

Epistemes – otras: contribución potencial a la organización intercultural de la salud en Colombia

Epistemes - other: potential contribution to intercultural health organization in Colombia

Hugo Portela-Guarín¹

¹ PhD. En Antropología. Profesor Titular del Departamento de Antropología, Director del grupo de Investigación Antropos, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. e-mail: hugoportelaguarin@gmail.com

Fecha de recepción: Abril 16 - 2014

Fecha de aceptación: Octubre 15 - 2014

Portela H. Epistemes – otras: contribución potencial a la organización intercultural de la salud en Colombia. Univ. Salud. 2014;16(2): 246 - 263

Resumen

El artículo de reflexión da cuenta que el Sistema de Salud en Colombia, al operar bajo los criterios de la Ley 100 de 1993, no hizo previsiones pertinentes para garantizar la letra de la jurisprudencia, y se quedó en la imposición de un modelo único que desconoce la diversidad sociocultural colombiana con sus epistemes y prácticas curativas heterogéneas que han permanecido en el tiempo, no obstante la variedad de estrategias que han buscado eliminarlas. De esa experiencia de resistencia hacen parte 87 pueblos indígenas que han sobrevivido por sus destrezas y principios culturales al construir el presente de manera permanente y no coyuntural, en contextos de cambio y transformación, donde no propiamente la permanencia de “elementos arcaicos” define sus etnicidades. De ser acogidas las epistemes-otras, podrían contribuir en la organización de la salud en una perspectiva intercultural y de servicio público para fortalecer los territorios, gobiernos y culturas indígenas.

Palabras clave: Indígenas, epistemes-otras, prácticas curativas diferentes, sistema de salud, población indígena. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

The reflection article reports that the Health System in Colombia, due to its operations under the standards of the law 100 of 1993, did not do relevant provisions to guarantee the accomplishment of the law, and it was limited to the imposition of a unique model that does not recognize the Colombian sociocultural diversity with its epistemes and heterogeneous healing practices that have remained on time, despite the variety of strategies that have tried to eliminate them. There are 87 indigenous people from this resistance experience who have survived, thanks to their abilities and cultural principles, by constructing the present constantly and not conjectural in contexts of change and transformation, where the permanence of "archaic elements" is not exactly what defines their

ethnicities. If the epistemes-others were recognized, they could contribute to the organization of health in an intercultural perspective and public service to strengthen the territories, governments and indigenous cultures.

Key words: Indigenous, epistemes-others, different healing practices, health system, indigenous people. (Source: DeCS, Bireme).

1. Los indígenas en el Sistema de Salud de Colombia

En Colombia el Sistema de Salud se administra de manera descentralizada con soporte en la ley 100 de 1993 y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creados en el año de 1993. Las funciones de regulación y financiación son ejercidas por el Estado, y las de articulación y provisión por el sector privado.¹ En consecuencia con las primeras, el gobierno central transfiere en alta proporción, las competencias y los recursos a los gobiernos departamentales y municipales, con el propósito de ir garantizando el cubrimiento de servicios de salud a toda la población con criterios de equidad y calidad mediante “el régimen contributivo” y “el régimen subsidiado” bajo esquemas de redistribución del ingreso y de solidaridad.

El primer régimen es financiado por las personas que reciben un salario y que pueden pagar un seguro -afiliados-. **“el régimen subsidiado”** es financiado con un porcentaje del pago de los afiliados al contributivo, las rentas nacionales, los recursos propios de las entidades territoriales, los recursos de los juegos al azar y las loterías, y las regalías que se obtienen por la explotación de recursos del subsuelo; a él se afilian los miembros de las poblaciones calificadas como “pobres o vulnerables”, y los “grupos especiales” donde se incluyen las personas abandonadas, desplazadas, desmovilizadas de los grupos armados no estatales y los indígenas que ascienden a 1.392.623 personas repartidas en 87 pueblos indígenas, los cuales habitan en 710 resguardos titulados que ocupan una extensión aproximada de 34 millones de hectáreas en 228 municipios (29,84%) del territorio nacional.

El 78% de la población indígena habita en zonas rurales y un porcentaje menor habita en zonas urbanas. En los últimos años el porcentaje ha aumentado por varios factores, por un lado el agotamiento de las tierras de los resguardos y por el otro, por el desplazamiento forzado causado por las graves violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario que han tenido que padecer.² Existe otro grupo de personas que no califican para los dos regímenes señalados y se les denomina “personas vinculadas al sistema” que son atendidas por IPS públicas o privadas bajo un esquema de demanda que se contrata por los gobiernos locales y departamentales.

Para el “régimen contributivo” se estableció una oferta de servicios de salud específica bajo el Plan Obligatorio de Salud (POS) administrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS); para el “régimen subsidiado” el ofrecimiento se hace mediante el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) - con un radio de acción un poco más reducido que el anterior “coherente” con el perfil epidemiológico y la vulnerabilidad de la población de la zona. Las EPS contratan con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas y privadas.³

La planeación de los servicios de salud y las acciones de salud pública en el “régimen subsidiado” se rigen por unos principios que quedaron plasmados en la Ley 691 de 2001 que consisten en el respeto por la cultura, la articulación de las medicinas indígenas con la biomedicina, el fortalecimiento de los promotores de salud indígenas que venían de la estrategia de Atención Primaria en Salud como puentes articuladores entre **epistemes otras** y

los sistemas de salud, la gratuidad por la atención, las consultas previas y, el seguimiento y control por las comunidades en el diseño y ejecución de acciones relacionadas con salud indígena, y la vinculación de miembros de las comunidades en los gobiernos departamentales y en el Ministerio de Protección Social y Salud como interlocutores permanentes para la atención a las comunidades indígenas.

Los municipios y los departamentos de acuerdo con esta legislación para indígenas, y a partir de “censos actualizados” presentados por los gobiernos indígenas, se responsabilizan de sus afiliaciones al “régimen subsidiado”. La población indígena del departamento del Cauca es de 248.532 y corresponde al 21.55% del total del Departamento. Está compuesta por Nasas, Guambianos, Yanaconas y Coconucos (Zona Andina), Ingas (Piedemonte Amazónico), y Eperá Sia Pidara (Llanura Pacífica).

Los municipios de acuerdo a las transferencias económicas del nivel central, asignan un número

de afiliaciones que debe aumentar cada año, hasta lograr la cobertura total de la población clasificada para “el régimen subsidiado”. En esta misma normatividad se establece que los municipios y los gobiernos indígenas contratan las EPS, que a su vez contratan los servicios de atención médica con las IPS.

2. Ley 100 de 1993 – derechos indígenas

La Constitución política de Colombia promulgada en el año 1991 admitió la existencia de un país multiétnico y pluricultural⁶ con derechos (Cuadro 1), pero los avances en la carta magna no han sido suficientes para atemperar una organización estatal de servicios de salud a los nuevos requerimientos jurídico-políticos. Hoy la Ley 100 de 1993 por la cual se estructura el Sistema de Salud del país, sigue reflejando esa inadecuación. No obstante los ajustes que se han realizado en los últimos 21 años, se mantiene un modelo basado en seguros individuales, con un amparo que no cubre todas las enfermedades y procedimientos terapéuticos.

