

Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia*

Intercultural expression in health seen in the ember'a-chami native people of Colombia

MSc. Jaiberth Antonio Cardona-Arias,^I Dr. Yennifer Rivera-Palomino,^{II}
MSc. Jaime Carmona-Fonseca^{II}

^I Grupo de investigación Salud y Sostenibilidad, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

^{II} Grupo de investigación Salud y Comunidad "César Uribe Piedrahita", Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la biomedicina y la etnomedicina tienen limitaciones y ventajas, por tal razón, en la actualidad se busca fomentar la interculturalidad en salud.

Objetivo: determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud en un pueblo indígena.

Métodos: estudio cualitativo y etnográfico realizado entre 2011-2012 en 20 indígenas adultos con diferentes funciones y pertenecientes a un pueblo emberá-chamí de Colombia. La muestra se seleccionó por muestreo teórico. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas, diarios de campo y observación participante. Se recopiló material discursivo generado de manera espontánea seguido de análisis hermenéutico con focalización de la atención en la producción simbólica del lenguaje según criterios de credibilidad, auditabilidad, transferibilidad, saturación de categorías y triangulación metodológica. Con la información disponible se creó un sistema categorial. Se observaron los principios éticos correspondientes.

Resultados: las categorías y subcategorías del sistema contenían las acciones que mostraban la articulación entre la etnomedicina y la biomedicina, expresión de la interculturalidad. La categoría *contexto de la interculturalidad* incluyó fundamentalmente las subcategorías: proceso salud-enfermedad, diálogo de saberes, comités de vigilancia epidemiológica, formación de personal indígena en el modelo occidental y escuela de médicos tradicionales. La categoría *acciones y prácticas de la interculturalidad* incluyó la atención de las gestantes y el parto y el abordaje de enfermedades relacionadas con el dominio físico-biológico.

Conclusiones: los aspectos del universo simbólico indígena recogidos en el sistema categorial potencian la interculturalidad en salud y posibilitan un mayor éxito de los programas de prevención de enfermedad y promoción de salud.

Palabras clave: salud, cultura, indígena, Colombia.

ABSTRACT

Introduction: biomedicine and ethnomedicine have restrictions and advantages; that is why, intercultural expression in health is presently encouraged.

Objective: to determine the conceptions and practices of the ancient learning that contribute to intercultural expression in health of a native people.

Methods: qualitative and ethnographic study of 20 adult natives from ember'a-chami people in Colombia, who performed various functions at the community. It was conducted in the 2011-2012 period. The sample was selected by theoretical sampling. Semi-structured interviews, field diaries and participant observation were used. Spontaneously generated discoursing material was collected, followed by making of hermeneutic analysis focused on the symbolic production of language according to credibility criteria, audibility, transferability, saturation of categories and investigative and theoretical methodological triangulation. The available information allowed creating a category system. The relevant ethical principles were respected for.

Results: the system categories and subcategories included the actions that showed the articulation of ethnomedicine and biomedicine as intercultural expression. The category intercultural expression context fundamentally included subcategories such as disease-health process, dialogue of pieces of knowledge, epidemiological surveillance committees, formation of native staff in the Western-style model and school of traditional physicians. The category actions and practices of the intercultural expression comprised the care for pregnant women, delivery, and approach to the physical and biological field-related diseases.

Conclusions: the aspects of the native symbol universe arranged in the category system potentiate the intercultural expression in health and facilitate greater success of the disease prevention and health promotion programs.

Keywords: health, culture, native, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La medicina tradicional indígena ha sido utilizada por miles de años para mejorar la salud humana y es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una opción terapéutica válida en múltiples contextos. La OMS la define como el cúmulo de prácticas, enfoques y conocimientos que incorporan una amplia variedad de terapias para mantener el bienestar; tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades, y en general sanar el cuerpo y el espíritu,¹ además, alude a un conjunto de contenidos teóricos y prácticos que son transmitidos de generación en generación, fundamentados en concepciones míticas y la singularidad histórico-cultural de las comunidades.^{1,2}

En la actualidad más de 100 países han reglamentado la aplicación de la medicina tradicional y en Latinoamérica, a través del Programa Salud de los Pueblos Indígenas, se busca lograr la equidad en la atención en salud y el respeto a la diversidad cultural para mejorar el estado de salud y las condiciones de vida de las comunidades indígenas.^{3,4}

La medicina tradicional indígena presenta múltiples ventajas entre las cuales destacan la concepción y atención holística del sujeto, diversidad de recursos terapéuticos, asequibilidad y aceptación de la población, bajo costo y acceso en poblaciones donde los sistemas de salud occidentales no tienen presencia,^{1,5} además, supera la mayoría de problemas que presenta el modelo hegemónico de salud , entre ellas:

"El biologismo, concepción metodológica positivista, dominio de un marco teórico-ideológico evolucionista y cartesiano, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la salud y la enfermedad como mercancías, orientación asistencial, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación asimétrica médico-paciente, subordinación técnica y social del paciente, concepción del paciente como ignorante, portador de un saber equivocado y consumidor pasivo, exclusión del paciente del saber médico, escasa aplicación de actividades preventivas, deslegitimación científica de otros saberes y alto grado de tecnologización e institucionalización de la medicina".⁶

No obstante lo anterior, la medicina indígena presenta limitaciones, que a su vez constituyen ventajas de la biomedicina, como la falta de equipos y de inversión en tecnología, ausencia de evidencia sobre algunas terapias utilizadas, bajo reconocimiento por parte de los gobiernos y protección excesiva (en el interior de los resguardos) de los conocimientos que tienen los indígenas sobre la medicina tradicional.¹

