



SECCIÓN ARTÍCULOS REVISIÓN
Año 2013 Vol. 15(2) Págs. 238 - 255

Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural

Rescuing traditional medicine in maternal and child health in the afrocaucanas communities through intercultural dialogue

Hugo Portela Guarín¹, Nohra Ximena Astaiza Bravo², Nancy Yadira Guerrero Pepinosa³, Salomón Rodríguez Guarín⁴

- 1 Antropólogo, Magíster en Lingüística, Doctor en Antropología, Investigador, Grupo de Investigación FICMOS, Fundación Universitaria María Cano Extensión Popayán, Docente Universidad del Cauca. Popayán - Colombia. e-mail: hugoportelaguarin@gmail.com
- 2 Fisioterapeuta, Candidata a Magíster en Educación, Coordinadora de Investigaciones, Grupo de Investigación FICMOS, Fundación Universitaria María Cano Extensión Popayán - Colombia. e-mail: cip@fumc.edu.co
- 3 Bióloga, Magíster en Biología, Docente Investigadora, Grupo de Investigación FICMOS, Fundación Universitaria María Cano Extensión Popayán - Colombia. e-mail: nancyyadiraguerreropepinosa@fumc.edu.co
- 4 Licenciado en filosofía. Especialista en Humanidades Contemporáneas, Candidato a Magíster en Filosofía, Docente Investigador, Grupo de Investigación Comunidad Académica "Conceptualización en Fisioterapia", Fundación Universitaria María Cano Extensión Popayán - Colombia. e-mail: salomonrodriguezguarin@fumc.edu.co

Fecha de recepción: Agosto 13 - 2012

Fecha de aceptación: Noviembre 5 - 2013

Portela H, Astaiza N, Guerrero N, Rodríguez S. Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Univ. Salud.* 2013;15(2): 238 - 255

Resumen

El presente artículo de revisión se fundamenta en modelos teóricos y documentales para proponer el diálogo intercultural como una estrategia para rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. El reconocimiento de los aspectos culturales en salud promueve la capacidad de los agentes biomédicos en la intervención oportuna basada en modelos renovados de Atención Primaria en Salud (APS). En este contexto, los altos índices de morbimortalidad materno infantil en las comunidades vulnerables afrocaucanas evidencian el escaso desarrollo social del departamento del Cauca y la falta de estrategias pertinentes para atender población vulnerable. Esta situación conlleva a la necesidad de renovar los modelos de APS desde un enfoque intercultural que promueva la medicina tradicional de dichas comunidades. El reconocimiento estatal, biomédico y académico de la medicina tradicional en salud materno infantil permite el rescate de la identidad cultural y étnica, al mismo tiempo, contribuye a la búsqueda de alternativas en salud basadas en el diálogo intercultural, por lo que es imperativo la construcción del diálogo para rescatar los saberes y las prácticas tradicionales como una forma de participación incluyente y factor de desarrollo para el departamento.

Palabras clave: Medicina tradicional, atención primaria en salud, comunidades vulnerables, salud materno infantil, diálogo intercultural. (Fuente: Decs Bireme).

Abstract

This paper is based on theoretical models and documentaries to propose intercultural dialogue as a strategy to rescue traditional medicine in Maternal Child Health (MCH) of afrocaucasian communities. The recognition of cultural aspects in health promotes the ability of biomedical agents in the timely intervention based on renewed models of Primary Health Care (PHC). In this context, the high rates of maternal and child morbidity and mortality in the vulnerable afrocaucasian communities show the low social development of Cauca department and the lack of relevant strategies to care vulnerable population. This situation leads to the need to renew PHC models from an intercultural approach that promotes the traditional medicine of these communities. State, biomedical and academic recognition of traditional medicine in MCH allows the rescue of cultural and ethnic identity and at the same time contributes to the search for alternatives in health based on intercultural dialogue. Therefore, it is imperative to build dialogue to rescue traditional knowledge and practices in MCH as a form of inclusive participation and development factor for the department.

Key words: Traditional medicine, primary health care (PCH), vulnerable groups, maternal child health, intercultural dialogue. (Source: Decs Bireme).

Introducción

El conocimiento de grupos de población prioritarios (mayor vulnerabilidad o magnitud) ha constituido uno de los retos más importantes en la organización de los servicios de salud. El grupo materno infantil ha sido considerado el principal entre estos grupos prioritarios, por cuanto las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) son el fundamento para reconocer, priorizar, promover y prevenir las principales causas de morbilidad de este segmento poblacional.¹ Según la OMS, se ha comprobado que el manejo adecuado y eficaz de los protocolos en salud materno infantil permiten detectar patologías específicas que traen el riesgo de desarrollar complicaciones durante la gestación, tales como: pre-eclampsia, infecciones del tracto urinario o neonato con bajo peso al nacer.²

Patologías que pueden prevenirse con la temprana detección y la oportuna intervención que se incluye en las estrategias de APS a nivel mundial y mediante el adecuado seguimiento o control prenatal en cada una de las etapas de la gestación tanto por parte del personal especializado en biomedicina como por parte de las personas que representan alguna autoridad en salud, con base en sus saberes tradicionales, dentro de las familias y las comunidades.³⁻⁵

No es desconocido que la aplicación de estrategias de APS en Colombia ha incidido en la reducción de la morbilidad neonatal y materna; sin embargo, como sostiene el Departamento Nacional de Planeación DNP, las cifras en algunos departamentos no cumplen aún con los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM (2015), en cuanto a la reducción de la morbilidad materno infantil a nivel departamental y nacional.⁶⁻⁸ Es importante recordar que Colombia es país multiétnico y pluricultural, que se divide por regiones geográficas (Amazónica, Andina, Caribe, Orinoquía y Pacífica), y políticamente por departamentos.

El análisis de salud por regiones muestra diferencias en el comportamiento del indicador de atención materno infantil. Aún existe baja proporción de la APS en el litoral pacífico, en las regiones de Cauca, Nariño, Tolima, Huila y Caquetá; zonas donde además de las limitantes de disponibilidad y desarrollo, la alta dispersión y el conflicto interno (violencia, desplazamiento forzado, etc.) se convierten en barreras para el acceso a los servicios de salud.⁹

En el departamento del Cauca, la alta morbilidad materno infantil sigue siendo un problema insuficientemente intervenido.