Cuadro 1. Derechos de los pueblos indígenas según artículos en la Constitución Política de 1991

Artículos	Derechos
7	El reconocimiento a la diversidad étnica y cultural
10	A las lenguas y dialectos como oficiales en los territorios de los grupos étnicos, así como la enseñanza bilingüe en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias
68	Los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural
72	Se reconocen los derechos especiales que pudieran tener las etnias asentadas en territorios de riqueza arqueológica
96	La participación política de representantes indígenas en el Senado
246	La posibilidad de las autoridades de ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial
286	El reconocimiento de los territorios indígenas como entidades territoriales
287	La autonomía de las entidades territoriales
329	La participación de los representantes de las comunidades indígenas en la conformación de las entidades territoriales, así como el establecimiento de la propiedad colectiva y la inalienabilidad de los resguardos indígenas
330 y 356	La Constitución también establece que la explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas se hará sin desmedro de la integridad cultural, social y económica de las comunidades indígenas. En las disposiciones que se adopten al respecto el Gobierno habrá de propiciar la participación de los representantes de las respectivas comunidades. Establece como beneficiarios a los resguardos indígenas en la distribución de recursos o participaciones

Fuente: Constitución Política de Colombia de 1991

La Ley no se ha ocupado de operar una estrategia que permita conocer el perfil epidemiológico de la realidad multiétnica y pluricultural según las diferentes epistemes asociadas a los procesos de salud y enfermedad, como una guía fundamental para la organización de los servicios de salud en una perspectiva intercultural.

Ha propiciado la competencia entre las instituciones públicas y privadas existentes, y las que se crearon bajo el amparo de la nueva ley para la administración de los recursos destinados a la salud, diluyendo las competencias y responsabilidades del Estado en un caos y conflicto que ha sido constante.

El sentido que se imprimió al Sistema de Salud afloró con énfasis en un principio de servicio desde la macroeconomía, y no del derecho sociocultural; las personas dejaron de ser “pacientes” para pasar a ser clientes de un sistema inspirado en el libre mercado y la rentabilidad, aceptando que los servicios estatales de salud que no generan balances financieros positivos, no son viables.

Orientación que llevó a la burocratización y a la medicalización del proceso de salud y enfermedad, desde un manejo de la biomedicina, que generó deterioro en la calidad e inequidad de los servicios de salud en favor de intereses económicos privados, menguando poco a poco las posibilidades de sobrevivencia de los hospitales públicos. Además, la salud preventiva se entregó a contratistas privados cuya improcedente actividad se evidencia en el crítico comportamiento de la morbi-mortalidad evitable con acciones adecuadas.

Importantes experiencias que se habían heredado de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud con redes de curanderos locales, asociaciones de parteras, y otros agentes de salud locales en una articulación con los centros asistenciales de

salud, en actividades de prevención, vigilancia epidemiológica, atención básica y remisión, quedaron excluidas del nuevo orden en las zonas rurales con poblaciones dispersas; las actividades de salud quedaron circunscritos al ámbito de los intramuros y los centros asistenciales restringieron y condicionaron el acceso a los servicios.

La garantía de una salud pública por parte del Estado, en el territorio nacional según el mandato constitucional, hoy por hoy se encuentra en entredicho por la desarticulación entre la salud individual y la salud colectiva que aisló la atención de las enfermedades de los determinantes sociales.

Los determinantes sociales que más afectan y causan enfermedades en las comunidades indígenas tienen que ver con: a) la falta de un territorio, b) el conflicto armado, c) desplazamiento forzoso, d) discriminación del género femenino, e) la enajenación de los lugares sagrados, y f) un sistema de seguridad social en salud que no tiene en cuenta las particularidades propias de las culturas.

La concepción que tienen los planificadores y funcionarios del gobierno sobre la existencia de un único saber y práctica biomédica, no se corresponde con la coexistencia de diversidad de epistemes asociadas a la salud, la enfermedad y las prácticas curativas, y se impone todavía; ellos no logran advertir la complejidad del problema que enfrentan e insisten que la medicina es única, como si la cultura también lo fuera.

Esta visión de los funcionarios de alto rango contagia a los funcionarios de todos los niveles y genera conflictos cuando se encuentran con las visiones de indígenas, afros y mestizos de la sociedad colombiana que se expresan a través de sus reclamos sobre sus derechos en materia de salud.

Un ejemplo de ello, es el conflicto que se genera entre las concepciones de enfermedad como un evento individual –biomedicina- y la enfermedad como un evento social -culturas indígenas-.

Esta última concepción exige la presencia de la familia con el enfermo para favorecer el proceso de recuperación, pero dicho requerimiento es incomprensible para el personal de salud; además, la estructura del sistema no permite su aceptación.

Ante el cuestionamiento que las experiencias cotidianas hacen de sus paradigmas burocráticos, el personal de salud asume posiciones que desvalorizan e ignoran el sentido de sus solicitudes presumiendo falta de educación; y la “educación”, o mejor, los criterios que ellos emplean para educar, los sustentan en parámetros donde la salud y la enfermedad, la prevención y el tratamiento, la vida y la muerte, sólo pueden ser entendidos desde la racionalidad económica.

Para las culturas de la salud indígenas el proceso salud-enfermedad se funda en principios de equilibrio, armonía y reciprocidad, que hacen del ser humano una integralidad que impide que se vea como una separación biológica y cultural tan presente en el paradigma biomédico.

La importancia de la sociedad como constructora de los parámetros del bienestar individual-social-colectivo, se puede evidenciar en la permanente búsqueda de una vida en armonía y equilibrio en los diferentes momentos de sus cotidianidades que constantemente ritualizan.

En este marco filosófico los rituales que materializan el pensamiento de estas comunidades no pueden ser vinculados con el campo semántico de la ilusión y el empirismo, como tampoco afirmar, sobre ellos, que desconocen los mecanismos de la acción terapéutica.

De sus terapéuticas culturales hacen parte: el rito (como espacio y mecanismo de socialización y re-socialización permanente de la historia); los hombres sabios (especializados en la lectura del territorio, el conocimiento de la historia y la cohesión intracomunitaria); y el cabildo u órganos de gobierno (que dirimen los conflictos al interior de las comunidades, aseguran la justa distribución de las tierras y ante el mundo de afuera representan la legítima existencia del indígena y defienden sus territorios).

En consecuencia, un reconocimiento de la diversidad implica una valoración equitativa de epistemes-otras o formas de conocer -aprehensión, significación y acción-, y entre éstas las asociadas con los procesos de salud que han garantizado la perdurabilidad de las sociedades con lógicas disímiles a las que sustentan la racionalidad biomédica.

