://www.paho.org/col/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

Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5). México. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7252/9460>

Hinestroza, P. (2015). *Buscando alternativas más allá del desarrollo. Nociones y praxis desde la otredad étnica*. Tesis para optar al título de Magister en desarrollo. UPB, Medellín.

I

Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral editores, México. Recuperado de <https://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>

Illich. (1996). Las necesidades. En *Sach, W., Diccionario del desarrollo. Una guía del conocimiento como poder*. PRATEC, Perú, pp. 157-175. Recuperado de <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/SESSION-6-Sachs-Diccionario-Del-Desarrollo.pdf>

Ingold, T. (2012). *Ambientes para la vida. Conversaciones sobre humanidad, conocimiento y antropología*. (1a ed.) Uruguay: Trilce.

INSP/OPS. (2011). *Gestión para la vigilancia entomológica y control de la transmisión de malaria*. Recuperado de https://www.paho.org/coL/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1221-gestion-para-la-vigilancia-entomologica-y-control-de-la-transmision-de-malaria&Itemid=688

INSP. (2015). *Manual para el diagnóstico de malaria no complicada en puestos de diagnóstico y tratamiento*. Milenio Editores Bogotá D.C. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/manual-diagnostico-malaria-no-complicada.pdf>

K

Kapelusz-Poppi, A. M. (2012). Comentarios. *Estudios - N° especial*. Recuperado de <file:///D:/INFO/Desktop/2583-8156-1-PB.pdf>

Kelly, A. (2011). Will He Be There? Mediating malaria, immobilizing science. *J Cult Econ*, 4(1), pp.65–79. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158131/>

L

Lacaze, D.M. (2010). Cultura y Naturaleza en la Amazonía Revitalización de los sistemas tradicionales de salud para la Recuperación de la salud de los pueblos indígenas en la Amazonía. *PROMETRA – Promoción de la Medicina tradicional Amazónica*. Puyo – Pastaza, Ecuador. Recuperado de <http://www.mountainpeople.org/fr/documents/AMAZONIEEQUATORIENNELACAZE.pdf>

Ley 100 de 1993. (Diciembre 23). Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Recuperada de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

Loera González, J. J. (2015). La construcción de los buenos vivires; entre los márgenes y tensiones ontológicas. *Polis*, 40. Recuperado de <http://polis.revues.org/10654>

- López Garcés, C. L: (2000). Ticunas brasileiros, colombianos y peruanos: Etnicidad y nacionalidad en la región de fronteras del alto Amazonas/ Solimões. Tesis de Doctorado ante Centro de Pesquisa e Pós-graduação sobre América Latina e Caribe -CEPPAC de la Universidad de Brasília - UnB. Recuperado de <http://tesis.bioetica.org/tic.htm>
- Lorenzo Rodríguez, Al. (2005). El planteamiento ideológico de Alma-Atá. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2). La Habana, Cuba. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21420137008.pdf>
- M**
- Meisel Roca, A, Bonilla Mejía, L y Sánchez Jab, A. (2013). Geografía económica de la Amazonia colombiana. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*. Banco de la República, Cartagena-Colombia. Recuperado de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_193.pdf
- Langdon, E. J. (2014). La negociación de lo oculto: Chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo. Popayán: Universidad del Cauca.
- Menéndez, L. E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc. saúde colet.* 21(1). Recuperado de <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n1/109-118/>
- Méndez, F., Abrahams, N. y Riojas O. (2016). Transdisciplina y la investigación en salud ambiental y ecosalud. En: Betancourt, O., Mertens, F. y Parra, M. Eds. *Enfoques ecosistémicos en ambiente y salud*. Quito: Abya-Yala.
- 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>
- Ministerio de Agricultura de la República de Colombia. Decreto 2164 de 1995. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/jurisprudencia/catedra-viva-intercultural/Documentos/Decreto_2164_de_1995.pdf
- Molina Guerrero, M: (2007). Caucho y coca: una aproximación a la economía extractiva y su incidencia en los procesos sociales en la Amazonía colombiana. *Revista Facultad de trabajo social*, 23 (23), p. 157 – 168, UPB-Medellín. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/324/283>
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Moreira, J. M., Riviére-Cinnamond, A., Torres Tovar, M., Hoefel, G. y Amate, M. E. (2016). Salud humana en América Latina y el Caribe: análisis desde una perspectiva ecosistémica. En *Betancourt, O., Mertens, F. y Parra M. Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente. Aportes teórico-metodológicos de una comunidad de práctica*, pp. 33-61. Abya-Yala, Ecuador.
- MSPS/OPS. (2010). Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/perfil-epidemiologico-indigenas-parte2.pdf>
- MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 La salud en Colombia la construyes tú*. Recuperado de