Según datos de la Secretaría de Salud del Departamento del Cauca SDSC (2008, 2010), en el 2007 el 27% de la mortalidad infantil se debió a causas infecciosas, seguida por afecciones respiratorias del neonato (20%) y afecciones cardíacas congénitas (8%).^{10,11} El reporte de la SDSC a 2008, registró en el Cauca para 2007 un total de 20 casos de muerte materna, para una razón de mortalidad materna de 119,4 por 100.000 nacidos vivos, casi el doble de la media nacional; durante el año 2008 se presentaron 16 casos para una razón de mortalidad materna de 95,5 por 100.000 nacidos vivos y en el 2009 hubo 8 casos para una razón de mortalidad materna de 47,8 por 100.000 nacidos vivos que, en comparación con el 2007, se ha reducido en más de un 50%.¹⁰

Para el mismo periodo, el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil - MEF del Cauca fue del 76%, tanto en mujeres en unión, como en no unidas con vida sexual activa. A 2009, los nacimientos en adolescentes se han incrementado en el Cauca, lo que representa 226 nacimientos en madres de 10-14 años, 4.181 en mujeres de 15-19 años los cuales sumados a 2010 dan 28,8%.¹¹

Estas cifras reflejan que durante los últimos 5 años en el Cauca, en materia de APS para población materno infantil, las estrategias de salud no cumplen con los estándares internacionales y se alejan del objetivo 5 (Mejorar la salud sexual y reproductiva) de los ODM en salud, lo que evidencia que el sistema de salud requiere adoptar medidas correctivas en el uso de sus mismas estrategias.^{8,12}

Esto conlleva a la búsqueda de nuevas estrategias en salud materno infantil o en el mejor sentido, a la renovación de la APS acorde con las expectativas y las demandas de la población vulnerable, de manera que las estrategias respondan mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación.¹³⁻¹⁶

A nivel nacional, la población afrocolombiana, palenquera (pobladores del corregimiento de San Basilio de Palenque ubicado en el municipio de Mahates, en el departamento de Bolívar) y raizal (isleños originarios de la islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina), menor de 15 años, representa la tercera parte de la población de los grupos de 0-4 años y de 5-9 años. Lo que es un poco mayor que el respectivo grupo de edad de toda la población etario.¹⁷

De acuerdo con el DANE, la tasa de mortalidad infantil para los niños afro colombianos es mayor (1.78 veces) y para las niñas afrocolombianas es el doble, respecto a la población general. Por cada 100 mujeres afrocolombianas hay 42 niños(as) menores de 5 años. En igual sentido, cabe señalar que los niños y niñas de estas comunidades son víctimas no sólo de las condiciones de pobreza que los obliga a incursionar en el medio informal de trabajo, sino también de la violencia intrafamiliar, las condiciones de desplazamiento, la discriminación y la negación a todos los beneficios y derechos de este grupo.^{17,18}

Con respecto a la región comprendida entre el Pacífico Nariñense, Chocó y Cauca Patía, el índice de Calidad de Vida ICV de la región es de 70.2, el cual está por debajo del nivel nacional. Dentro del Cauca, la zona norte de influencia afrocaucana presenta un ligero nivel de desarrollo, lo cual se debe a su cercanía con el sur del Valle del Cauca; el norte del Cauca es la región con las mejores condiciones de acceso y calidad a los servicios básicos.^{11,17}

Aunque los datos de salud son muy similares a los nacionales, es de resaltar que esta zona presenta una fortaleza de afiliación al régimen contributivo en zonas rurales, lo cual indica que casi la tercera parte de esta población está formalmente ocupada.

La situación descrita refleja que la población afrocolombiana, especialmente afrocaucana, es aún más vulnerable en comparación con otros grupos donde hay población materno infantil, poniendo en evidencia la necesidad de renovar la visión en salud promoviendo la recuperación de la medicina tradicional en salud materno infantil, la cual es un factor diferencial determinante para estas comunidades, y permite nivelar los actuales estándares en salud, medidos en términos de la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas estatales biomédicos.^{19, 20}

A nivel internacional, no es desconocido que el modelo biomédico que apoya al sistema de salud estatal minimiza o margina la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis de la enfermedad, recurriendo para ello a estrategias ideológicas como la “medicalización de muchos aspectos de la vida cotidiana, como el embarazo, el nacimiento, la crianza, la sexualidad, la vejez o la muerte”.²¹ De este modo, el profesional de la salud que trabaja bajo el modelo biomédico explica síntomas del enfermo mediante un lenguaje que expone alteraciones anatómicas o desórdenes fisiopatológicos que requieren ser corregidos “mediante la administración de un fármaco que controle la alteración funcional o destruya el microorganismo, o bien la manipulación quirúrgica de la alteración anatómica, y en algunos casos también de la alteración funcional”.²¹

La imposición del modelo biomédico hace patente el fracaso que puede conllevar el diálogo intercultural en salud entre las comunidades étnicas, la comunidad científica y el personal del sistema de salud cuando se desconocen los significados culturales y las construcciones sociales e históricas que acompañan las cosmovisiones en salud que son propias de las madres y sus familias, tal y como lo demuestran las investigaciones etnográficas de Amescua

en el Cauca, quien sostiene que: “el cuidado de la mujer gestante fue una de las prácticas tradicionales que presentó mayor resistencia a la transculturación con los saberes científicos, dado por el celo social y el poder matriarcal” y los estudios de Edgar Castro, et al, sobre *Creencias y Actitudes Culturales que Influyen en el Abandono de los Programas de Control Prenatal en Popayán- 2005*, quienes encontraron que: “las gestantes no realizaban control prenatal, porque preferían dar prioridad a sus responsabilidades de esposa y madre”, y específicamente porque, como manifestaban las mismas madres: “No volví a los controles porque solamente me tomaban la presión y me oían al bebé.”^{22,23} Situación que demuestra la existencia de brechas culturales que deben romperse para crear las condiciones de diálogo intercultural.

La posibilidad de instaurar un diálogo intercultural en salud demuestra la necesidad de permitir que sean las personas que viven la salud y la enfermedad, desde su visión cultural y étnica, quienes encuentren en el diálogo una forma de recuperar la confianza para comunicar su saber, para permitir que el otro, con su mirada biomédica, pueda dejarse afectar y entender el entramado simbólico que hace parte de su comprensión de la vida.^{9, 24}

Las experiencias exitosas en programas de Atención Primaria en Salud (APS) en Colombia y otras regiones de América Latina, enfocadas en grupos prioritarios como el grupo materno-infantil, han demostrado que para mejorar la salud y la equidad no basta con limitarse a aumentar el número de centros de salud y capacitar al personal durante períodos breves. Por el contrario, se necesitan enfoques novedosos, como el diálogo intercultural, que cierren la brecha entre el sistema de salud y las comunidades.^{25,26} Propuesta que incluye “los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención

en salud”, y que abarcan la gestión integral de la salud materno infantil, partiendo de la base social de las comunidades étnicas y sus familias.²⁵

La reorientación de los sistemas de salud exige hacer mayor énfasis en la participación familiar y las personas que poseen los conocimientos y los saberes tradicionales como fundamento para generar espacios de encuentro alrededor de la salud materno infantil, identificándose en el proceso: saberes, creencias y prácticas en salud y decidir el orden de prioridad en las intervenciones por parte del sistema biomédico estatal.⁹

Los planteamientos de la OMS^{5,13,27} el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2016,⁷ y las agendas de desarrollo afro caucano APRA 2008-2018¹⁷ y de las Organizaciones Afrocaucanas UAOFROC,²⁸ convergen en que el rescate de la medicina tradicional de las comunidades afrocaucanas, implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural con base en el diálogo, es decir, aquel que es posible con sujetos sociales valorados, autovalorados, visibles y con voz que se escuchan; un diálogo mediante el cual “ningún sujeto social se subordina ni subordina al otro”²⁹ por lo que se permiten las relaciones simétricas de reconocimiento dialógico a través del empoderamiento de la identidad étnica y la alteridad de los otros actores involucrados en las problemáticas de salud.^{30,31}