En la tarea hacia el reconocimiento de los aportes de la diversidad cultural se hacen estudios encaminados a descubrir principios científicos en otras racionalidades e historias culturales; al no encontrarlos, se revive el conflicto entre los conocimientos y los saberes, donde estos se subordinan a las concepciones “científicas” y mercantiles de “la sociedad occidental” (no entendida como un referente geográfico sino cultural Occidente es una forma de sociedad, con orígenes en la Europa capitalista del siglo XVIII, que resulta de la combinación de la racionalidad ilustrada, la economía de mercado, la producción industrial, la democracia y la retórica de los derechos humanos).⁴

Los funcionarios más abiertos retoman los aportes de las culturas de la salud, pero las simplifican y reducen en términos de procedimientos no tanto para articular sino para integrar al sistema de salud, bajo traducciones inadecuadas para evitar consecuencias políticas y financieras.

Puede afirmarse que existe un mosaico de culturas de la salud en Colombia producto de un proceso histórico de más de 500 años. Herencia de españoles e indígenas, y en menor medida de los negros llegados del África, “triple legado de nuestra nacionalidad”, también con elementos comunes compartidos por sus “cabezas médicas” (el sobandero, la partera, el curandero) que hacen, de la herbolaria, el eje de las terapéuticas (la existencia en las huertas medicinales de plantas de uso corriente, corresponde a la medicina científica europea de los siglos XVI a XVIII como la manzanilla, el ajenojo, la ruda y el ajo entre otras).^{5,6,7}

Hoy se cuenta también con la importante presencia y aporte de las medicinas provenientes del viejo mundo, como la medicina tradicional China, la Hindú, y la Árabe, entre otras; de tal manera que la compleja relación de la diversidad con los servicios de salud, no sólo vincula a indígenas, afro descendientes, raizales, gitanos, sino también a los mestizos.

Hoy es inaceptable que ante la existencia de diversidad de saberes y prácticas médicas que dan respuestas a las diferentes maneras como se construye el cuerpo humano, la salud y la enfermedad, no exista un sistema intercultural de salud incluyente, y por el contrario se promoció y se impuso el modelo biomédico, individualista, monopólico y excluyente, centrado en seguros de salud.

A pesar de las dificultades, es posible construir espacios de encuentro para hacer alianzas hacia el logro de un bienestar que mantenga las particularidades y respete las diferencias.

Asumir la perspectiva de interculturalidad en salud requiere de un gran cambio que además de sumar voluntades particulares, persuada al ámbito político. Queda claro que en la cotidianeidad de la interculturalidad se está

configurando una cultura nueva, y no se puede estar de espaldas a ella.

La política para un sistema intercultural en salud debe apreciar e incorporar la coexistencia de variedad de conocimientos sobre salud y enfermedad, y posibilitar la construcción de nuevos discursos y rituales de sanación con la participación de la gente.

En esta tarea es deseable el concurso de la antropología que como disciplina biocultural seduzca teórica y metodológicamente a otras disciplinas. En función de dicha tarea debe primar una actitud donde nadie lo sabe todo, para aprender y aprovechar los aportes de las culturas con inquietud por el conocimiento-entendimiento, con mucha voluntad y gran capacidad de participar interactiva y recíprocamente en un plano horizontal.

Debe reconocer que la armónica relación entre territorio, orden colectivo y comportamiento personal es premisa que fundamenta el pensamiento indígena sobre la salud y la enfermedad, que a la manera de una ética regula los comportamientos individuales y sociales que garantizan la armonía y el bienestar.

Es en este contexto que es posible evidenciar el énfasis que hacen en la promoción y prevención o tratamientos de enfermedades, de trascendencia para la perdurabilidad biológica y cultural de los grupos.

Para propiciar encuentros que posibiliten la articulación de diferentes racionalidades, se requieren estudios sistemáticos que trasciendan lo descriptivo hacia un mayor análisis para evidenciar la configuración de las cosmovisiones transmitidas en la historia de contactos interculturales a través de los lenguajes, según las maneras de aprehender, significar y vivir el mundo.

Este ejercicio analítico y comparativo permitirá evidenciar diferencias con otros paradigmas de pensamiento y establecer límites, así como aportes que harán posible mejorar las condiciones de salud de los pueblos independientemente de sus historias y procedencias socioculturales.

En fin, los ciclos de la vida asociados a la concepción, el embarazo, el parto, la niñez, la vida adulta y la muerte, están acompañados de maneras de ver y vivir en el mundo de manera diferente a como se hace desde los paradigmas de la biomedicina; son contemporáneos y en sus historias particulares se reconoce su eficacia que perdura y resiste ante los embates de la globalización con sus armas para homogenizar el mundo.

En las siguientes líneas se referencian fragmentos de textos que dan cuenta de las formas de pensar de los mayores de las comunidades indígenas sobre la salud – léase concepciones o epistemes locales - para poner en evidencia la problemática compleja que asumen las relaciones diversidad-salud.

Se hace alusión a experiencias indígenas de la zona andina del Cauca, las más visibilizadas desde cuando los miembros de las comunidades fueron afiliados de manera colectiva en el Régimen Subsidiado de Salud.¹²

3. Epistemes-Otras

3.1. Territorio - pensamiento - cultura

Sus mitos sobre el origen del universo resaltan que los humanos devienen de la naturaleza y son unos seres más de los tantos que ésta ha dado; es decir, son producto de la naturaleza y no de un acto de creación divino, lo que plantea una diferencia radical de concepción y de relación con la naturaleza frente a las establecidas por el mito judeocristiano de la creación del mundo.

En esta perspectiva hay un denominador común, entre las sociedades indígenas, que consiste en asumir la relación con la naturaleza como una relación de ser vivo a ser vivo, de diálogo, de intercambio y no de dominación por el hombre omnipotente, donde los componentes vivos de la naturaleza asumen formas, nombres, funciones, y establecen lugares de morada que son diferentes en cada contexto cultural.

En el mundo Andino del Sur-Oeste Colombiano habitan los indígenas Nasa, Guambianos, Yanaconas y Coconucos que afirman que la tierra, el entorno y la naturaleza, son una mujer; y las plantas, los animales, el agua y los fenómenos atmosféricos - entre otros - son manifestaciones vivas con las que se establecen relaciones de amistad respetuosa en la permanente búsqueda de la armonía y el bienestar social.

El cuerpo de la madre tierra lo componen fundamentalmente, tres partes: “el mundo de arriba”, “el mundo de abajo” o inframundo, y uno intermedio o “este mundo”, donde se distribuyen el poder y la fuerza, razón de la existencia de territorios “no sagrados” (mansos, domésticos y cultivados) y “sagrados” (bravos, salvajes, incultivados).