Dadas las limitaciones y ventajas de la biomedicina y la etnomedicina, en la actualidad se busca fomentar la interculturalidad en salud. La OMS, en su estrategia sobre medicina tradicional 2002-2005, busca que esta pueda ser integrada a los sistemas de salud de cada país,¹ y concretamente en Colombia, a través de la ley 691 de 1991, se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema de seguridad social en salud, de tal manera que en los planes y servicios de salud pueda existir pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad.⁷

En relación con la interculturalidad, es oportuno precisar que esta tiende a confundirse con las concepciones de pluriculturalidad y multiculturalidad; la primera alude a situaciones donde las personas que hacen parte de una comunidad aportan sus modos de pensar y actuar, mientras que la segunda determina la presencia de varias culturas en un lugar específico.^{8,9} La interculturalidad es un término que significa "entre culturas", pero no se refiere al hecho de que convivan sin relación como en caso de la pluriculturalidad o que se presenten interacciones hegemónicas como ocurre en la multiculturalidad. La pretensión de la interculturalidad es el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones, la complementariedad, el diálogo, la comunicación y el aprendizaje constantes, y la primacía del sujeto sobre las diferencias culturales y sociales.¹⁰

La necesidad de complementariedad y reciprocidad, sumada a la relevancia de la intersubjetividad presente en el encuentro de actores con diferentes culturas, demuestran la importancia de fomentar la interculturalidad en salud, entendida como la relación entre personas o grupos sociales de diversas culturas que potencian los servicios de salud con base en las necesidades, organización y control de los pueblos.¹¹ Además, la salud intercultural alude a 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; percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas.¹²

A pesar de los esfuerzos de la OMS, del Ministerio de la Protección Social de Colombia y de las autoridades indígenas por dotar de un marco conceptual, normativo y pragmático la salud intercultural, aún no se ha consolidado el diálogo e interacción entre ambas medicinas debido a factores como:

- Las autoridades en salud de Colombia tienen otras prioridades como el aseguramiento universal para garantizar la atención en salud,
- en algunos lugares con asentamientos indígenas persisten barreras culturales, geográficas y de acceso a servicios de salud,¹³
- predominio de la medicina científica,
- subvaloración de los recursos terapéuticos indígenas,
- uso de la medicina indígena por "mestizos" quienes no comprenden su determinación cultural,
- desconocimiento de las especificidades de cada pueblo indígena y la diversidad de sus abordajes en el proceso salud-enfermedad,
- bajo desarrollo de investigaciones sobre el acervo cultural indígena,
- elevado grado de mestizaje, entendido como la adopción de comportamientos, formas de pensamiento y visiones del mundo no indígena, y que
- los pocos esfuerzos para lograr la interculturalidad y el rescate del saber ancestral no han logrado la interacción requerida.¹⁴⁻¹⁶

Por otra parte, Colombia es un país multiétnico, al que pertenecen 102 pueblos indígenas distribuidos en todos los departamentos del país,¹⁷ todos ellos presentan similitudes en el abordaje de la salud, principalmente su holismo, con subsunción de las dimensiones física, psicológica, social, ambiental y espiritual; sin embargo, estos se ven afectados por los aspectos previamente referidos, lo que pone de manifiesto la necesidad de articular los aspectos positivos de los modelos biomédico y el tradicional indígena.

Particularmente en indígenas emberá-chamí, se han desarrollado estudios sobre la estructuración de su sistema médico, su teoría de la causalidad de las enfermedades y el abordaje de algunas enfermedades foráneas o de los mestizos; sin embargo, no se ha profundizado en las prácticas que describen los avances de interculturalidad en salud que ha tenido este grupo.¹⁸ Se debe tener presente que la interculturalidad en salud favorece el diálogo de saberes, fortalece el saber ancestral y el occidental,¹⁹ propicia el acceso a la igualdad y el inicio de la adecuación sociocultural del plan obligatorio de salud.⁶ mejora el acceso y la calidad de la atención en salud, proporciona a los pueblos medios para promover su salud y tener mayor control de sus vidas,²⁰ y es un mecanismo que se incorpora en los países con población indígena como respuesta a las presiones sociales sobre el derecho de los pueblos a recibir una atención médica acorde a sus patrones culturales.²¹

La tarea de la construcción multicultural no es fácil. Conviene traer ahora la reflexión de *Pineda Camacho* sobre el asunto, referido específicamente a la construcción de la multiculturalidad en Colombia:

"¿Es posible construir un Estado moderno y liberal y simultáneamente reconocer derechos especiales en el dominio público, sin transgredir el principio de igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos? ¿Se presentará, en el mediano y largo plazo, una confrontación entre la identidad étnica y la identidad nacional? ¿Es factible mantener de manera simultánea una lealtad a los dos principios? ¿Cómo podemos entender la relación entre la ley de carácter nacional y el orden legal tradicional y consuetudinario? Creo que Colombia es un caso interesante para pensar este latente problema en Latinoamérica; y, hoy, sin duda, uno de los principales retos del mundo contemporáneo en el cual la política aparentemente es difícil de pensar sin tener en cuenta *la sangre*".²²

En coherencia con lo anterior, se realizó una investigación con el objetivo de determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud (*Wikira-Ekni* o salud vida) en un pueblo indígena.

MÉTODOS

La investigación se realizó en un pueblo emberá-chamí de Colombia entre 2011 y 2012.