Ahora bien, generar un diálogo en el contexto descrito, permite hacer útiles los argumentos de Espinosa y Ogazón, para quienes la interculturalidad constituye la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional, esto significa que el diálogo es en sí la capacidad de hacer que una polifonía intercultural se encuentre en nuevas relaciones de conocimiento

en circulación, pero dentro de contextos sociales específicos; no obstante, como sostiene Albó, es imposible hablar de interculturalidad en salud sin antes construir relaciones equilibradas de poder para el diálogo interdisciplinar y entre los saberes (interculturalidad positiva) y para la formación de conciencia social de los distintos actores que participan.^{9,29,32}

Aquí se asume que el conocimiento en salud no está acabado, sino en permanente proceso de hacerse, por lo que la historicidad de los saberes tradicionales es independiente al reconocimiento.²⁹ El diálogo entre saberes convierte necesario el reconocimiento del sentido histórico de las representaciones y las prácticas sociales acerca de la enfermedad y el tratamiento a nivel individual, colectivo y familiar que dan sentido al pensamiento de cada comunidad, pueblo o sociedad en su momento histórico.⁹

Materiales y métodos

Este artículo es una revisión documental en el cual se consultaron las bases de datos: Medline, Hinary, Redalyc, Scielo y páginas institucionales como la Secretaría de Salud departamental y local, y de las organizaciones afrocaucanas con una ventana de 10 años. Se tuvo en cuenta el descriptor de términos MeSH para la búsqueda de los artículos con las siguientes palabras clave: *medicina tradicional, atención primaria en salud, comunidades vulnerables, salud materno infantil, diálogo intercultural*; cabe resaltar que el último término pertenece a las ciencias sociales en el contexto latinoamericano.

El documento se enfoca en 4 temas prioritarios: la renovación de la APS como una estrategia para mejorar la salud materno infantil en general; la situación de salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas; la necesidad de recuperar la cultura tradicional como estrategia

esencial de desarrollo en salud y la propuesta de recuperar los saberes y las prácticas en salud con base en el diálogo intercultural.

La salud materno infantil en el contexto de APS renovada

A nivel latinoamericano, la OMS considera que el 25% de las muertes de menores de cinco años que se registran anualmente en América Latina se deben a enfermedades prevenibles como la neumonía, la diarrea y el paludismo. Las causas de estas enfermedades están relacionadas principalmente con factores ambientales modificables a través de metodologías que están actualmente disponibles para su implementación. Por esto, se ha visto que aquellos países que establecieron políticas sociales para facilitar a su población mejor acceso a agua segura y saneamiento básico, así como a la educación para la salud, han reducido las tasas de mortalidad infantil.²⁶

En este mismo escenario, la mayoría de los casos de mortalidad materna en América Latina se presentan por causas prevenibles: hemorragias, hipertensión a causa del embarazo, sepsis y parto obstruido o prolongado. Las mujeres adolescentes son dos veces más vulnerables que las mujeres adultas a morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto.¹⁴ La mortalidad materna es también más prevalente entre mujeres pobres, afro descendientes y con menos oportunidades educativas. Las mujeres de bajos recursos tienen acceso limitado no sólo a la atención médica, sino también a la información apropiada sobre los métodos anticonceptivos disponibles, los cuidados durante el embarazo, el cuidado de su salud y la de sus hijos.

De acuerdo con la OMS y la OPS, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva como: anticoncepción, controles prenatales y atención al parto por personal de salud calificado, constituyen determinantes fundamentales de la

mortalidad materna. Los problemas de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva están relacionados con la persistencia de estereotipos de género y la falta de acceso a educación tanto de hombres como de mujeres.^{13,26,33,34} El estado nutricional de las mujeres es otro importante determinante de la salud reproductiva y la salud en general, particularmente para las mujeres embarazadas y los niños.

En Colombia, la situación descrita anteriormente, tiene un impacto directo en la APS para población materno infantil, especialmente si se tiene en cuenta el enfoque de salud y derechos humanos.³⁵ Al respecto, la OMS ha propuesto la siguiente definición sobre servicios de salud integrados: “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”.¹⁴ Definición que apunta hacia la consolidación de la APS renovada, caracterizada por las intervenciones en las poblaciones vulnerables, a través de procesos continuos, coordinados, participativos, intersectoriales y con fundamento en la gestión de recursos humanos como motor fundamental del cambio.²

Los cambios sucedidos desde la declaración de Alma-Ata de 1978 y la nuevas reformas a los sistemas de salud de los países latinoamericanos en las dos últimas décadas, hacen necesario plantear nuevas estrategias en salud en donde la APS materno infantil se renueve y se convierta en el eje central de los sistemas de atención y por lo tanto, que la meta no sea únicamente la eficiencia económica sino el alcanzar el derecho universal a la salud con equidad, como el resultado de un compromiso con la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, especialmente de poblaciones vulnerables como las comunidades afrocolombianas y afrocaucanas.^{14,16,36}

Una propuesta de APS renovada para población materno infantil en situación de vulneración social, política y económica, debería estar sustentada en cuatro pilares, a saber:¹⁵

- *Equidad sanitaria con cobertura universal.*

La base de un proceso de equidad sanitaria, entendida ésta como la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos disponibles constituye un conjunto de reformas que tienen como objeto avanzar hacia la cobertura universal y hacia la implantación progresiva de redes de servicios cuyo eje sea la atención primaria en zonas donde no existen, por su lejanía o por su dispersión o por segmentación social, reemplazándose los servicios de salud mercantilizados e individualizados.

- *Prestación del servicio, dar prioridad a la persona.*

Se han identificado varias estrategias distintivas que en su conjunto diferencian la atención primaria y así superar las deficiencias: 1) atención centrada en el paciente, 2) servicios integrales e integrados de salud, 3) continuidad en la atención, 4) mantener en lo posible a un médico permanente y de confianza como punto de acceso, 5) redes de atención primaria, etc.

- *Establecimiento de políticas públicas para la salud.*

La APS renovada propugna por la creación de políticas públicas sistemáticas, de salud pública y de otros sectores diferentes a la salud pero que tengan en cuenta la salud de la población.

- *Eficacia en el liderazgo y en el gobierno.*

En los estados modernos se espera de los gobiernos que protejan la salud, garanticen el acceso a la atención sanitaria y salvaguarden a las personas del empobrecimiento que puedan acarrear las enfermedades.

Estos principios de salud constituirían la base del encuentro de saberes tradicionales y biomédicos

alrededor de las necesidades y realidades de las poblaciones con bajos niveles de APS, como lo constituyen las comunidades materno infantiles afrocaucanas; quienes, si bien cuentan con conocimientos autóctonos, estos aún no son reconocidos como saberes válidos dentro de la comunidades científicas occidentales, por lo que no se han sistematizado ni tampoco se reconocen como formas de intervención en salud válidas, siendo relegados a prácticas culturales que no han logrado apropiarse eficientemente y menos aún, adaptarse al sistema público de salud. En esencia, una APS renovada implica más la construcción de diálogo con las comunidades, que la imposición de la medicina occidental.