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- MSP. (2013a). Malaria, memorias. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias_malaria.pdf
- MSPS. (2014). *Plan de Salud Territorial 2012-2015 del departamento del Amazonas*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PTS%202012-2015%20AMAZONAS.pdf>
- MSPS: (2014^a). *Evaluación del informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora, para la migración del Plan De Salud Territorial Al Plan Decenal De Salud Pública 2012-2015 departamento de Amazonas*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/AN%20C3%81LISIS%20CR%20C3%8DTICO%20AMAZONAS.pdf>
- MSPS. (2015). Preguntas frecuentes sobre RIPS. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>
- MSPS. (2016). *Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
- MSPS. (2017). Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-indigenas.pdf>
- MSPS. (2018). Circular 011 de 2018. *Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) a nivel territorial, en dialogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de <http://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=75746&dt=S>
- Municipio de Puerto Nariño. (2012). *Plan de desarrollo municipal*. Recuperado de <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/puertonari%C3%B1oamazonasplandedesarrollo2012-2015.pdf>
- N**
- Nahmad Sittón, S. (1999). Articulación y posibilidades del etnodesarrollo de los pueblos indios de América Latina. *Estilos de Desarrollo en América Latina. Identidad, cultura, territorio y medio ambiente*. Un aporte para la discusión. Coedición Universidad Católica de Temuco y Universidad de La Frontera. Temuco, México, p. 17-23.
- O**
- OMS. (2003). *Atención primaria de salud y la instrumentación del alcance de los objetivos de desarrollo del milenio*. Recuperado de <file:///G:/Maestria%20en%20Desarrollo%20UPB/Seminario%20de%20investigac>

- [ion%20II/Informes%20y%20programas%20institucionales/Salud%20para%20to dos%20en%20el%20a%C3%B1o%202000.pdf](#)
- OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
- OMS. (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Recuperado de http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
- OMS. (2015). *Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016–2030*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf;jsessionid=94C9E511EC3B39454806D53898669903?sequence=1
- OMS. (2017). *Respuesta mundial para el control de vectores 2017–2030 (Versión 5.4). Documento de contexto para informar las deliberaciones de la Asamblea Mundial de la Salud en su 70.ª reunión*. Recuperado de http://www.who.int/malaria/areas/vector_control/Draft-WHO-GVCR-2017-2030-esp.pdf
- OMS. (s.f). *Malaria*. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/48-EspMalariaOrientac.pdf>
- OPS. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/776>
- OPS. (2011). Documento estratégico para el monitoreo de la eficacia y resistencia de los antimaláricos en el contexto actual epidemiológico. *Preparado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y Links Media, LLC. para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo la Iniciativa Amazónica Contra la Malaria*. Gaithersburg, MD: Links Media, LLC. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/RAVREDA-Strategic-Doc-Monitoreo-2011-Sp.pdf>
- OPS/OMS. (2007). *Renovación de la Atención Primaria en Salud*. Ginebra. Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
- OPS/OMS. (2009). *Informe del encuentro regional. Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*. Quito. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SocialDetReportEs.pdf>
- OPS/OMS. (2014). *OPS/OMS promueve enfoque intercultural en los servicios de salud para garantizar acceso de poblaciones indígenas y afrodescendientes*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9393%3A2014-paho-who-intercultural-health-services-guarantee-access-indigenous-afro-descendant&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

OPS/OMS. (2016). Diversidad Cultural y Salud: Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585%3A2011-cultural-diversity-health&catid=3345%3Acultural-diversity&Itemid=4016&lang=es

Ortega, M. (1/12/1991). Fracasó lucha contra la malaria. Periódico El Tiempo. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-202521>

P

Parra Beltrán, L y Pacheco Castro, A. (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Rev. Cienc. Salud*.4, pp. 110-121. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/6c/6c5eb0ec-cc5c-4b3b-aec7-52f4bd9dd3f3.pdf

Parra Díaz, T. (2017). Tejiendo caminos para una enseñanza de la biología en contexto: una apuesta desde las concepciones sobre la danza yüüechigade la comunidad académica indígena ticuna del resguardo aticoya del municipio de Puerto Nariño (Amazonas). *En Tesis para optar al título de licenciatura en biología. Universidad Pedagógica Nacional- Facultad de Ciencia y Tecnología*. Recuperado de <https://docplayer.es/84589129-Tatiana-parra-diaz-estudiante-de-licenciatura-en-biologia.html>

Paredes Pando, O. (2013). *Explotación del caucho-Shiringa Brasil – Bolivia – Perú. Amazonía sur-oriental: siglos XVI – XX. Tomo II*. Perú, JL Editores.