CARACTERÍSTICAS DEL PUEBLO EMBERÁ

El pueblo emberá-chamí es un pueblo amerindio del occidente de Colombia, el oriente de Panamá y el norte de Ecuador; en Colombia, en 1993, según *Pineda Camacho*, los emberá (catío, chamí, ãpãrá) eran 51 795 o sea, el 9,02 % de los 574 842 indígenas. En Panamá se les acostumbra llamar emberá que significa literalmente: "La gente del maíz".²²⁻²⁴

Los emberá presentan cuatro formas dialectales: *emberá-dobidá*, *emberá-chamí*, *emberá-katío* y *sía-pedeé*. Dentro de este último, se distinguen tres grupos de acuerdo a los territorios que ocupan: los Dóbida, los Eyabida y los Oibida. Los emberá-chamí y los emberá-katíos están dentro del grupo Eyabida, aunque entre ellos existen variaciones dialectales y diferentes modos de vida, procesos productivos y vestuarios.^{23,24} Según el medio en que viven se denominan *Eyábida* (hombres de montaña) y *Dobidá* o *Dóbida* (hombres de río). Otra fuente indica que los emberá se clasifican a sí mismos, según sus condiciones de vida, como: *Dóbida*, habitante de las riberas de los ríos; *Pusábida*, habitante de las costas marítimas del Pacífico; *Chamí*, habitante de la cordillera; *Oibida*, habitante de los bosques andinos; *Eyábida*, habitante de las zonas deforestadas.^{23,24}

En Colombia están asentados en los departamentos de Antioquia, Chocó, Risaralda, Valle del Cauca, Cauca, Córdoba, Putumayo y Nariño, aunque por la situación del desplazamiento forzado en los últimos 20 años, se encuentran dispersos en otros departamentos fuera de su territorio tradicional. En este país se conocen como: Emberá katío a los que habitan en Urabá y en el alto Sinú y el alto Río San Jorge, departamento de Córdoba; Emberá chamí a los que viven en las cordilleras occidental y central de los Andes colombianos, departamentos de Antioquia, Caldas, Risaralda,

Quindío y Valle; Chocoes o simplemente Emberá a los que habitan las cuencas del río Baudó y del bajo San Juan, municipios de Istmina, Alto Baudó y Pizarro; el río Curiche, municipio de Juradó en el Chocó (Colombia); y en la Comarca Emberá-Wounaan en el Darién (Panamá); Epená o eperara siapidara a los de la costa Pacífica de los departamentos de Valle, Cauca y Nariño en Colombia.^{23,24}

EL PUEBLO EMBERÁ-CHAMÍ Y EL RESGUARDO CAÑAMOMO-LOPAMRIETA

El resguardo Cañamomo-Lopamrieta no conserva su lengua aborígen.²⁵ Se creó hace 473 años por cédula real, expedida en Madrid el 10 de marzo de 1540 por *Carlos I* de España y *Carlos V* de Alemania. Los linderos fueron redefinidos en 1627 debido a luchas entre nativos y colonos por las invasiones territoriales efectuados por el segundo. En el 2004, este resguardo cuenta con 19 822 personas y una extensión de 12 000 hectáreas, según el censo del cabildo.²⁶

Este es el pueblo indígena con mayor dispersión territorial en Colombia pero con menor densidad poblacional sobre los territorios que ocupa. Su vocación actual es la horticultura con actividades paralelas de caza y recolección.²⁴

Se definen como los hombres del *chóco*, que es una vasija de barro que acompaña los ritos de jovenciada y fija la pertenencia al grupo. Representa las fuerzas de la naturaleza por el maíz y la actividad humana de la mascada. Para el chamí, el maíz era el alimento de los seres que habitaban el mundo subterráneo y de los espíritus y les fue robado por los hombres, por eso los chóco poseen forma humana que simboliza a los primeros ancestros chamí.²⁴

Un aspecto de la importante vida de los emberá es su relacionamiento con los espíritus (*jai*) por medio de sus *jaibanás*, que son chamanes no hereditarios que aprenden de sus maestros ya experimentados, sobre el poder mágico espiritual desde el cual se regula la vida, la salud, la subsistencia y la naturaleza.²⁴ Según *Gil*:

"La lucha por mantenerse en su territorio los ha llevado a constituirse y a crear una estructura lo más fuerte posible para poder hacerle frente a este flagelo (de la violencia para despojarlos de sus tierras). Los habitantes de los resguardos culpan al Estado de quererlos sacar de sus tierras para dárselas a los inversionistas extranjeros (como las multinacionales mineras, anotamos nosotros). Y es el territorio, y su apego al mismo, lo que los ha puesto en el ojo del huracán".²⁷

CLASE DE ESTUDIO; DISEÑO MUESTRAL

Estudio cualitativo de tipo etnográfico, realizado en 20 adultos indígenas pertenecientes al resguardo Cañamomo-Lomaprieta asentado en los municipios de Riosucio y Supía, en el departamento de Caldas, Colombia, seleccionados por muestreo teórico. En el estudio participaron parteras, médicos tradicionales, veedores en salud, integrantes del área de defensa de la salud integral indígena, enfermeras, promotoras de salud y comuneros.

La recolección y el análisis de la información se realizaron entre 2011 y 2012, mediante entrevistas semiestructuradas transcritas en su totalidad, diarios de campo y observación participante (naturalista, directa).