Los sagrados, para las comunidades del suroeste andino se localizan con preferencia en lugares donde hay alta presencia de agua como las montañas, los páramos, las estrellas fluviales y las lagunas sagradas, son sitios de imágenes, de encantos y de la etno-génesis etno-cultural donde viven los espíritus y muchos dueños que cuidan la madre tierra y propenden por su armonía y equilibrio.⁸

Cuadro 2. Espíritus genésicos y poderes de la naturaleza en los tres mundos del pensamiento andino: Nasas, Guambianos, Yanaconas, Coconucos

Comunidades indígenas	Nasas	Guambianos	Yanaconas	Coconucos	Comentarios		
Espíritus genésicos	(-)Tay (frío) (+)Tay(calor)	(-) Pishi Pantsik (+) Pashi	(-) Frío Espíritus (+) Calor	(-) Frío Virtudes (+) Calor	Son fuerzas que dieron origen al mundo. Presentes como exceso, ausencia o equilibrio. Giran bidireccionalmente en el cosmos y en todo lo contenido en el como el cuerpo humano Es la versión actual de las fuerzas genésicas. Como fuerzas de la naturaleza con gran poder		
Mundo de arriba	Como poderes de la naturaleza	Ksya'wala	Kosro-usrikollik	Puma	Mama-Dominga	Son los dueños de la naturaleza y pueden difundir su poder a los seres humanos Pasan de dadores de poder y sabiduría a guardianes de las normas en sus diferentes manifestaciones en el siguiente mundo	
	Femeninos			Jucas	Pantasma		
	Masculinos		Pishimisak	Vírgenes (*)	Negro Jucas		
Este mundo	Formas que adquieren	Femeninos	Trueno			Es agua, es culebra, es arco hembra, permanece en este mundo vigilando las plantas medicinales y como dueña del agua circula por todo el territorio	
			Arco	Kallim (duende)	Duende	Madre Agua	Es el mayor poder una vez trueno, una vez duende
			Klyum (duende)	Páramo	Arco (hembra)	Arco (mujer	Es el maestro del chamanismo
				Arco	Viuda	culebra)	
				Duende Arco (macho)	Duende Arco	Duende Arco	
	Masculinos				Duende		
Todos los fenómenos atmosféricos tienen espíritu y reciben nombres específicos, las nubes negras dicen que es el mismo espíritu de pijaos- pishaw y de los niños que murieron sin ser bautizados. Ellos vigilan la cotidianidad de los miembros de la sociedad							
Mundo de abajo	Pijaos	Pishaw	Pijaos	Pijaos	Los pijaos, son los antepasados que no se dejaron bautizar y prefirieron enterrarse vivos Viven en las guacas y salen a la superficie en forma de nubes		
	yu' khipmenas (hombres sin rabito)		Tapanos	Tapanos	Los tapanos o sin culito son los hombrecitos primigenios que sostienen el mundo En unos casos reciben el nombre de Santo Tomás o Pedro Urdinales		
Espíritus del mundo	Santo Tomás (versión cristiana de yu' khipmenas)	Pedro Urdinales	Indios pintados		Se alimentan del vapor de las comidas		

(*) El Jucas del mundo Yanacona ha ido perdiendo su estructura mítica y se ha ido convirtiendo en leyenda a cambio de las vírgenes "remanecidas" que se perfilan como estructura mítica, jugando el mismo rol de Jucas, con la diferencia que este es de antes de Dios y las vírgenes después de Dios.

Entre los Yanaconas da cuenta de los tiempos “antes de Dios” y “después de Dios” haciendo referencia a antes y después del proceso evangelizador. Afirmando que el mundo de antes aún permanece con la existencia de los territorios sagrados donde viven Jucas, las personas que prefirieron la muerte antes que dejarse bautizar, y los niños que murieron antes del bautizo; habitantes que son “aucas” y vigilan y testifican la cotidianidad de los habitantes actuales.

La “pantasma negra” asume forma de nube negra para vigilar las lagunas del páramo, el “duende” se personifica en un ser humano muy pequeño con manos y pies torcidos que ronda los territorios que coinciden con los ecosistemas frágiles, la “madre agua” se hace visible en forma de mujer bonita o mujer blanca o en forma de culebra sobre las rocas o los cauces de agua, y en ocasiones se confunde con el “arco” que vive entre una y otra fuente de agua con poca corriente. (Cuadro 2).

Estas construcciones culturales proceden de las relaciones particulares que los indígenas establecen con los diferentes componentes de la cotidianidad y de las distintas formas de percibir, conocer y vivir en el mundo. Todos contamos con bases sensoriales similares, pero los procesos cognitivos de carácter esencialmente cultural, son los que determinan percepciones que se refieren a significados culturales relevantes.

La salvaguardia del territorio como sustrato espacial significado, es de responsabilidad individual y colectiva mediante la obediencia y acatamiento de la cosmovisión para posibilitar la armonía y el equilibrio que garantizan la salud de las personas. Los preceptos de la cosmovisión deben cumplirse tanto individual y colectivamente, en lo material y en el pensamiento. Para las comunidades indígenas, la existencia de un orden colectivo en el territorio es garantía de salud para las comunidades.

3.2. Territorio - cuerpo humano - salud

Existe una concepción que naturaliza el cuerpo, donde éste es continuidad del territorio, lo que lleva a pensar que los saberes desarrollados históricamente como la anatomía y la fisiología, son el resultado de esa concepción y no pueden ser entendidas descontextualizadas de otros saberes: cosmogonías, astronomías y teogonías. Por lo mismo, las mitologías son puntos fundamentales para el estudio de esa relación: ahí se cuenta de qué materiales ha sido hecho el cuerpo de los hombres y las mujeres, cuántos ensayos fueron necesarios y cuáles las primeras condiciones ecológicas para el mismo.

Colocados ahí, o en la científicidad occidental, o en cualquier concepción no-occidental del cuerpo humano, siempre se va a encontrar que lo que le ocurra a él, lo que lo amenace, lo que lo enferme, lo que lo deteriore y todos estos procesos hasta la muerte y su continuación simbólica, todo ello depende de lo que el cuerpo es.

De tal manera que un saber fundado en la concepción biológica del cuerpo interpreta siempre los signos y los síntomas en relación con sus conocimientos acerca del modo de acción del organismo, de su estructura y funcionamiento; es decir la anatomía y la fisiología. Se podría afirmar que no trata con el hombre enfermo, sino con los procesos fisiológicos que ocurren dentro del organismo sobre todo cuando se ha establecido mediante el diagnóstico que se trata de un “caso”, de una “enfermedad”.

Pero en un saber fundado sobre la concepción del cuerpo humano como continuidad de la naturaleza, la enfermedad o la salud del individuo, es la expresión de lo que sucede en el entorno como respuesta al tipo de relaciones que se establecen entre individuo-medio, individuo-sociedad.

Entre los Nasa decir “yo soy árbol” es tan natural como decir “yo soy indio”. Simplemente que

el hombre se percibe íntimamente ligado a la naturaleza, identificado con ella; de tal forma que puede ser un árbol. Entre los Nasa el cuerpo humano es un árbol - según el análisis lingüístico no es correcto traducir esta expresión Nasa como una metáfora, ya que no alude a una relación de comparación “el cuerpo es como un árbol” sino a una afirmación de identidad e isomorfismo “el cuerpo es un árbol”, de aquí que los nombres dados a las diferentes partes del árbol sean los mismos con que se designan las del cuerpo - *khaty* ~ “piel” y en el árbol es la “corteza”. *wetse* es en el árbol, lo que corresponde a la “raíz” y en el cuerpo humano es el equivalente a “tendón”. *ndyi't* en el cuerpo humano es “hueso” y en el maíz tierno corresponde a “tallo”. *Ku'ta* es el “hombro” o el “brazo” en el cuerpo humano, pero también es parte del nombre de la rama del árbol *fytüu ku'ta*, en donde *fytüu* es “árbol” y *ku'ta* “brazo” o sea el “brazo del árbol”.¹⁰ Entre los Guambianos los pies se constituyen en el sostén del cuerpo que dan forma a la vida como el árbol que sostiene sus ramas, las flores y los frutos, para los Coconucos y los Yanaconas ellos son la raíz en la naturaleza, un indicio más de la intimidad con la naturaleza.¹⁶

Los hombros para los Guambianos y los Coconucos son las montañas y los peñascos son las cuñas del cuerpo por lado y lado; para los Nasa esa relación está dada por las rodillas y los tobillos, mientras que para los Yanaconas las montañas y sus filos constituyen el “espinazo” del cuerpo, o sea la columna vertebral.