De acuerdo con Macinko, et al,³⁷ las actuales reformas al sistema de salud a nivel internacional, nacional y regional implican cambios fundamentales en los procesos políticos y de poder, por lo que aquellos interesados en los sistemas de salud basados en la APS renovada deben atender tanto la dimensión política (aspectos legales, incorporación de población étnica y vulnerable, etc.) como la dimensión técnica (estrategias interculturales y medicina tradicional) de las reformas, así como incluir a los actores interesados en dichos procesos.

A fin de cuentas, el objetivo final de la renovación de la APS es “alcanzar, de forma sostenible, un buen estado de salud para todas y todos”.³³

Esta nueva estrategia puede convertirse en una valiosa caja de herramientas para elevar los estándares de salud materno infantil en regiones con población afrocaucana en situación vulnerable, posibilitando una mayor eficiencia en el uso de recursos, mejores resultados en indicadores de salud y mayor satisfacción de la población prestataria y usuaria al ser cubiertas con calidad sus necesidades sanitarias.

Situación de la salud materno infantil en las comunidades afrocaucanas

En Colombia hay grupos diferentes de afro descendientes, clasificados según sus particularidades étnicas, culturales y lingüísticas, ellos son Afro colombianos y en su mayoría están asentados en gran parte del territorio nacional. Se clasifican así: Palenqueros, ubicados en San Basilio- Bolívar. Raizales, ubicados en San Andrés y Providencia. La etnia negra, mulata, afrocolombiana, y que se acentúan principalmente en los departamentos de: Valle del Cauca, Cauca, Antioquia, Bolívar y Chocó. Las cuales representan el 57,59% de la poblacional de las comunidades negras a nivel nacional.^{8,38} Los Departamentos con mayor población afro descendiente en el Pacífico son: Chocó (74%), Valle (27%), Cauca (22%) y Nariño (18%) y en el Caribe: San Andrés y Providencia (57%) y Bolívar (27%).

Según estadística del DANE 2005, en el departamento del Cauca, la población afrocolombiana se encuentra asentada predominantemente en los municipios de: Santander de Quilichao, Buenos Aires, Guapi, Miranda, Patía, Padilla, Suárez, Timbiquí, Villa Rica, Caloto, López y Puerto Tejada. No obstante, hacia el norte del departamento, a pesar de las potencialidades sociales y del sostenido crecimiento económico experimentado, asociado con industrias establecidas con motivo de la llamada Ley Páez, la región presenta aún problemas preocupantes de pobreza y muchos de sus indicadores sociales reflejan retardo en avances hacia los ODM.^{8,17,18,39-41}

Esta zona del departamento, donde se asientan pobladores afro descendientes, muestra situaciones de inequidad y exclusión que han sido evidenciadas en muchos estudios y de las que el Norte del Cauca no es excepción, a pesar del grado de desarrollo relativo alcanzado.

Las condiciones socio-económicas de esta minoría étnica son muy precarias. Se presenta un considerable déficit en la oferta de servicios sociales: cupos de educación, salud y vivienda digna, entre otros. Especialmente hay una brecha con el resto del país relacionada con la salud materno infantil, el acceso a servicios básicos domiciliarios y el acceso a la educación media y superior. El Cauca posee los índices con las más bajas condiciones de vida frente al promedio nacional.⁴¹

En este contexto, los indicadores sobre mortalidad materno infantil para distintos rangos de edad y períodos de gestación, cobran gran importancia en la medida que permiten evaluar la calidad del servicio de salud materno infantil en el período prenatal, durante el parto y posparto en el departamento del Cauca. Según fuentes del PNUD para Colombia.⁸

Cada año mueren antes de cumplir los 5 años, en los 10 municipios del Norte del Cauca, niños y niñas por enfermedades que podrían prevenirse. Una proporción considerable de la mortalidad infantil se debe a Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Enfermedad respiratoria Aguda (IRA) y desnutrición. Los niños y las niñas sufren con frecuencia varias de estas afecciones a la vez, por lo que, si sólo se trata una de ellas, es posible que mueran a consecuencia de otros problemas subyacentes.

Estas enfermedades son también la causa de una proporción importante de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de las hospitalizaciones de los niños menores de 5 años.

De igual manera, como lo denuncia el PNUD, existen en el departamento del Cauca, circunstancias que afectan la efectividad de la atención integral a la madre y al niño, asociadas a servicios de salud con deficiencias

en dotación y débil capacidad de respuesta, desconocimiento parcial de marcos normativos y herramientas administrativas, minimización de la estrategia APS, desintegración de esfuerzos sectoriales, precaria vigilancia comunitaria e institucional del cumplimiento de derechos, débil participación de la comunidad en proyectos e iniciativas comunitarias de atención integral y la dispersión de recursos presupuestales de actores corresponsables generando ineficiencia y paralelismo.⁸

En vista de lo expuesto, y en correspondencia con los fines de la salud y el bienestar social, las organizaciones sociales afrocaucanas han incorporado como estrategia de salud materno infantil, tres líneas de acción en sus agendas de desarrollo Salud interétnica, dieta, nutrición y superación del hambre.¹⁷

Adicionalmente contemplan un programa ampliado de reducción de las tasas de morbimortalidad a través de la ampliación y mejoramiento de la infraestructura, garantía del aseguramiento, fortalecimiento de los servicios en salud, medidas de participación social en salud y estudios técnicos. Acciones que consideran, irán enfocadas a la reducción de enfermedades tanto transmisibles (dengue, malaria, enfermedad diarreica aguda) como las crónicas no transmisibles (diabetes, obesidad y enfermedades cardiovasculares).

La línea de acción para la optimización de la nutrición infantil está ligada a la asistencia a la escuela y a la promoción de buenos hábitos alimenticios basados en la gastronomía regional y cultural. Para los adultos mayores y madres gestantes y lactantes se contemplan programas sociales de asistencia alimentaria complementados con proyección en la realización de proyecto de vida.

Recuperar la diversidad étnica y cultural en salud materno infantil

Desde el siglo XIX, la biomedicina o medicina occidental moderna ha aspirado a alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica y terapéutica, depurando, casi patológicamente, la clínica y el laboratorio de las variables superfluas a esos momentos.^{42,43} Visión que sostiene una comprensión de la salud basada en "...el reduccionismo, individualismo y el racionalismo propios de la biomedicina", y en donde, "...el uso de la tecnología y la sobreexposición farmacológica se asocia a buenos resultados terapéuticos; independientemente de que sea o no ese el resultado e independientemente de los éxitos obtenidos y demostrados sobre el paciente".⁴⁴

La cultura dominante de la ciencia de la salud operaba sobre la transformación del conocimiento médico, conocido como el "nacimiento de la clínica moderna", y es próximo al despliegue del Estado liberal, dando como resultado el sistema estatal de salud.^{45,43}

La fase actual del proceso de medicalización, y que conduce hacia la hegemonía del "modelo médico", se muestra hoy como el producto de procesos históricos más complejos, pues gira alrededor de dos pilares complementarios: el desarrollo del Estado liberal (desde el Estado social al Estado providencia) y la ruptura que significó en los Estados Unidos el Flexner Report en la gestión, administración y organización profesional de los hospitales, articulada con la involución del Estado social.⁴⁶

Esos pilares, y el permanente diálogo entre ellos, permiten caracterizar los distintos moldeamientos que ha tenido la medicalización en distintos países en armonía con sus formas culturales y articuladas con procesos históricos idiosincrásicos.^{9,24} Dichas formas culturales se configuran a partir de la experiencia de la

población con los dispositivos desplegados por la relación entre políticas públicas y privadas en salud y el Estado.