A cada sujeto se le hicieron dos entrevistas: la primera con el fin de obtener una descripción densa de sus saberes y experiencias acumuladas sobre la interculturalidad en salud, y la segunda para convalidar el análisis hermenéutico inicial, ambas para

describir la realidad social, la conducta humana y la vida grupal indígena como procesos interpretativos y fundamentadas en el análisis conversacional, que permitiría entender su lenguaje desde la naturaleza de sus roles, relaciones y normas de su realidad social. Las conversaciones son la base de otras formas de relaciones interpersonales y permiten una mayor interacción social.²⁸

Con este procedimiento se recopiló material discursivo generado de manera espontánea por el participante, para luego realizar análisis hermenéutico y focalizar la atención en la producción simbólica del lenguaje.²⁹

En el desarrollo de la investigación se siguieron los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad,³⁰ se realizó saturación de las categorías de análisis y triangulación metodológica, investigativa y teórica. Finalmente, se creó un sistema categorial (categorías y subcategorías) que contiene las acciones que articulan la medicina tradicional indígena y la biomedicina.

ASPECTOS ÉTICOS

Durante todo el proyecto se respetaron los principios de la resolución 8430 de 1993 de Colombia y de la Declaración de Helsinki. Se contó con el consentimiento colectivo de las autoridades del resguardo y el consentimiento verbal individual de cada participante previo a la realización de las entrevistas. Prevalció el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y de su privacidad.

RESULTADOS

Wikira Ekni es un término usado en la lengua emberá para referirse a la salud como eje totalizante del equilibrio entre el hombre, la naturaleza, los ancestros y los *áalter-ego*; significa salud-vida y es el término más próximo a salud intercultural por el holismo requerido en la prestación de algunos servicios de salud que articulan la biomedicina con la etnomedicina en el interior del resguardo.

El pueblo emberá-chamí, como un pueblo independiente, con particularidades y diferencias en sus mitos fundantes, presenta cosmogonías y cosmovisiones que le permiten controlar la relación de la población con la naturaleza, y con ello, mantener la salud. A pesar de sus creencias, costumbres y otras particulares histórico-culturales, este resguardo ha buscado alternativas de atención en salud desde otras medicinas como la occidental o biomedicina, debido a cambios territoriales y culturales relacionados con el elevado grado de mestizaje de su pueblo, lo que ha derivado en el aumento de enfermedades ajenas a la tradición indígena, como las cardiovasculares y mentales.

La interacción con la medicina occidental fortaleció la atención de algunas enfermedades, con lo que contribuyó al mejoramiento de la calidad de vida de los comuneros.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA CATEGORIAL DEL ESTUDIO

Las categorías y subcategorías del sistema se muestran en el recuadro.

Recuadro. Sistema categorial del estudio

Categorías	Subcategorías	Tipos
Contexto de la interculturalidad en salud en el pueblo emberá-chamí	Proceso salud-enfermedad	Prestablecidas
	Diálogo de saberes	
	Comités de Vigilancia Epidemiológica	
	Formación de personal indígena en modelo occidental	
	Escuela de médicos tradicionales	
Acciones y prácticas de interculturalidad en el pueblo emberá-chamí	Prácticas de multiculturalidad: jornadas de atención en salud	Emergentes
	Atención de las gestantes y el parto	
	Abordaje de enfermedades relacionadas con el dominio físico-biológico	

Subcategorías en el contexto de la interculturalidad en salud

Proceso salud-enfermedad. Este proceso está dado por cinco dominios: psíquico, físico, social, ambiental y espiritual; ellos están, conectados entre sí con la madre naturaleza (*Pacha mama*) y a su vez con las cosmogonías, cosmovisión y mitos fundantes propios donde se separa el mundo material del espiritual.¹⁸

Cada una de las actividades que se realizan dentro de la comunidad están directamente relacionadas con el proceso salud-enfermedad, ya que todas están vinculadas a algunas de las áreas organizacionales del Resguardo; estas incluyen soberanía alimentaria, etnoeducación, cultura, justicia propia y territorio, es decir, en la medicina tradicional emberá-chamí, la salud y la enfermedad son concebidas en forma holística e integran cada una de las actividades que emergen de la cotidianidad de los comuneros y que contribuyen al equilibrio o desequilibrio en los dominios y áreas citadas. Ante las situaciones que no son susceptibles de intervención desde las cinco áreas del resguardo, se acude a la medicina occidental bien sea para diagnóstico o para intervención por especialistas. "Si vemos un caso que ya está muy grave lo remitimos al hospital o le decimos que más bien acuda a un centro de salud o a un hospital más cercano. Reconocemos que cuando es una enfermedad ya muy alta que necesita cirugía o de tratamientos especiales, nosotros somos conscientes y hacemos remisiones directas al hospital". Médico Tradicional.

Diálogo de saberes. A través de los años, se ha intentado fortalecer la comunicación existente entre los líderes en salud de ambas medicinas, así, los médicos tradicionales, las parteras y otros actores de salud del resguardo indígena han tenido encuentros con médicos occidentales con varios fines, entre ellos, abordar desde varias perspectivas enfermedades frecuentes dentro de las comunidades, tratamientos de la medicina occidental que no se consideran efectivos desde la perspectiva indígena, el diagnóstico que requieren desde la medicina occidental las

enfermedades denominadas foráneas y la confluencia de tratamientos desde la farmacología y la etnobotánica (según elección de cada enfermo) para las enfermedades propias de los mestizos o "blancos".