Pineda Camacho, R. (1995). Pueblos indígenas de Colombia: una aproximación a su historia, economía y sociedad. *Tierra profanada. Grandes proyectos en territorios indígenas en Colombia*. ONIC, CECOIN Y Ghk (eds), Bogotá p. 3-23.

Pineda Granados, F, Valero, V y Agudelo, C. (2004). Evaluación del Programa de Control de la Malaria en la Amazonía Colombiana. *Rev. Salud pública*. 6 (1), pp 40-49. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v6s1/a02v6s1.pdf>

Piñeros, J. G. (2010). Malaria y determinantes sociales de la salud: un nuevo marco heurístico desde la medicina social latinoamericana. *Revista Biomédica* 30 (2), pp. 178-187. Recuperado de <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/181>

Pinzón Sánchez, A. (1989). Ecología y salud indígena. *Revista Medicina. Bogotá, Academia Nacional de Medicina*, V° 11. Recuperado de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/20-10>

Plan de Desarrollo Municipal de Puerto Nariño, Amazonas. (2010). Recuperado de <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/puertonari%C3%B1oamazonasplandedesarrollo2012-2015.pdf>

Puyana, A. M. (201). Las encrucijadas del desarrollo en Amazonía. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/9890/54/9789587610611.capitulo8.pdf>

Pecet. (2013). Implementación de un sistema de alerta temprana para la prevención y control de las principales ETV en el departamento del Amazonas, Colombia. (Sin publicar).

Q

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *En* Landier, E. (comp.). *La Colonialidad del Saber: eurocentrismo y ciencias*

sociales. Buenos Aires, CLACSO. Recuperado de <http://www.pacarinadelsur.com/home/abordajes-y-contiendas/108-modernidad--colonialidad--descolonialidad-aclaraciones-y-replicas-desde-un-proyecto-epistemico-en-el-horizonte-del-bicentenario> - Prohibida su reproducción sin citar el origen.

R

Rehaag, I. (2006). El significado del cambio en un encuentro intercultural CPU-e. *Revista de Investigación Educativa*, 3, pp. 1-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283121724004>

Rehaag, I. (2007). *El pensamiento sistémico en la asesoría intercultural. La aplicación de un enfoque teórico a la práctica*. Ecuador: Abya Yala.

Reis Nogueira, D. (2010). Um estudo antropológico sobre adoecer de malária na comunidade do Livramento, Amazonas. Tesis para optar al título de maestría en antropología social. Universidade Federal do Amazonas Museu Amazônico. Recuperado de <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/2886>

Riaño Umbarila, E. (2003). *Organizando su espacio, construyendo su territorio. Transformaciones de los asentamientos Ticuna en la ribera del Amazonas colombiano*. Universidad Nacional sede Leticia: IMANI.

Rummenhoeller, Klaus. Territorios indígenas y áreas naturales protegidas. (1995). *En ONIC, CECOIN Y Ghk (eds). Tierra profanada. Grandes proyectos en territorios indígenas en Colombia*, pp. 65-86. Bogotá: Ed. Disloque.

Ruiz Serna, Dy Del Cairo, C. (2016). Los debates del giro ontológico en torno al naturalismo moderno. *Revista de Estudios Social*, 55. Recuperado de <http://res.uniandes.edu.co/view.php/1060/index.php?id=1060>

S

Sánchez, E., Waliszewski, S., Trujillo, P. & Infanzón, R. (2002). El DDT: Su uso y aplicación. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/5553/1/20033P27.pdf>.