Durante el periodo formativo de la moderna ciencia médica y clínica, el denominado contexto cultural (el medio, la sociedad y la cultura del enfermo y de la enfermedad) desapareció o fue reducido a una variable objetiva dentro del conocimiento y la práctica clínica, por lo que el cuerpo del paciente se convirtió en un objeto experimental y positivo, resultado de una práctica técnica que condujo a la toma de decisiones racionales sobre el cuerpo del sujeto-paciente; en consecuencia, “El paciente ideal viene a ser hoy uno intubado, monitorizado, que recibe alimentación parenteral para que no defeque, que orina mediante una sonda, y sobre el cual las computadoras alimentan de parámetros objetivos las decisiones que un médico supervisa desde un dispatching”.^{9,43}

En otras palabras, el objeto ideal del conocimiento y de la práctica clínica es el paciente, el sujeto sobre quien recaen los saberes médicos, en todas sus acepciones, articulados al sistema estatal de la medicalización.

Sin embargo, la presencia y la visibilidad política, social y cultural cada vez mayor de poblaciones étnicas (indígenas y afro descendientes) y sus cosmovisiones en salud en los países de América Latina, está produciendo un efecto distinto al anterior; mucho menos reducible a variables discretas, y que sí pone en cuestión la propia racionalidad del modelo médico.⁹

Al respecto, Comelles,⁴³ refiere a este fenómeno en ascenso, como la atención de emergencias y de los problemas que plantea a los servicios de salud, la presencia de una población que no es el resultado de una medicalización del cuerpo, la salud y la enfermedad, pero que previamente ha sido medicalizada porque ha recibido formación

básica, media o superior en salud moderna en atención primaria, en salud mental o que precisa un seguimiento clínico.

Desde otra perspectiva, la del paciente medicalizado pero que pertenece a etnias y culturas autóctonas, la evidencia antropológica ha demostrado que cuando se agotan las posibilidades de la biomedicina muchos pacientes recurren a formas médicas tradicionales con buenos resultados, lo que indica la posibilidad de su uso como un complemento factible y realista que se traduce en una ampliación de la visión biomédica de la salud.^{9,47}

Desde las últimas décadas, ha surgido un nuevo escenario internacional en salud que plantea el reconocimiento, la comunicación y la interacción intercultural, mediada por “la intersubjetividad y la co-producción de saberes que van a ocupar la parte principal de la escena, de un modo idéntico a como se produce con los ciudadanos del país”; pero se presenta a través de una situación considerada novedosa en donde los clientes y profesionales no pueden de manera inmediata co-participar con la misma complicidad que ha construido el sistema de salud moderno entre los profesionales de la salud y los ciudadanos; lo que significa que se da lugar a la identificación intercultural de saberes no modernos, ligados a la base cultural de quienes se consideran usuarios o ciudadanos culturalmente distintos (las comunidades étnicas), pero que demandan los servicios de salud.^{46, 33,9}

Es en este punto, donde la diversidad cultural asociada a la presencia de pueblos indígenas y comunidades afro descendientes en América Latina logra proponer elementos de reorganización de la cultura en salud en el conjunto de la población, “tanto porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, porque desafía las culturas de organizaciones de los profesionales

y de las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación”.⁴² Situación que supone, desde el punto de vista estatal, el reconocimiento de los derechos de las culturas y las comunidades étnicas, quienes por tradición se han considerado usuarios o pacientes que se camuflan bajo el distintivo de homogeneidad cultural de una nación, terminando por hacer invisible la cosmovisión y la singularidad de lo diverso cultural.⁹

Basados en este contexto, la recuperación de la diversidad cultural en salud consiste en lograr construir nuevas y fructíferas relaciones entre las diversas comunidades étnicas, la ciudadanía, los profesionales de la salud y las instituciones estatales y privadas de salud, apuntando a la construcción de nuevos significados en APS en un contexto multicultural, como lo es el de los países latinoamericanos.^{48,49}

Desde la declaración del Alma Ata propuesta por la OMS en 1978,^{44,50} hasta la fecha, se reconoce la necesidad de renovar las estrategias de APS en salud materno infantil en contextos interculturales, incluyendo el dominio de los saberes y las prácticas producto de la medicina tradicional con base étnica, para contribuir a reducir los índices de morbilidad de grupos poblacionales específicos y de esta manera, mejorar la calidad de vida de las personas, incidiendo de forma directa en el desarrollo social de regiones con población vulnerable.^{9,12}

Es en este escenario, como señala Comelles, “basado en el mestizaje cultural y la hibridación [...]”, donde pueden observarse cambios muy profundos y diversos en “la percepción de las amenazas de salud en las sociedades, en los patrones de uso de los servicios y en la retórica política que sustituye hoy la idea de enfermedad por la de salud”; pero ubicados en un contexto en el cual la diversidad cultural se torna en un problema nuevo y esencial para el desarrollo de los pueblos.⁴³

Una apuesta hacia el cambio: interculturalidad en salud y diálogo de saberes

De acuerdo con Albo, “la interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa culturas”.³² Por extensión, “se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura” Desde otra perspectiva, también se habla de interculturalidad en términos más abstractos, “al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión indígena y la occidental”; no obstante, este último uso se deriva de la perspectiva educativa o académica.³²

Por otra parte, las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción de quien es culturalmente distinto o por lo menos a su disminución y asimilación, como sucede en las sociedades neocoloniales. Inversamente, son positivas si conllevan a la aceptación y al diálogo con quien es culturalmente distinto, pues se genera un enriquecimiento mutuo, aprendiendo unos de otros. De manera significativa, la simple tolerancia hacia el que es culturalmente distinto, sin un verdadero diálogo enriquecedor, no llega a convertirse en interculturalidad positiva.³²

La interculturalidad positiva indica tres direcciones y actitudes correspondientes hacia las cuales se debe enfocar el desarrollo del diálogo entre culturas de la salud, a saber:

- La actitud hacia adentro de la propia cultura, que es para fortalecer la estructura interna personal y grupal: la propia identidad. Es la primera cabeza del puente intercultural.
- La actitud hacia arriba, como primera situación social para acercarse al otro, y es la más típica de los grupos oprimidos; sirve como un mecanismo para escapar de las marginaciones y las discriminaciones que les hacen sufrir los que se sienten “arriba”. Pero

sólo será una actitud intercultural positiva cuando no implique el rechazo de la propia cultura, sino una apropiación selectiva de aquellos rasgos culturales que les parezcan buenos para su propio fortalecimiento.