Particularmente en enfermedades gastrointestinales en niños se presentan casos donde los médicos occidentales no logran curarlas y los remiten a los médicos tradicionales, para que estos los intervengan a través de sus rezos y acciones tradicionales. Se han obtenido resultados satisfactorios específicamente en el manejo del "mal de ojo", cuyo origen se explica por "una concentración de malas energías en las personas adultas que son transmitidas a los niños produciendo una gran cantidad de síntomas gastrointestinales". Se ha generalizado la remisión al médico tradicional o al curandero para su tratamiento, dado que esta entidad no es susceptible de intervención desde la medicina occidental debido a que esta no logra equilibrar "las energías en el niño".

De forma contraria, cuando los médicos tradicionales reconocen la necesidad de que un comunero sea atendido por un especialista, se encargan de orientarlo para que asista a los centros de salud o al hospital. "Han llegado niños para que el curandero le pueda curar el mal de ojo, porque sabemos que en la medicina occidental no puede curarse, ya hemos entrado en mucho acuerdo con los médicos occidentales donde hemos trabajado como de la mano en pos del bienestar de nuestras comunidades". Médico tradicional.

Comité de vigilancia epidemiológica (COVE) municipal. El objetivo del COVE es el análisis periódico del comportamiento de enfermedades en un lugar específico, con el fin de orientar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En este lugar se reúnen diferentes líderes en salud del municipio y también son parte activa las autoridades tradicionales de cada uno de los resguardos indígenas del municipio de Riosucio. En cada uno de los encuentros, la Dirección Local de Salud presenta los informes, algunas medidas de ocurrencia de la enfermedad que son de vigilancia epidemiológica y se plantean estrategias de mejoramiento. Por su parte, las autoridades indígenas dan a conocer casos de estas mismas enfermedades que son diagnosticadas, tratadas y controladas desde la medicina tradicional. Cada uno de los diagnósticos, problemas y actividades de salud que socializa la autoridad indígena en el COVE son discutidos e incluso, si requiere investigación de campo o visita domiciliaria en terreno indígena, este es liderado por el médico tradicional y sus enfermeras con el fin de evitar la vulneración de algunos aspectos culturales.

Formación de personal indígena en el modelo occidental. La mayoría de las enfermeras que hacen parte del área de la salud indígena han sido formadas en la medicina occidental, sin embargo, cada una de ellas está capacitada en medicina tradicional y profundizan en aspectos biológicos y espirituales, con la finalidad de poder participar en los rituales, armonizaciones y otras ceremonias, y a partir de ello, atender y educar a su población de referencia (generalmente los comuneros de una vereda cercana a los puestos de salud rurales). Las enfermeras o promotoras de salud indígena hacen acompañamiento constante a los médicos tradicionales con la toma de signos vitales y la realización de capacitaciones y talleres a los diferentes grupos organizados y a los comuneros.

Uno de los objetivos principales en las comunidades indígenas es que se fortalezca la educación superior de sus habitantes, para ello, jóvenes que tienen sentido de pertenencia y compromiso con la comunidad son seleccionados para presentarse a las diferentes universidades públicas del país; con ello se pretende que algunos de los profesionales formados vuelvan a la comunidad y vinculen el conocimiento adquirido con los procesos del resguardo para aumentar el bienestar colectivo, sin violentar la *ancestría* y el acervo del pueblo. Es necesario que durante todo el proceso de

formación haya contacto con las autoridades indígenas y que no se desvinculen de las actividades que se realizan en el resguardo.

Escuela de médicos tradicionales. La escuela de médicos tradicionales "Valle de los Pirzas" se creó con el fin rescatar el saber ancestral sobre medicina indígena de los mayores y autoridades de salud, dado que muchos médicos al morir no dejaban legado o sus familias manifestaban su deseo de no seguir la tradición médica. La escuela tiene un programa de formación de cinco años, dos sobre anatomía, fisiología y etnobotánica y tres sobre aspectos espirituales y manejo de energías. En la primera cohorte se formaron doce médicos tradicionales y en la actualidad se está formando un segundo grupo.

Prácticas de multiculturalidad. En el resguardo se realizan jornadas de atención en salud, las que constituyen el mejor reflejo de trabajo multicultural, donde se observa claramente la coexistencia de dos culturas diferentes en el mismo lugar y donde cada sistema médico trabaja con fines propios e individualistas, sin pretensiones de articulación.

A pesar de las bondades de este tipo de trabajos, algunas prácticas multiculturales en salud deben adaptarse de forma tal que el centro no sea la prestación de servicios de salud sino la comunidad con sus conocimientos y experiencias, sus creencias y costumbres, y en general sus determinantes históricos y culturales.

Las actividades donde se potencia la multiculturalidad involucran las jornadas de atención en salud, cuyo ente principal es el hospital del municipio; en estas se brinda atención de médico general, higiene oral, controles de crecimiento y desarrollo y charlas educativas, también se invita a los médicos tradicionales, pero es el paciente quien determina quién debe atenderlo; en este caso el objetivo no corresponde a salud intercultural dado que se presentan ambas medicinas pero cada una trabaja de forma independiente.

Subcategorías en las acciones y prácticas de la interculturalidad

Atención de la gestante y del parto. Durante años las parteras han jugado un papel indispensable en las comunidades indígenas y rurales, pues han sido las encargadas de velar por las gestantes, neonatos y madres; esta práctica aún es la primera opción en lugares donde no hay profesionales de la salud, donde no hay facilidades para trasportarse o si son lugares muy lejanos y no se dispone de un puesto de atención en salud.

Es de resaltar el compromiso que tienen las parteras con la comunidad y el compromiso que tiene el hospital por mejorar su trabajo y evitar complicaciones en el parto; desde hace varios años las parteras han sido capacitadas en el hospital municipal por jefes de enfermería y médicos que les exponen situaciones para resolver y las educan en normas de bioseguridad y controles prenatales.