Según los Guambianos la “matriz” de la mujer cuando está en embarazo se relaciona con el agua y con dos ríos: el río Cacique y el Piendamó Arriba, y el niño contenido en el vientre se encuentra flotando en agua, en líquidos amnióticos; para Yanaconas, Coconucos, y Nasas es agua detenida, es laguna, así como la tierra también tiene muchas matrices donde se gestaron los primeros hombres, los héroes culturales.

Estas concepciones pueden encontrarse en el juego de las representaciones de las identidades míticas, no a la manera como lo plantea Bastien,¹² para el mundo Andino, según él, “ellos ven los sistemas de la naturaleza para la identificación de sí mismos”, sino mejor como lo plantea Descola¹³ “bajo el aspecto de las interacciones dinámicas entre las técnicas de socialización de la naturaleza y los sistemas simbólicos que las organizan”.

Bajo esta perspectiva la fisiología corporal y lo realizado por las personas en su dinámica social cotidiana (acontecimientos) se explican como resultado de las fuerzas o energías positivas y negativas que circulan por el cosmos, por el cuerpo humano y por el mundo social, energías que dieron origen al universo y existen desde entonces en todo lo que hay o se presenta en el territorio, incluido el hombre y lo que éste realiza. Estas concepciones dan cuenta de la naturalización del ser humano y no de la antropomorfización de la naturaleza como generalmente se ha afirmado con respecto a otros grupos.

3.3. Prevención y tratamiento

Las culturas indígenas de la salud en Colombia giran alrededor de sistemas globales de pensamiento que por una parte involucran representaciones sobre el ser indígena y su cuerpo humano, los procesos de equilibrio-desequilibrio/ armonía-desarmonía con sus clasificaciones y sus prácticas de prevención-control; y por otra regulan, garantizan el bienestar y la etnicidad de las sociedades.

A través de los estudios etnográficos se pone en evidencia que los saberes y prácticas médicas no-occidentales, son respuestas pertinentes y eficaces a los problemas de salud que afectan a los pueblos indígenas y que estas respuestas constituyen “auténticos sistemas médicos diferentes, pero no necesariamente menos importantes que el sistema médico occidental”, poseen un marco conceptual que es su cosmovisión.¹⁴

Cuadro 3. Actividades o situaciones que se acompañan de rituales, según comunidades, para evitar la pérdida de bienestar

Actividades o situaciones	Rituales		Grupos indígenas				Para evitar
	R	O	G	N	Y	C	
Cuando un individuo sospecha o sabe que padece una enfermedad propia: cacique, duende, arco, mal postizo	X		X	X	X	X	Su muerte y lograr su rehabilitación
A la mujer durante la menstruación	X		X	X	X	X	Que el arco la enferme
Para compartir vivienda y dormitorio con una mujer menstruante	X		X	X			Que le robe energía
Durante el embarazo	X			X			Que “bote la familia” o que la criatura “no salga cristiano”
Después del parto o puerperio	X		X	X	X	X	Que el arco enferme a la madre o a las personas que viven en la casa
Después de nacido un niño o una niña “sembrar” la placenta	X		X	X	X	X	La pérdida de la identidad como indígena, y se desligue del territorio
Cuando se adquieren los remedios recetados por el médico no indígena	X		X	X	X	X	Que entre mala seña y lograr un buen provecho
Cuando muere una persona	X		X	X	X	X	El hielo y que los dolientes no pierdan fuerzas o se debiliten
La construcción de casas	X	X	X	X	X	X	El mal de cacique, y que en la familia “no exista entendimiento”
La realización de mingas		X	X	X			No compartir en comunidad
Apertura de una nueva labranza, y recolección de la cosecha		X	X	X			Una producción escasa y la inequitativa retribución, entre quienes ayudaron
Cuando se muere un animal -vacuno principalmente- o cuando se vende		X	X	X			Que se mueran, no se reproduzcan y no pierdan fuerzas, los que quedan
Dirimir conflictos familiares o comunitarios	X		X	X			Soluciones injustas
Emigrar y salir del territorio por temporada larga	X	X	X	X	X	X	Que le vaya mal al “conocer mundo”
Cuando se regresa al territorio que es lo más común y siempre se espera	X	X	X	X	X	X	Que traiga acumulación de amenazas, para sacarle el sucio (de libre interpretación)
Durante el recorrido de la gente por los espacios incultivados: Páramos, bosques, etc.	X	X	X	X	X	X	Que sus espíritus protectores (Duende, Jucas, Pishimisak, Pantasma Negra) los rechace y evitar el ataque a los “visitantes” o comunidad en general
Previamente al recorrido por los espacios “sagrados” del territorio por parte de los hombres sabios	X	X	X	X	X	X	Que los ancestros y caciques no se enojen y se posibilite la intimidad comunicativa con la historia
Cuando se sale a recolectar plantas de espíritu fuertes o calientes (propias del espacio incultivado)	X	X	X	X	X	X	Ser atacado por los espíritus protectores, y permitan buenas señas para encontrar y reconocer nuevas
Cada año durante la ceremonia de traspaso de varas de mando o posesión de los nuevas cabildos	X	X	X	X	X	X	Mala gestión, y mal gobierno e injusticia.
Durante la lavada de varas del cabildo en las lagunas o sitios de nacimiento de los ancestros	X	X	X	X	X	X	Que se pierda la continuidad comunal de la sabiduría de los ancestros héroes culturales.
En las reuniones preparatorias de cabildos y comuneros o en momentos de recuperación de tierras		X	X	X			Malas estrategias y fracasos
Mientras el ejército está de paso o se sepa de su visita	X		X				Desmanes y males contra sus líderes, o evitar que lleguen.
Cuando los cabildos o líderes están en negociaciones, concertación o vayan a presionar al Estado	X		X	X			Insolidaridad y el no apoyo

Rituales: R:Refreshamiento, O:Ofrecimiento.

Grupos Indígenas: N:Nasas, G:Guambianos, Y:Yanaconas, C:Coconucos.

Los sistemas se expresan en los diferentes momentos de las cotidianidades, como “éticas culturales” que rigen las conductas individuales, sociales y de relación entre los individuos y de estos con su entorno, producto del ejercicio de aprehensión y significación que se hace de él para entenderlo, explicarlo y proyectarlo en sus formas de relación intercultural, donde se incluyen las expectativas frente a lo nuevo y lo desconocido.