- La actitud hacia abajo, como situación de acercamiento al otro, desde una situación de mayor poder; es la más difícil pero a la vez la más necesaria para llegar a establecer relaciones interculturales de equidad en el conjunto de la sociedad. Para que esta actitud sea plenamente positiva tiene que superar no sólo las habituales discriminaciones sino también una actitud de simple servicio asistencial de quien se siente con todas las soluciones (el sistema de salud), y aceptar más bien al distinto como tal (comunidades étnicas).³²

Estas 3 actitudes y direcciones se compaginan con los planteamientos propuestos por la OPS, en apoyo de la OMS, para quienes se han logrado generar modificaciones en cuanto a lo que significa la interculturalidad positiva (y las actitudes hacia dentro, arriba y abajo) enfocada hacia la salud de los pueblos indígenas y afro descendientes.^{34,13} Lo que significa lograr una interculturalidad que no es meramente la reproducción del modelo asistencial o de la medicalización moderna de la salud, sino la puesta en marcha de un paradigma autónomo de rescate y empoderamiento de la medicina tradicional y los saberes ancestrales en salud.⁹

Cunningham, en su trabajo *Etnia, Cultura y Salud*,⁵² desarrollado en Nicaragua y retomado por Espinosa y Ogazón,²⁹ logra distinguir cuatro enfoques o paradigmas sobre lo que hay que considerar al elegir el paradigma intercultural durante la atención de la salud tanto a nivel individual como colectivo. Los cuatro modelos permiten hacer visible que la interculturalidad en salud no siempre conduce a los mismos fines y que en el mejor de los escenarios, el enfoque

autónomo es el más adecuado para el contexto de los países que cuentan con pueblos indígenas y afro descendientes en situación de vulneración social y de sus derechos. Ellos son:

- *Modelo paternalista o integracionista*: Se deriva de las políticas de integración, asimilación o indigenista. Reconoce la diversidad, pero plantea medidas verticales de arriba hacia abajo. El médico y personal de salud es el experto y las comunidades solamente reciben conocimientos, recetas externas.
- *Culturalista*: Reconocimiento del pluralismo cultural, otorga mayor grado de importancia a la lengua, los aspectos didácticos. Las consultas son sin previa información y con base en metodologías diseñadas desde afuera. No interesan los procesos pedagógicos, ni la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucradas en la organización de programas y proyectos de salud.
- *Convivencia*: Se plantea para la coexistencia armónica entre los distintos grupos étnicos. Promoción de estudios etnográficos para conocer las culturas, sus tradiciones y partir de ello para poder convivir u organizar los programas de salud.
- *Autonómico o empoderamiento*: Parte del ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades, hacia una relación más equitativa de poder. La salud se deriva de los derechos sustantivos de los pueblos y comunidades respetando sus representaciones sociales. Promueve la organización de los servicios de salud que surjan de las comunidades; afianza la identidad colectiva y participación en las decisiones desde la organización hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud. Su práctica permite convertir a los sujetos sociales en actores sociales, por lo que busca su inclusión y visibilización.

Con base en lo que significa el paradigma de la interculturalidad autonómica o de empoderamiento, es clave el reconocimiento de espacios de comunicación, discusión y negociación bajo lo que Espinosa y Ogazón consideran: “relaciones simétricas de poder que obligan a cada sujeto social en la mesa de diálogo a adoptar una postura de crítica y autocrítica para deliberar, escoger y decidir lo que convenga al individuo en colectividad”.²⁹

Del mismo modo, esto significa que el diálogo intercultural autónomo es la mejor herramienta para conducir a las comunidades culturalmente diversas hacia la gestión de la salud desde su punto de vista, es decir, desde sus valores, creencias, normas e historias compartidas, prácticas y con un proyecto en común, en diálogo permanente con los actores sociales y culturales que son distintos de su realidad a nivel político, social y cultural.⁹

La aproximación dialogada con las comunidades en contextos interculturales, permite no sólo el rescate de las prácticas culturales de las comunidades afrocaucanas e indígenas que habitan en la región del Pacífico colombiano, también permite considerar las características de los diferentes ecosistemas que lo conforman: la selva húmeda tropical, el curso de los ríos, el piedemonte de la cordillera, y la manera como este medio ha influido en el conocimiento de plantas, minerales y técnicas tradicionales en salud, en sus modos de producción, en la cotidianidad de la vida, y especialmente, en la manera como se reciben los niños y las niñas al nacer, en los modos de alimentación, en las costumbres, en los hábitos y en todas aquellas manifestaciones que dan cuenta de un folklore, de un ritmo de vida, de una región diversa, llena de mitos y tradiciones.^{9,29,51} Es necesario ser conscientes que estos conocimientos y sus prácticas en salud han sido poco estudiados y aunque se han identificado los factores sociales

de riesgo de estas poblaciones vulnerables, el acercamiento cultural para la renovación de las estrategias de salud en APS materno infantil debe convertirse en una prioridad para la visibilización, reconocimiento y empoderamiento de estrategias de salud con base en los saberes tradicionales afro colombianos.

Hasta este punto, consideramos que la interculturalidad en relación a la situación de salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas debe ser concebida como una estrategia metodológica novedosa para generar confianza, comprender y cerrar las brechas culturales, creando espacios de encuentro entre las comunidades de base, los agentes del sistema biomédico y la academia universitaria.

Al respecto, consideramos que el diálogo intercultural se justifica por la necesidad de atender y conocer las construcciones culturales que tienen las comunidades afrocaucanas sobre el embarazo, su cuerpo y la familia; así como el identificar los patrones culturales de salud y cuidado que se le brindan a esta población por parte del sistema de salud, sus familias y cuidadores.

Finalmente, como muestra de la importancia de este tipo de propuestas, señalamos los resultados de una investigación en donde la cultura y la salud tienen su punto de encuentro. Se titula: *“Diversidad cultural de sanadores tradicionales afro colombianos: preservación y conciliación de saberes”*.⁵³ Aquí se toman en consideración las prácticas populares de los sanadores de la región pacífica caucana de Guapi (“Sanadores guapienses”), a quienes se les asigna la tarea de sanar y quienes a su vez, por tradición oral enseñan el uso del saber mágico, las plantas y las técnicas. En conclusión, este estudio revela que para los sanadores el mundo mágico de los ancestros africanos constituye la base de sus

tratamientos, pero son ellos, en la encrucijada con el tiempo moderno, quienes encuentran poco interés de las generaciones más jóvenes para querer continuarlos, lo que significa que se deben adelantar estudios para reivindicar este cúmulo de conocimientos antes de su probable extinción.

Conclusiones

Las comunidades afrocaucanas son poseedoras de una gran riqueza de conocimientos y tradiciones en salud materno infantil que aún no han sido reconocidos e incorporados al sistema de salud y mucho menos reconocidos por la academia científica, debido a que prevalece una concepción de salud y comprensión de la enfermedad que se basa únicamente en la medicalización del cuerpo, en el reconocimiento clínico occidental de patologías o aspectos biológicos que indican algún desequilibrio, por lo que se descuidan otros factores de orden cultural, ambiental y espiritual que inciden en el reconocimiento de la salud como un tema cultural, ancestral, tradicional y casero propio de esta población.