Debido a dicho proceso de formación y al cúmulo de experiencias y conocimientos de este grupo en temas relacionados con la atención de la gestante, los neonatos y el puerperio, las parteras son las encargadas de hacer controles prenatales, brindar educación sobre cuidados básicos a las gestantes y dar otro tipo de instrucciones sobre la necesidad o no de consultar con el médico tradicional, el occidental o usar recursos de etnobotánica con fines preventivos.

Abordaje de enfermedades relacionadas con el dominio físico-biológico. A pesar de que la medicina tradicional tiene un número amplio de recursos para la atención en salud y el diagnóstico de enfermedades, en los últimos años se han incrementado las consultas por parte de los comuneros a la medicina occidental, debido a los procesos de mestizaje que han conducido a la aculturación de las nuevas generaciones, la pérdida de la identidad cultural y la aparición de enfermedades para las cuales la medicina tradicional tiene pocos recursos diagnósticos, por ejemplo las dislipidemias, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Este grupo de enfermedades se han denominado foráneas o de los mestizos, las cuales aparecen como consecuencia de cambios en los estilos de vida, principalmente los dietarios, y constituyen un modelo para intervenciones interculturales en salud.

Frente a las enfermedades foráneas, es común que el médico indígena sugiera la realización de exámenes de laboratorio y con base en sus resultados, sugiera el tratamiento por parte de la medicina occidental y la tradicional, con el fin de que cada persona elija la opción terapéutica sin ningún tipo de coacción. Es frecuente que los comuneros acudan a la medicina occidental para la realización de exámenes de diagnóstico, control o seguimiento de enfermedades foráneas, y luego comuniquen al médico tradicional los resultados para que este emplee recursos de la etnobotánica para su manejo, es decir, se reconoce la ventaja tecnológica en el diagnóstico que realiza la medicina occidental y la efectividad terapéutica de la etnomedicina.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se describieron algunas concepciones y prácticas del saber ancestral emberá-chamí, relacionado con aspectos contextuales, conceptuales y prácticos de la interculturalidad en salud, coherentes con múltiples esfuerzos por lograr una adecuación sociocultural del Plan Obligatorio de Salud colombiano. Lo anterior está fundamentado en diversos logros de la medicina tradicional indígena, como alta asistencia de usuarios, confianza de los pacientes, fácil accesibilidad y asequibilidad, calidad humana, disminución de costos y efectos iatrogénicos secundarios, control satisfactorio de enfermedades como hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus y enfermedad ácido-péptica, y cambios en la relación con el entorno. No obstante dichos logros, aún deben superarse fisuras como la falta de investigaciones sobre la efectividad de sus terapias, dificultades relacionadas con la protección del saber indígena, problemas para asegurar su uso correcto, baja comunicación con la medicina occidental y poca información sobre su uso.¹

Los resultados de este y otros estudios constituyen un valioso insumo para implementar modelos de atención en salud acordes con las especificidades de las comunidades indígenas, visibilizar los beneficios de la etnomedicina, preparar a los servicios de salud para tolerar las diferencias culturales, fomentar la investigación en medicina tradicional, aumentar su uso, comprender cómo los dos sistemas médicos pueden comunicarse y organizar servicios de salud interculturales.³¹⁻³⁴ Todo ello, en coherencia con el reconocimiento de que los pueblos indígenas tienen un valioso cúmulo de prácticas y conocimientos para lograr la interculturalidad en salud, relacionados con el cuerpo humano, las interacciones sociales, la convivencia con la naturaleza y la relación con seres espirituales.^{10,32}

Aunado a lo anterior, interculturalidad en salud fomenta el desarrollo y evolución de las culturas, es fundamental para poblaciones indígenas por la complejidad o desconocimiento de sus determinantes histórico-culturales, fortalece la diversidad cultural, reduce la desigualdad social, genera enriquecimiento mutuo, rescata el saber ancestral y los valores indígenas,^{8,35} mejora los programas de atención primaria en

salud y promueve el equilibrio físico, mental y espiritual del individuo, la comunidad, la cultura y la naturaleza, es decir, la armonía entre hombre-espíritu, hombre-familia, hombre-grupo social y hombre-naturaleza.^{36,37}

La interculturalidad en salud constituye un pilar de muchas iniciativas en salud para pueblos indígenas, no solo en Colombia, sino en México, Chile y Perú, donde se busca el rescate del saber ancestral de sus pueblos indígenas.²⁰ Concretamente en el pueblo emberá-chamí se observaron aspectos favorables para la prestación de servicios interculturales en salud debido a su mestizaje, mientras que en otros pueblos indígenas persisten obstáculos para esto debido a creencias espirituales menos comprendidas.³¹

El mestizaje, como proceso natural de reconexión y reconversión cultural derivado del encuentro de actores de ambos sistemas médicos, presenta efectos desfavorables y favorables para el sistema de salud indígena emberá-chamí por la pérdida de algunos saberes de la medicina tradicional a través de procesos de expansión y penetración del modelo médico occidental en el tradicional con su subsecuente asimilación y síntesis por parte de los comuneros del resguardo, pero a la vez permite afianzar procesos de reinterpretación y cambio entre los grupos sociales, la transacción entre el saber biomédico y popular, y por conexión, la interculturalidad en salud.