En estos contextos es donde vive, enferma, sana o muere la gente que se circunscribe a uno u otro, o a varios sistemas, dependiendo del contexto de inter-relaciones culturales. Cada individuo tiene un destino común que es señalado por la cosmovisión en los acontecimientos diarios que son vigilados por el individuo mismo, la familia, o los hombres sabios. Estos se encargan de officiar los rituales con el propósito de restaurar el orden histórico y cultural a partir de los principios de solidaridad y reciprocidad responsables de la orientación del devenir de la sociedad. (Cuadro 3).

Los eventos asociados al nacer, enfermar y morir entre otros aspectos fundamentales del desarrollo humano indígena, son de mucha trascendencia en la existencia de los grupos socioculturales y son indicadores del tipo de relaciones existentes entre los individuos y su medio. Relaciones que se reflejan en categorías como “hielo”, “mal viento” y “auca” (que significa “enemigo” en Quechua, “desarmonía” en Aymará, que coincide con el sentido que se da a esta palabra entre los Coconucos y los Yanaconas) y “pta’ndz” (traducida como sucio, pero es una categoría muy compleja de la cosmovisión Nasa que indica amenaza al medio ambiente, al individuo, a la comunidad y está latente en todo el territorio)^{15,16}

Ellas expresan peligros latentes por todas partes, por toda la cotidianidad: desde el momento del nacimiento pasando por la época en que el niño empieza a caminar, la pubertad, cada parto, cada menstruación en la mujer, toda ocasión de viaje,

luto, problemas en general, envidias y finalmente la muerte, y que por cualquier descuido de las personas pueden causar males que podrían evitarse al tener en cuenta normas relacionadas con el comportamiento social, con el medio circundante y con lo económico; es decir con la cotidianidad del mundo indígena.

Cuando las normas se transgreden hay desórdenes que repercuten en la sociedad y los individuos, hay acumulación de “amenazas” y los especialistas detectan la circulación energética trastornada que leen, entre otras como causas del susto, disfunciones orgánicas, malas cosechas y muerte de los animales, atribuyéndolas a enojos del trueno, del duende, del arco, de la madre monte, de la madre agua.

Un ejemplo de norma asociada al cuidado de la mujer durante el embarazo como medida preventiva para protegerla del aborto, tiene que ver con el no tránsito por ambientes donde el agua se encuentra estancada y putrefacta porque es la morada del arco que puede atacar a la mujer para hacer “botar familia”.

Los rituales frecuentes con diferentes nombres según los grupos indígenas son de “limpieza”, “refrescamiento” o “cierre del cuerpo” y “ofrecimiento” que pueden realizarse al tiempo o separadamente, dependiendo de los requerimientos individuales, familiares y comunitarios.

El “ofrecimiento” es un ritual específico a los dueños de la naturaleza que se hace con varios fines: a) Evitar exageradas apropiaciones de los recursos de la naturaleza que desestabilizarían la armonía y así garantizar su colaboración en la búsqueda de recursos en los territorios donde ellos viven; b) “Mantenerlos contentos” para que no haya “enojo” y no se presenten males en la sociedad, c) Evocar sus poderes y espiritualidad a la hora de una labranza para garantizar que haya buena producción; d) Que haya entendimiento entre los miembros de la

familia que habitarán la nueva vivienda que se construye; e) Que no se pierda la experiencia del compartir a la hora de sacrificar un animal, entre otros muchos aspectos. No necesariamente se requiere la presencia de los hombres sabios; las personas deben realizarlos en momentos previos a las diferentes actividades utilizando plantas frescas de los territorios “domesticados” cerca de las viviendas.

Los rituales de “limpieza” y “refrescamiento” se dirigen a la naturaleza y a todo lo que es contenida en ella, terrenos, viviendas, animales, personas (enfermas y no enfermas), para equilibrar las energías en exceso y refrescar hasta restaurar el equilibrio y el bienestar.

La realización demanda la presencia de los hombres sabios que en su desarrollo hacen operar la cosmovisión a través de los mitos mediante una parafernalia que replica la cosmografía, y donde la palabra alimentada con el espíritu de la coca y las plantas logra la capacidad de despertar significados dormidos, traducir y transmitir la tradición y movilizar las energías. Los rituales por una parte re-socializan toda la normatividad social y cultural del grupo reafirmando la identidad como sociedad, y por otro lado instauran a las personas dentro de su propia identidad.

En el desarrollo de los rituales y según las lecturas que los hombres sabios hacen sobre la naturaleza, ponen énfasis en la socialización de los mitos, las normas del comportamiento étnico, la historia de las formas de resistencia cultural, los mecanismos de la cohesión social, y la erudición ecológica, mediante procesos comunicativos que van más allá de las palabras y sus sentidos, agregando gestos, música y comunicación química a través del consumo de plantas medicinales, fármacos y los sahumeros.

Mirados en conjunto y en la perspectiva de la curación, sería probablemente más pertinente hablar de una restitución del orden cultural, que

operaría de manera similar a como sucede en el sistema médico occidental con su terapéutica médica, pero su sentido y eficacia va más allá, puesto que contiene prevención, promoción y rehabilitación del individuo en sociedad; quizá a ello se deba que el individuo que sabe que no se comporta o está trasgrediendo la normatividad, somatice culturalmente su mal.

A ello se debe que el énfasis de la relación entre los hombres sabios, taitas, mamas, y las personas enfermas, -en la mayoría de los casos- no esté puesta en la prescripción médica, sino fundamentalmente en la reincorporación del individuo al orden social.

En esta perspectiva la persona enferma deja de ser paciente-pasivo para ser sujeto activo de su propio proceso de curación, donde el proceso comunicativo consciente e inconsciente genera procesos de autorregulación, en una concepción que no admite la división cartesiana del cuerpo humano entre: materia (biología, cuerpo), alma (cultura, psique). Las enfermedades se configuran y se des-configuran en los contextos del ser humano integral (bio-cultural); todas las enfermedades dentro de este criterio son culturales.

Situación que se logra en la dramatización del ritual de limpieza que convoca a la comunidad, como garantía de solidaridad y compromiso de un nuevo pacto social que revitaliza el orden cultural, y a la vez pone sobre aviso a todos, incluidos los hombres sabios, de la latente amenaza individual o colectiva de originarse un desorden social, que de no afrontarse grupalmente da lugar al resquebrajamiento de la etnicidad, comprometiendo su sobre-vivencia futura.

La interpretación a partir de la etnografía que brinda el mundo andino, indica que los rituales participan todos, de la restitución de la etnicidad o del orden cultural indígena, e indica que sería teóricamente más pertinente una aproximación a la concepción de salud-enfermedad (al igual que a sus formas de producción económica, or-

ganización social y política) desde la dimensión global de la etnicidad, y no a la inversa como habitualmente se ha hecho.