Santos M. (2001). Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Cien Saude Colet.*: 8, pp.309-14. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v3n2/7150.pdf>

Schavelzon, S. (2015). *Plurinacionalidad y Vivir Bien/Buen Vivir Dos conceptos leídos desde Bolivia y Ecuador post-constituyentes*. Ecuador: Abya-Yala. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20160202103454/Plurinacionalidad.pdf>

Shetty, P (2009). Cambio climático y enfermedades transmitidas por insectos: la esencia. *Rev SciDetNet*. Recuperado de <https://www.scidev.net/americ-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html>

SIAT-AC— Sistema de Información Ambiental Territorial de la Amazonía Colombiana— (2018). Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas— SINCHI—. Recuperado de <http://siatac.co>

Sotomayor Tribín, H. A. (1998). Un Bosquejo de la Historia Epidemiológica de la Amazonía Colombiana. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/22126/1/18692-60749-1-PB.pdf>

Suárez Mutis, M. (2001). Una propuesta de modelos de salud para los pueblos indígenas de la Amazonía. En *Franky, C y Zárate, C. Imani Mundo. Estudios de la Amazonía*, pp. 173-198. Bogotá: Unibiblios.

Suárez Mutis, M. C. (2001a). Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas. *Rev. salud pública*, 3(1), pp. 71-84. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18684>

U

Ugalde, A y Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(3). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a11v17n3.pdf>

V

Vásquez, T. (2006). (Artículo de revista). *La Constitución del 91, entre los derechos y el modelo de desarrollo. Ciudadanía, derechos económicos, sociales y culturales y medidas de ajuste económico*. Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza. Recuperado de <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-238.html>

Vieco, J.J. (2010). Planes de desarrollo y planes de vida: ¿diálogo de saberes? *Revista Universidad Nacional de Colombia*. 1, pp.135-160. Leticia: Mundo Amazónico. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/9918>

Villegas Vélez, Á. y Castrillón Gallego, C. (2006). Territorio, enfermedad y población en la producción de la geografía tropical colombiana 1872-1934. *Historia Crítica No. 32*, p. 94-117. Universidad de los Andes, Bogotá. Recuperada de <http://historiacritica.uniandes.edu.co/view.php/236/index.php?id=236>

Viveiros de Castro, E. (1996). Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo amerindio. *Mana* 2(2). Pp. 115-144, Brasil. Recuperada de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131996000200005

Viveiro de Castros. (2004). Perspectivismo y multinaturalismo en la América indígena. En: Surrallés, A y García Hierro, P. *Tierra Adentro. Territorio indígena percepción del entorno*. Copenhague. Recuperado de <http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/Texto-1.pdf>

Viveiros de Castro, E. (2015). *Metafísicas caníbais*. São Paulo: Cosac Naify.

W

Walsh, C. (2007). Interculturalidad, colonialidad y educación. *Revista de Educación y Pedagogía*, XIX (48). Recuperado de http://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1265909654.interculturalidad_colonialidad_y_educacion_0.pdf

Walsh, C. (2009) *Interculturalidad, Estado, Sociedad*. Quito, UASB-Abya-Yala.

Walsh, C. (2015) ¿Interculturalidad? Fantasmas, fantasías y funcionalismos. En Montufar Mancheno, C. y Balseca Franco, F. *Ecuador: desafíos para el presente y el futuro*. (1ª ed.) Ecuador: La Tierra. Recuperado de https://b5dcnq.dm2304.livefilestore.com/y3moUnlxNI2oZt4Jf_7XIk_rtc3j6zHU0u

zPUYfi9RjlQYN68nI4GL0t41ZpHfBaabr5lp2taUMIGkf3Uj9vzS5eOm_XJToOgsmlgCblAUIQzRH9ndIL4Suh5Fm0ndnzVXxv6x-lhLNh-ulyUXGpXd3Pg/Walsh.Interculturalidad.Fantasmos%20Fantasias%20Funcionalismos.pdf?psid=1

Z

- Zapata, L y Genovesi, M. (2013). Jeanne Favret- Saada: “Ser Afectado” Como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. *Avá. Revista de Antropología*, 23, pp. 49-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169039923002>
- Zárate Botía, C. G. (2001). *Extracción de quina. La configuración del espacio amazónico de fines de siglo XIX*. Universidad Nacional de Colombia: Instituto de Estudios Amazónicos de Investigación, Leticia.
- Zuluaga, G. (1999). *Tesis de maestría: Cultura, naturaleza y salud elementos de reflexión para la conservación de la diversidad biológica y cultural*. Recuperado de http://pasaporte.urosario.edu.co/urosario_files/8e/8e1ea946-a5f5-43e5-9c4d-e691ab4e143f.pdf