Para el Ministerio de Cultura de Colombia el mestizaje presenta connotaciones negativas dado que genera desterritorialización, se pone en riesgo la subsistencia del acervo indígena, se pierde en los metizos identidad y arraigo y se resta valor y reconocimiento a sus instituciones.³⁸

Estudios relacionados con interculturalidad en salud muestran la convergencia y articulación de conocimientos y prácticas de sujetos con un acervo cultural diferente con respeto de sus creencias y costumbres, sin imposición de algún grupo, donde los modelos médicos están en una constante relación cultural, territorial, jurídica y de lenguaje.^{6,8} Estos puntos son de gran relevancia al tener presente que las personas que participan en procesos de interculturalidad en salud no eligen la situación para estar en ella, simplemente se sumergen en la cotidianidad y con el tiempo pueden comprender, actuar y lograr niveles de libertad que le permiten una mejor relación con sus *alter-ego* y con la comunidad.³⁹

El concepto de multiculturalidad nace del mundo occidental, como una expresión de la diferencia y la diversidad, en los casos referidos al contacto de las tradiciones y el acervo indígena con modelos hegemónicos, sin que uno permee a otro, es decir, desde la suma de trabajos individuales de cada modelo; esto se refleja en las jornadas de salud realizadas por el pueblo emberá-chamí.^{9,10} Estudios que discuten la evolución de interculturalidad y multiculturalidad, como el de *Salaverry*, muestran diferentes momentos y evolución de la integración de los modelos en salud que han sido llevados a cabo desde la Conquista Española, donde se determinaron las primeras relaciones entre culturas y los modelos en salud, contemplados dentro de los dos sistemas sociales llamados República de los españoles y República de los naturales; además de mostrar diferentes aspectos sobre multiculturalidad donde se habla de culturas subyugadas por una hegemónica.⁹

Un aspecto estructural de la interculturalidad en salud lo constituye el diálogo de saberes que se ha propiciado en el interior del resguardo en actividades como el COVE, la formación de recursos humanos, la atención de gestantes y el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades desde ambos modelos médicos. El diálogo es clave en este proceso ya que posibilita la autocomprensión de prácticas cotidianas y se aclara que comprender es una experiencia que se realiza en el trato continuo con los otros más no de la interpretación individual.³⁹ Cuando se dialoga, es necesario

desplazarse hacia la situación del otro, lo que permite comprenderlo y comprenderse a sí mismo, aun cuando no haya acuerdo con lo que se está planteando. El diálogo tiene como base el pensamiento hermenéutico que inicia desde la conversación y cuyo objetivo es el mutuo entendimiento y la articulación del mundo común, lo que es fundamental en el proceso de construcción de la interculturalidad en salud.³⁹

En coherencia con lo anterior, es oportuno citar la importancia del enfoque de investigación cualitativa en el abordaje de este tipo de poblaciones y temáticas porque permite la aproximación a las realidades sociales desde la perspectiva del sujeto, con sus determinaciones históricas, singularidades culturales y maneras de vivir y pensar con énfasis en lo subjetivo y vivencial, la interacción, lo local y cotidiano de los actores que viven y reproducen la realidad sociocultural.^{28,40}

El estudio permitió conocer algunos aspectos del universo simbólico de los indígenas que potencian la interculturalidad en salud y posibilitan un mayor éxito de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de salud en resguardos indígenas.

En base a los hallazgos de este y otros estudios, se presentan las siguientes recomendaciones: a) incorporar a las políticas de salud pública los lineamientos propuestos por la OMS sobre medicina tradicional, b) desarrollar investigaciones sobre la efectividad de los tratamientos mixtos (biomedicina-medicina tradicional) y la sistematización del saber acumulado por los comuneros de los resguardos, c) diseñar acciones de promoción y prevención que integren ambos saberes, relevantes para el sistema médico occidental y propiciar el encuentro y diálogo culturales.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a las autoridades tradicionales, a los participantes que con su información permitieron la ejecución de este estudio y a la Universidad de Antioquia que con la Estrategia de Sostenibilidad 2013-2014 entregada al grupo "Salud y Comunidad-César Uribe Piedrahíta" financió esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de base. (Informe N° 13, 118 p). Washington, D. C.: OMS/OPS; 1999.
3. Rojas R. Programa salud de los pueblos indígenas de las Américas, plan de acción 2005-2007. Washington, D. C.: OPS; c2009 [citado 10 Ene 2013]. Disponible en: http://www.new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=780%3Apueblos-indungenas-de-las-amuoricas&catid=1039%3Athr040401main-page-ind&Itemid=1484&lang=es

4. Hernández Santana A. Paradigma epistemológico en la atención de salud pública a los pueblos indígenas en Honduras. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 10 Ene 2013];39(1):154-60. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n1/spu14113.pdf>
5. Mabit J. Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales: El reto de la coherencia. Takiwasi. c2011 [citado 10 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.takiwasi.com/esp/pub01.php>
6. Espinosa Brito A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 10 Ene 2013];39(1):1-3. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n1/spu01113.pdf>
7. República de Colombia. Ley 691 de 2001. Secretaría del Senado. c2014 [citado 6 Ene 2013]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2001/ley_0691_2001.html
8. Almaguer González JA, Vargas Vite V, García Ramírez HJ. Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). Modelo para su implementación en los Servicios de Salud. Campaña Nacional por la diversidad cultural de México. México, D. F.: Secretaría de Salud; 2005 [citado 2 Feb 2013]. Disponible en: http://www.189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf
9. Salaverry O. interculturalidad en salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010;27(1):80-93.
10. Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Scribd. c2014 [citado 14 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.es.scribd.com/doc/74398193/Libro-Intercultural-Id-Ad-en-Salud-20>
11. Rigail Arosemena F. Interculturalidad en la salud. Rev Pontificia Universidad Católica Ecuador. 2009;87:7-11.
12. Ibacache Burgos J. La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. c1997 [citado 6 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>
13. República de Colombia. Política Nacional de Prestación de servicios en salud. Bogotá, D. C.: Ministerio de salud y de la Protección Social; 2005.
14. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas V. Interculturalidad en Salud. Experiencia y Aportes para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud. México, D. F.: Secretaria de Salud; 2009.
15. Alarcón AM, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile. 2003;131(9):1061-5.
16. Duarte Gómez MB, Ortega Alegría ML, Mora Ríos LH, Coromoto Fernández N. Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana. Rev Panam Salud Pública. 2011;30(3):272-8.