En síntesis, podría decirse que no existe un sistema médico indígena como tal, lo que se pone de presente es la existencia de una cultura de la salud que no se reduce simplemente a terapéuticas, prácticas médicas, sistemas clasificatorios, pensamientos o concepciones filosóficas que solo pueden explicarse o comprenderse dentro de un proyecto de etnicidad. Lo cual implica entre otros muchos aspectos de importancia trascendental, que cualquier programa de salud que no ponga de presente la etnicidad resultará recortado e ineficaz, incluso amenazante para la etnicidad. Pensar en un sistema médico a la manera como puede hacerse en Occidente con su biomedicina, es teórica y metodológicamente inadecuado.

4. Diversidad-Estado-Salud

La problemática de la relación diversidad-Estado-salud está surcada por la incomunicación que se favorece por la marcada diferencia epistémica entre “saberes” y “conocimientos”.

¿Es posible articular el conjunto de epistemes-otras sobre procesos de salud, enfermedad y curación con las instituciones, programas y recursos del estado? Esta pregunta se asocia a otras cuando se indaga por la construcción de programas interculturales de salud, ¿Cuál es la característica de la relación entre saberes, y cuál la que adquiere la relación entre “saberes” y “conocimientos” en la dinámica de las relaciones interculturales?, ¿En qué momento el encuentro entre personas poseedoras de saberes deja de ser una experiencia de aporte de reflexiones entre individuos para llegar a un diálogo social, a la transferencia cognitiva, al reconocimiento, y a la articulación de la diversidad bajo reglas de igualdad en la que cada una de las partes “[...] no pretenda modificar a la otra, pero que todas estén abiertas a las posibilidades de enriquecimientos mutuos”?¹⁷

Cuando la primera pregunta se hace al contrario, se evidencia en las respuestas de las autoridades de las comunidades que la relación entre sus saberes y la biomedicina a través de políticas de salud es posible; además, en la práctica cotidiana existe articulación de saberes ante el reconocimiento de los límites y posibilidades de éstos y la necesidad de su colaboración para respuestas complementarias a los problemas de salud-enfermedad; sin embargo, las exigencias que las comunidades hacen en el ámbito del respeto por sus territorios, su autonomía, sus pensamientos y sus culturas, no son bienvenidas.

En lo precedentemente enunciado se develan varios campos de relación: comunidades - Estado, comunidades - otras sociedades, y la relación intra-societal, para explorar la presencia de experiencias de encuentro y desencuentro, y tal vez de “diálogo” intercultural.

La relación entre las comunidades y el Estado se ha dado mediante una interacción política en dos perspectivas: una cuando el Estado diseña políticas y dirige acciones hacia las comunidades y otra, cuando las comunidades promueven sus reivindicaciones frente al Estado; ámbitos de interacción que sugieren los siguientes interrogantes: ¿Se corresponden las políticas del Estado que se ejecutan mediante sus instituciones, con los requerimientos, necesidades y reivindicaciones de las comunidades?, ¿Qué características asume la interacción comunidad-Estado cuando no hay correspondencia entre políticas y necesidades de las comunidades?, ¿Es posible el diálogo, cuando las comunidades promueven la confrontación como expresión política para forzar las negociaciones, cuando no hay correspondencia entre las políticas y las necesidades?

Una situación que ha generado uno de los interrogantes anteriores, ha sido la no implementación de programas interculturales de salud por la existencia de un modelo biomédico que no reconoce otras concepciones sobre

el cuerpo humano y otras representaciones sobre la salud y la enfermedad; además, se inhibe la implementación de la iniciativa de una epidemiología intercultural que como componente de un modelo intercultural de salud podría incorporar una estrategia teórico-metodológica de investigación fundada en el diálogo y la negociación de significados culturales entre equipos de salud y comunidades en torno a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, la curación y la atención.

En la relación con otras sociedades, las comunidades activan epistemes-otras a la manera de hilos invisibles que propenden por la cohesión de sus integrantes, mantienen estructurado el tejido social, y ofician como fuerzas entrópicas que dan mucha fortaleza intraétnica; por su naturaleza no son reconocidos por los otros y tampoco es luchada por las comunidades para su reconocimiento; es de resaltar que son determinantes a la hora de la interacción entre sociedades.

La fortaleza de esta invisibilidad es posible de examen en la profundidad de sus elaboraciones conceptuales sobre la naturaleza y en la cosmovisión - colectivizadas mediante el chamanismo por hombres y mujeres de gran arraigo en la memoria y la tradición socializada - que son complejas para su traducción, de difícil comprensión y no son objeto de la regulación más allá de sus sociedades, pero circulan vitalmente por la cultura.

En la esfera del Estado estos saberes no se ven como conocimiento. Las prácticas de chamanes y curanderos, con el apoyo en las ricas parafernalias vegetales y animales sustentadas en las milenarias estrategias de aprehensión y significación, en más de una ocasión, se han contemplado como prácticas delictivas y en ocasiones atentatorias para la salud pública.

Estas argumentaciones llevan a preguntar ¿Qué saberes se exponen a la hora de las negociaciones,

interacciones, acuerdos?, ¿Qué saberes no se exponen, no obstante su invisible fortaleza y presencia?, ¿Cuáles son los espacios donde se dan los diálogos en la política, los “diálogos” de los saberes, y cuáles son sus componentes condicionantes?.

La experiencia colombiana informa de cuatro campos donde se han implementado experiencias de colaboración entre saberes: la antropología jurídica, la antropología médica, la etnoeducación, y la etnolingüística; pero en los campos conceptuales del territorio y la biodiversidad, donde se compromete profundamente la cosmovisión de un pueblo, no ha sido posible dicha colaboración porque las iniciativas para abordarlos se promueven desde fuera de las comunidades, desde una lógica que busca canalizar sus potenciales hacia las necesidades del capital y no hacia las necesidades de la sociedad.

En las relaciones intra-étnicas e inter-étnicas se plantea otra versión para los interrogantes ya planteados, ¿Es posible fomentar un “diálogo” cuando la valoración que se hace de los otros -individuos o comunidades- se sustenta en sus ausencias o excesos? Es decir, cuando se piensa que las otras sociedades son conjuntos vacíos de conocimiento - carecen de principios organizativos, desconocen los principios nutricionales de los alimentos, establecen inadecuadas relaciones con el medio ambiente, poseen saberes inconvenientes alrededor de la salud, la enfermedad y sus prácticas, y carecen en su cotidianidad cultural de criterios de justicia social, entre otros y en tal sentido, prontamente hay que llenar esos vacíos con los conocimientos pertinentes en una estrategia para integrarlos a la globalización.

O en la otra perspectiva, cuando se piensa que las comunidades viven excesos inconvenientes como el consumo de “psicotrópicos” o gustos exagerados por alimentos o prácticas rituales que deben limitarse. En ambos casos las

experiencias han evitado el diálogo, y los procedimientos han consistido en llenar los vacíos – ausencias - o eliminar los excesos bajo los criterios hegemónicos de la normatividad sociocultural.