La interculturalidad en el área materno infantil debe ser concebida como una estrategia metodológica que permita generar confianza, comprender y cerrar las brechas culturales creando espacios de encuentro y empoderamiento, ya que la interculturalidad sobrepasa lo étnico al interpelar toda la sociedad en su conjunto, pues implica la interrelación e interacción dialógica de diversos y diferentes actores sociales, representados por etnias, regiones y comunidades con distintas representaciones simbólicas en salud.

El propósito de reconocer y rescatar la medicina tradicional y los saberes ancestrales en salud materno infantil, a partir del enfoque diferencial que exponen las comunidades afrocolombianas,

conlleva hacia el rescate de su identidad cultural y étnica y al mismo tiempo, se contribuye a la reducción de los índices de morbimortalidad materno infantil en el departamento del Cauca, cumpliendo la meta nacional y latinoamericana de los Objetivos de Desarrollo del Milenio No. 4: "reducción de la mortalidad infantil" y No. 5: "reducción de la mortalidad materna".

El diálogo de saberes, producto de la interculturalidad autonómica, constituye el encuentro no colonizador entre la cultura ancestral de los pueblos con la cultura moderna de la salud, permitiendo la construcción de espacios de diálogo.

Referencias

1. Bermejo, R. OPS. Cien años de cooperación al Perú: 1902-2002. Lima (Perú): Biblioteca virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental, OPS; 2002.p.75-96. Consultado el 10 de julio de 2012 en: <http://www.bvsde.paho.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=bvsde.bibliografica&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=BVSDE.REP2000.00023642&indexSearch=ID>
2. Roses M. Discurso de posesión. Directora Organización Panamericana de la Salud. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Washington: Vol. 13, no. 2/3. (Feb-mar 2003); 2003.Consultado el 12 de junio de 2012 en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000200024
3. Organización Mundial de la Salud OMS. Informe sobre la salud en el mundo: Cada madre y cada niño contarán. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2005. Consultado el 23 de abril de 2012 en: <http://www.who.int/world-healthday/previous/2005/es/>
4. Centro de Estudios Médicos Interculturales CEMI. Programa gestores comunitarios en salud. Página oficial: <http://www.cemi.org.co>. 2010.Consultado el 2 de mayo de 2012:<http://www.cemi.org.co/images/PUBLICACIONES/Gestores%20Comunitarios%20de%20Salud.pdf>

5. Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2002. (Documento WHO/EDM/TRM/2002.1). Consultado el 28 de enero de 2012 en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4930s/>
6. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 90-05. Mejorar la salud sexual y reproductiva. Colombia: Profamilia; 2005. Consultado el 18 de abril de 2012 en: http://www.eclac.org/colombia/noticias/documentosdetrabajo/1/39731/Objetivos_5_y_6.pdf
7. Departamento Nacional de Planeación DNP. Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014. Bogotá, Colombia: DNP; 2010. Consultado el 18 de marzo de 2012 en: <http://www.dnp.gov.co/PND/PND20102014.aspx>
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Colombia PNUD. Proyecto milenio: Una apuesta para avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en municipios del Norte del Cauca con población significativamente afro descendiente. Bogotá (Colombia): Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Colombia; 2008. Consultado el 23 de noviembre de 2011 en: http://www.pnud.org.co/img_upload/36353463616361636163616361636163/Proyeccion_Milenio_Afros_Cauca_ultima_version_2_1.pdf
9. Portela H, Astaiza N, Rodríguez S, Guerrero N. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. *En: Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. No. 37, (septiembre-diciembre de 2012). Fundación universitaria católica del Norte, Colombia. Consultado el 26 de octubre de 2012 en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/393>
10. Secretaría de Salud Departamento Del Cauca SDSC. Diagnóstico epidemiológico departamento del Cauca 2007. Popayán (Cauca): Secretaría de Salud Departamento Del Cauca; Marzo de 2008.
11. Secretaría de Salud Departamento Del Cauca SDSC. Diagnóstico epidemiológico departamento del Cauca 2009. Popayán (Cauca): Secretaría de Salud Departamento del Cauca; Marzo de 2010.
12. Mininterior. CONPES 140. Modificación a CONPES social 91 del 14 de junio de 2005: "metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015". Bogotá (Colombia): Mininterior - consejería para la política social - comisión consultiva de alto nivel DNP: UPRU.; septiembre 20 de 2004. Consultado el 11 de junio de 2012 en: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=ZFHVvmnE1s8%3d&tabid=340>
13. Organización Mundial de la Salud OMS. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2002. Consultado el 18 de febrero de 2012 en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
14. Romero M. Hoja de ruta para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables. OMS. Washington, D.C: OPS; 2006.
15. Brommet A, Lee, Serna J. Atención primaria: Una estrategia renovada. *En: revista Colombia Médica Vol. 42 N° 3, 2011 (Julio-Septiembre)*. Cali: Universidad del Valle, Facultad de Salud; 2011. Consultado el 26 de marzo de 2012 en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/3112/1/atencion.pdf>
16. Tejada D. Alma-Ata 25 años después. Ginebra (Suiza): Revista Perspectivas de Salud; 2003. Consultado el 23 de febrero de 2012 en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm
17. Unión Temporal Alianza Progreso Afro APRA. Unión temporal alianza progreso afro. Plan nacional de desarrollo comunidades afrocolombianas negras, raizales y palenqueras 2010 - 2014. Comisión de estudio Plan nacional de desarrollo negras, raizales y palenqueras, 2010 - 2014. Bogotá (Colombia): Unión Temporal Alianza Progreso Afro, 2010. Consultado el 4 de junio de 2012 en: http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3iiuXj_H_04%3D&tabid=273
18. Mininterior. CONPES 2909. Programa de apoyo para el desarrollo y reconocimiento étnico de las comunidades negras. Mininterior -