17. Organización Nacional Indígena. Autoridad Nacional de Gobierno indígena. Pueblos indígenas. ONIC. c2014 [citado 7 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.cms.onic.org.co/pueblos-indigenas/>
18. Cardona J, Rivera Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas *emberá-chamí* de Colombia. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 10 Ene 2014];38(3):471-83. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n3/spu13312.pdf>
19. Ramírez S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. Avá Rev Antropología. 2009 [citado 10 Ene 2013];14:1-28. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16942009000100010&script=sci_arttext
20. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Organización Panamericana de la Salud. Medicina indígena tradicional y medicina convencional. San José, Costa Rica: Editorial IIDH, OPS; 2006.
21. Organización Panamericana de la Salud. Un mayor enfoque intercultural para abordar la salud de los pueblos indígenas. Washington, D. C.: OPS; c2011 [citado 4 Feb 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=348:un-mayor-enfoque-intercultural-abordar-salud-pueblos-indigenas&Itemid=322
22. Pineda Camacho R. La Constitución de 1991 y la perspectiva del multiculturalismo en Colombia. Rev Alteridades. 1997;7(14):107-29.
23. Wikipedia. Fundación wikimedia. Embera. c2014 [citado 18 Mar 2013]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Ember%C3%A1>
24. Ulcué G; Asociación OREWA. Pueblo Indígena Embera Dobida, Katio y Chamí. c2010 [citado 18 Mar 2013]. Disponible en: http://www.orewa.org/index.php?option=com_content&view=article&id=23:puebloindigena-embera-dobida-katio-y-chami&catid=17:pueblos-indigenas&Itemid=22
25. Departamento Nacional de Planeación de Colombia (DNPC). Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio. Cap 8. Descripción general de los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio. Bogotá, D. C.: DNPC; 2004 [citado 21 Nov 2012]:298-307. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4435.pdf?view=1>
26. Vinasco HJ, García Pineda AF, Gil Cardona E, Gañán VJ. Memoria oral en mayores: entre trochas y caminos, hacia la recuperación de la tierra y el fortalecimiento de la organización indígena en el departamento de Caldas. Rev Educación Pedagogía. 2007;19(49):185-98.
27. Gil D. Riosucio, entre la tradición y las multinacionales. c2014 [citado 20 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.traslacoladelarata.com/2011/05/15/riosucio-entre-la-tradicion-y-las-multinacionales/>

28. Galeano Marín ME. Estrategias de investigación social cualitativa, el giro de la mirada. Medellín, Colombia: La Carreta Editores E.U.; 2009.
29. Araya US. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 2002.
30. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Rev Colomb Med. 2003;34(3):164-7.
31. Clavijo Úsuga CR. Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos. Iatreia. 2011;24(1):5-15.
32. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1997.
33. Morón Rodríguez FJ, Jardines Méndez JB. La medicina tradicional en las universidades médicas. Rev Cubana Plant Med. 1997 [citado 10 Ene 2013];2(1):35-41. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47961997000100008
34. Moreira E. Considerações sobre a construção do Projeto de Medicina Tradicional Indígena em Roraima: Convênio CIR-Saúde. En: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II-Saúde Indígena, editores. Medicina tradicional indígena em contextos. Anais da reunião de monitoramento. Brasília, D.F.: Tiragem; 2007. p. 48-54.
35. Muñoz SF, Castro E, Castro ZA, Chávez E, Ortega DM. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio, Cauca 2008-2009. Rev Univ Ind Santander. 2012;44(1):39-44.
36. Hernández R, Amaya JA, Chávez MA, Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, Dirección de Investigación. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Garífunas de Honduras. Washington, D. C.: Universidad OPS/OMS-Honduras; 2002.
37. Pérez Villarreal AM. Sistema médico tradicional con Sanpedro y la enseñanza a curanderos del maestro Marco Mosquera Huatay. Cult Droq. 2009;14(16):89-102.
38. Ministerio de Cultura de Colombia. Caracterización y situación actual de los pueblos indígenas. Mincultura. c2012 [citado 10 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.mincultura.gov.co/?idcategoria=26027>
39. Ruiz García MA. Filosofía del diálogo. Dimensión ética y política del arte de la conversación. Medellín, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2008.

40. Murcia N, Jaramillo L. Investigación cualitativa: la complementariedad. 2da ed. Armenia, Colombia: editorial Kinesis; 2008.

‡ Los autores no declaran conflictos de intereses para la publicación de este manuscrito.

Recibido: 4 de diciembre de 2013.
Aprobado: 23 de septiembre de 2014.

Jaiberth Antonio Cardona-Arias. Calle 67 No. 53-108, bloque 5, oficina 103. Medellín, Colombia.
Dirección electrónica: jaiberthcardona@gmail.com