La diferencia entre ciencia-conocimiento y saber, inhibe la posibilidad del diálogo entre estos, la ciencia no posibilita el diálogo de saberes, mucho menos lo posibilita la política. Mientras la ciencia asuma el conocimiento desde una dimensión signífica, ciertamente compleja -como un ejercicio teórico mental que tiene que ver con un sistema epistemológico y con una serie de reglas tendientes a la producción de un discurso científicamente reconocido-, y el saber se relacione sólo con la dimensión pragmática del aprendizaje, no es posible el diálogo.

Durante estas reflexiones se viene registrando que en un Estado multicultural donde existen epistemes-otras se deben instaurar diálogos para evitar modelos de salud únicos y uniculturales; los saberes de las comunidades han sido probados por milenios y se caracterizan por una profunda estructuración que ha garantizado su perdurabilidad biocultural. La obligación constitucional del Estado de prestar servicios de salud a las comunidades indígenas no puede ser usada para imponer paradigmas, modelos e intereses en su contra; por el contrario deben contribuir en el fortalecimiento de las culturas, pensamientos y territorios tradicionales.

Varios analistas coinciden en la necesidad de implementar en Colombia modelos de servicios de salud interculturales y diversos, más locales, que respondan a las formas de vida de las comunidades indígenas, las afrocolombianas y campesinas, adecuados a sus usos y costumbres, a sus peculiares condiciones ecológicas y ambientales, elásticos conceptual y financieramente para poder ajustarlos particularmente, de común acuerdo con las autoridades de estos territorios.^{18,19}

En el departamento del Cauca los gobiernos indígenas han apostado a la construcción de modelos interculturales de organización y prestación de servicios de salud para fortalecer y desarrollar sus culturas tradicionales, su territorio y su gobierno. Los servicios, el personal y los recursos de la biomedicina y las llamadas alternativas -no indígenas- quedaron bajo la dirección, veeduría y control por parte de las distintas comunidades, sus organizaciones y los gobernadores de los cabildos de manera general.

Las EPS y las IPS indígenas, se han adscrito a las organizaciones indígenas regionales en representación de los resguardos y han conformado una red pública indígena dirigida por sus autoridades y organizaciones, con infraestructura propia y ordenando, valorando, capacitando y haciendo seguimiento a promotores y auxiliares indígenas que prestan sus servicios en las comunidades - antes vinculados bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud con hospitales locales - y que hoy prestan sus servicios en las instituciones indígenas.

En esta incorporación y adecuación que las organizaciones indígenas hacen de la Ley 100 instituyen deberes y responsabilidades determinadas para la prestación de servicios de salud que garanticen un régimen común con equidad para todos los indígenas y así enfrentar los límites que la ley reglamenta en términos de coberturas y servicios de salud. La gran singularidad, es que no obstante el sentido de privatización de la ley, gracias a la tenaz lucha y posición étnica dirigida por los sabios, líderes y gobiernos indígenas, les ha permitido administrar al menos, parte de los recursos públicos sectoriales, crear sus instituciones públicas de salud, desarrollar redes en sus territorios y ofrecer un novedoso modelo intercultural para prestar los servicios.

En una discusión que lleva muchos debates, las organizaciones indígenas le proponen al Estado un modelo indígena de aseguramiento de carácter colectivo, intercultural, con amparo universal, que recupere la necesaria continuidad entre la atención individual y los requerimientos que en materia de salud pública tienen las comunidades indígenas, en contraposición al seguro individual vigente.

La estructuración de la Ley 100 y su implementación como modelo de prestación de servicios de salud deja ver que responde a los intereses transnacionales de la industria químico-farmacéutica de la tecnología de última generación, que requieren masificar y expandir el consumo de sus nuevos productos a como dé lugar. De esta manera condicionan el tipo de servicios de salud que el Estado debe ofrecer a su población, así como la forma de organizarlos y controlarlos, para garantizar las ganancias que se derivan del monopolio sobre los recursos públicos que los Estados tienen la obligación de invertir en el sector.

Referencias

1. Vargas JE. Descentralización de los servicios de salud en Colombia. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Colombia una nación Multicultural, su diversidad étnica. Bogotá. 2007.
3. Jaramillo PI. Evaluación de la descentralización de la salud en Colombia. Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Balance de una década. Tomo II. Análisis y resultados sectoriales. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación UDT-DNP. 2002.
4. Godelier M. Está la antropología social indisolublemente atada al occidente, su tierra natal?. Revista Internacional de Ciencias Sociales. No.143. 1995.
5. Cayón E. Conceptos de la medicina popular en Colombia, prevaecientes en la medicina científica europea de los siglos XVI a XVIII. Boletín de Antropología -Memorias-, Medellín, Departamento de Antropología, Universidad de Antioquia. 1983.
6. Zuluaga G. Uso tradicional de las plantas medicinales en Colombia. Fundación Joaquín Piñeros Corpas. Primer simposio de plantas medicinales. No.3, Bogotá, publicaciones Universidad Javeriana. 1992.
7. Gutiérrez de Pineda V. Medicina tradicional de Colombia, Vol.1: El Triple Legado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Editorial Presencia. 1985.
8. Portela H. El pensamiento de las aguas de las montañas, Popayán, Editorial Universidad del Cauca; 2000.
9. Urrutia M. Tiempos y lugares alcanzados. Tesis de grado. Popayán: Departamento de Antropología, Universidad del Cauca. 1991.
10. Portela H. La cultura de la salud Páez, un saber que perdura para perdurar. Popayán, Editorial Universidad del Cauca; 2002: 46.
11. Cabildo del pueblo Guambiano. Plan de vida del pueblo Guambiano. Silvia: Cabildo indígena. 1994.
12. Bastien J. Etnofisiología andina. Evidencia lingüística, metafórica, etiológica y etnofarmacológica para conceptos andinos sobre el cuerpo. ARINSANA, Revista de Cooperación Internacional en áreas indígenas de América Latina, No.1, Cuzco. 1986.
13. Descola P. La Selva culta, simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar. Instituto Francés de Estudios Andinos. Quito: Ediciones Abya Yala. 1988.
14. Brunelli G. De los espíritus a los microbios – salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonía brasileña - Capítulo IV. Sistemas médicos en interacción. No.10 Colección 500 años. Quito: Abya-Yala;1989. p. 87.
15. Bouysee-Cassagne T, Harris O. Pacha: en torno al pensamiento aymará. En: Medina J. (Ed.). Tres Reflexiones sobre el Pensamiento Andino. La Paz: Hisbol. 1987:11-59.
16. Plat T. Entre Ch`axwa y Musa. Para una historia del pensamiento político Aymará. En: Medina J. (Ed.). Tres reflexiones sobre el pensamiento andino. La Paz: Hisbol. 1987:61-132.

17. Bartolomé MA. Procesos interculturales, antropología política del pluralismo cultural en América Latina. México: Siglo XXI editores. 2006:131.
18. Puerta C. Roles y estrategias de los gobiernos indígenas en el sistema de salud colombiano. Revista Colombiana de Antropología. Vol. 40. Bogotá: Imprenta nacional;(Enero-Diciembre, 2004):85-121.
19. Portela H. La epidemiología intercultural. Argumentaciones, requerimientos y propuestas. Popayán: Editorial Universidad del Cauca. 2008.