- Consejería Para La Política Social - Comisión Consultiva de Alto Nivel DNP: UPRU. Bogotá (Colombia): Mininterior; 26 de Febrero de 1997. Consultado el 11 de junio de 2012 en: http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDTS/Ordenamiento_Desarrollo_Territorial/3g04CNCONPES2909.pdf
19. Reales L. Informe del Movimiento Nacional Afrocolombiano Cimarrón sobre la situación afrocolombiana de derechos humanos (1994-2004). En: Comunidades étnicas en Colombia. Cultura y jurisprudencia. Carlos Parra Dussán y Gloria Amparo Rodríguez (eds.). Bogotá: Centro Editorial de la Universidad del Rosario; 2005.
 20. Giraldo A, Toro A, Macías L, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista: Hacia la promoción de la salud, volumen 15, no.1, enero - junio 2010. P. 128 - 143. Consultado el 18 de mayo de 2012 en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_9.pdf
 21. Caramés M. Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. España: Universidad de Castilla-La Mancha. Quito (Ecuador): Ediciones Abya-Yala; 2004. p. 31-51.
 22. Amescua M. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. Granada (España): Index de Enfermería, otoño 2000, año IX N° 30 (mayo, 2000); 2000. p. 30-35.
 23. Castro E, Muñoz S. Creencias y actitudes culturales que influyen en el abandono de los programas de control prenatal en Hospital del Norte, HSLV, HUSJ. Popayán (Cauca): Hospital Universitario San José; julio a septiembre del 2005.
 24. Comelles J. La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. Revisión en Salud Pública. Quito (Ecuador): Ediciones Abya-Yala; 1993. p. 169-192.
 25. Congreso de la República. Ley 1438 de enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones Artículos 10, 12 y 13. Colombia: Congreso de la República; 2011. Consultado el 12 de febrero de 2012 en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html
 26. Organización Mundial de la salud OMS. Metas del Milenio para Colombia. Objetivo 4. "reducir la mortalidad en menores de 5 años". Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la salud; 2011. Consultado el 12 de septiembre de 2011 En: <http://www.dnp.gov.co/Programas/Educacion/C3%B3nyculturasaludempleoyopbreza/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/ObjetivosdeDesarrollodelMilenio.aspx>.
 27. Organización Mundial de la Salud OMS. Directrices de la OMS sobre buenas prácticas agrícolas y de recolección (BPAR) de plantas medicinales. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la salud; 2003. Consultado el 28 de enero de 2012 en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5527s/s5527s.pdf>
 28. Unidad de Organizaciones Afrocaucanas UAOFROC. Agenda de desarrollo para las comunidades afrocaucanas de las zonas norte, centro y sur 2008 - 2018. Puerto Tejada, Cauca (Colombia): Unidad de Organizaciones Afrocaucanas; Julio de 2007. p. 42. Consultado el 23 de marzo de 2012 en: <http://www.convergenciagnoa.org/files/2.%20cartilla%20AGENDA%20DE%20DESARROLLO%20AFROCAUCA%202008-2018.pdf>
 29. Espinosa C, Ogazón Y. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. En: revista CIENCIA ergo sum. Vol. 16-3, noviembre 2009-febrero 2010. México: Universidad autónoma del Estado de México, Toluca. México; 2010. p. 293-301.
 30. Sandoval R. La no subordinación es el principio de la emancipación. En revista: La Jornada de Jalisco. México: 4 de junio de 2008. Recuperado el 26 de marzo de 2011 en: <http://www.lajornadajalisco.co.mx/.2007/06/04>
 31. Vesga B A. Diálogo de saberes. Encuentro internacional de agentes tradicionales, partería y enfermería. En: revista entramado, vol.3 no. 1, 2007 (enero - junio). Cali, valle del Cauca (Colombia): Universidad Libre; 2007.
 32. Albó X. Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA). La Paz. Bolivia. En: salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas

- antropológicas. Universidad de Castilla - La Mancha (España). Quito-Ecuador: ediciones Abya-Yala; 2004. Págs. 65-74.
33. Organización Panamericana de la Salud OPS. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS; 2007. Consultado el 30 de noviembre de 2011 en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf
 34. Organización Panamericana de la Salud OPS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Washington: OPS; 2007. p.37-45. Consultado el 6 de mayo de 2012 en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31302.pdf>
 35. Colombia. Senado de la República. Constitución política de Colombia de 1991. Artículos 7, 8 y 13. Senado de la República, Santa Fe de Bogotá; 1991.
 36. Serrano M. Educación para la salud y participación comunitaria: líneas básicas en el estudio de la educación para la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1990. p. 25-41.
 37. Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C. y Grupo de trabajo de atención primaria de salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. Organización Panamericana de la Salud; 2007. (2/3):73-84. Consultado el 17 de marzo de 2012 en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
 38. Acción Social. Oferta de políticas, planes y programas para la población afrodescendiente desde el gobierno nacional, y sugerencias para la cooperación internacional. Bogotá, Colombia: Acción Social; 2008. Consultado el 17 de abril de 2012 en: http://www.accionsocial.gov.co/documentos/afros_espa%C3%B1ol.pdf
 39. Colombia. Ley 218 de 1996 "Ley Páez". Santa Fé de Bogotá; 1996
 40. Colombia. Mininterior. CONPES 3169. Política para la población afrocolombiana. Mininterior - Consejería Para La Política Social - Comisión Consultiva de Alto Nivel DNP: UPRU. Bogotá, (Colombia): Mininterior; Mayo 23 de 2002. Consultado el 11 de junio de 2012 en: http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDTS/Ordenamiento_Desarrollo_Territorial/politica%20poblaci%C3%B3n%20afrocolombiana%203169.pdf
 41. Mininterior. CONPES 3310. Política de Acción Afirmativa para la Población Negra o Afrocolombiana. Mininterior - Consejería para la Política Social - Comisión Consultiva de Alto Nivel DNP: UPRU. Bogotá, (Colombia): Mininterior; septiembre 20 de 2004. Consultado el 11 de junio de 2012 en: http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDTS/Ordenamiento_Desarrollo_Territorial/3g03CNCONPES3310.pdf
 42. Perdiguero E, Comelles J, compiladores. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona (España), Bellaterra; 2000.
 43. Comelles J. El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En: salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Universidad de Castilla - La Mancha (España). Quito (Ecuador): ediciones Abya-Yala; 2004. p. 17-30.
 44. Conde D. Posibilidades de la medicina tradicional Hurdana en el entorno sanitario actual de la zona. Salamanca (España): Centro de documentación de las Hurdes; 2011. Consultado el 05 de marzo de 2012 en: <http://es.scribd.com/doc/67609546/Posibilidades-de-la-medicina-tradicional-hurdana-en-el-contexto-sanitario-actual-de-la-zona>
 45. Foucault M. *Naissance De La Clinique*. París (France): Presses Universitaires De France; 1963.
 46. Menéndez E. *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS; 1990.
 47. Portela H. Enfoques antropológicos sobre la Atención Primaria en Salud: Integración de la Medicina Alopática y Tradicional. *Revista Maguaré*, 4 139-150. Colombia: 1987.

48. Roses P. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. OPS; 2007; 21(2/3):65-9.
49. Mato D. *Compilador. Diversidad cultural e interculturalidad en educación superior. Experiencias en América Latina*. Caracas: Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC). UNESCO; 2008. Consultado el 20 de abril de 2012 en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001838/183804s.pdf>
50. Organización Mundial de la Salud OMS. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud de Alma-Ata. Kazajistán: Organización Mundial de la salud; del 6 al 12 de septiembre de 1978. Consultado el 17 de marzo de 2012 en: Informe sobre la salud en el mundo 2008. <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>.
51. Bastidas M, Pérez F, Torres J, Escobar G, Arango A, Peñaranda F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *InvestEduc. Enferm.* 2009; 27: 104-111.
52. Cunningham M. *Etnia, Cultura y Salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*. Managua, Nicaragua: CADPI; 5 de abril 2002. Consultado el 21 de febrero de 2012 en: http://www.cadpi.org/cadpi/files/9113/0455/6924/Etnia_cultura_y_salud_M_Cunningham.pdf
53. Lucero L, Cataño H, Velásquez V. Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Revista Aquichan*, vol. 11, núm. 3, diciembre, 2011, pp. 287-304, Universidad de La Sabana, Colombia. Consultado el 17 de julio de 2013 en: <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/741/74121424005.pdf&chrome=true>.