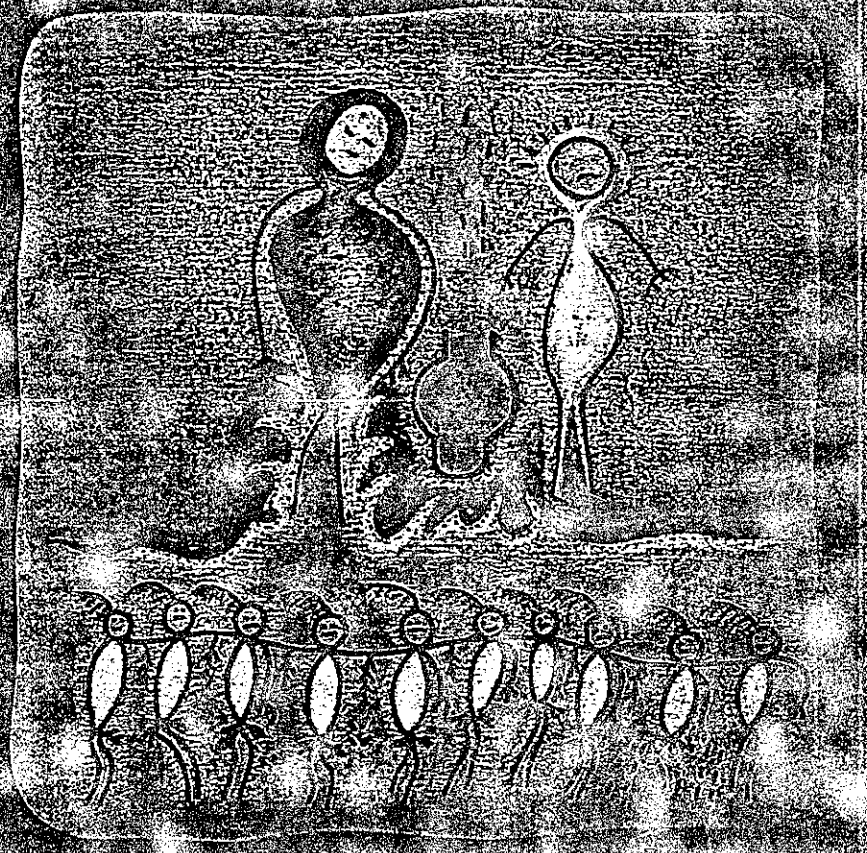


AR-152



**En busca
de un modelo de salud para
los pueblos indígenas**

La experiencia del Vaupés

República de Colombia
Ministerio de Salud
Servicio Seccional de Salud del Vaupés

**República de Colombia
Ministerio de Salud
Servicio Seccional de Salud del Vaupés**

**EN BUSCA
DE UN MODELO DE SALUD PARA
LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

La experiencia del Vaupés

Autoría e investigación
Juan Guevara Garzón

Mitú, mayo de 1998

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPÉS

JOSÉ SEGUNDO FORERO GÓMEZ
Jefe

MARCO ALIRIO RIAÑO OLARTE
Coordinador Técnico

CARLOS IVÁN MUÑOZ
Jefe División Promoción y Prevención

CARMELO JOSÉ AGUAS SIERRA
Jefe División de Seguridad Social y Desarrollo Institucional

JUAN GUEVARA GARZÓN
Coordinador Área Social

Autoría e investigación: Juan Guevara Garzón

Asesoría técnica: Mayden Cardona C. Comunicadora Social

Edición y coordinación editorial: Miriam Cotes Benítez

Diseño e ilustración: Rosa Helena Peláez

Las ilustraciones están basadas en símbolos, motivos gráficos y dibujos originales de pueblos indígenas del Vaupés.

©SERVICIO DE SALUD DEL VAUPÉS

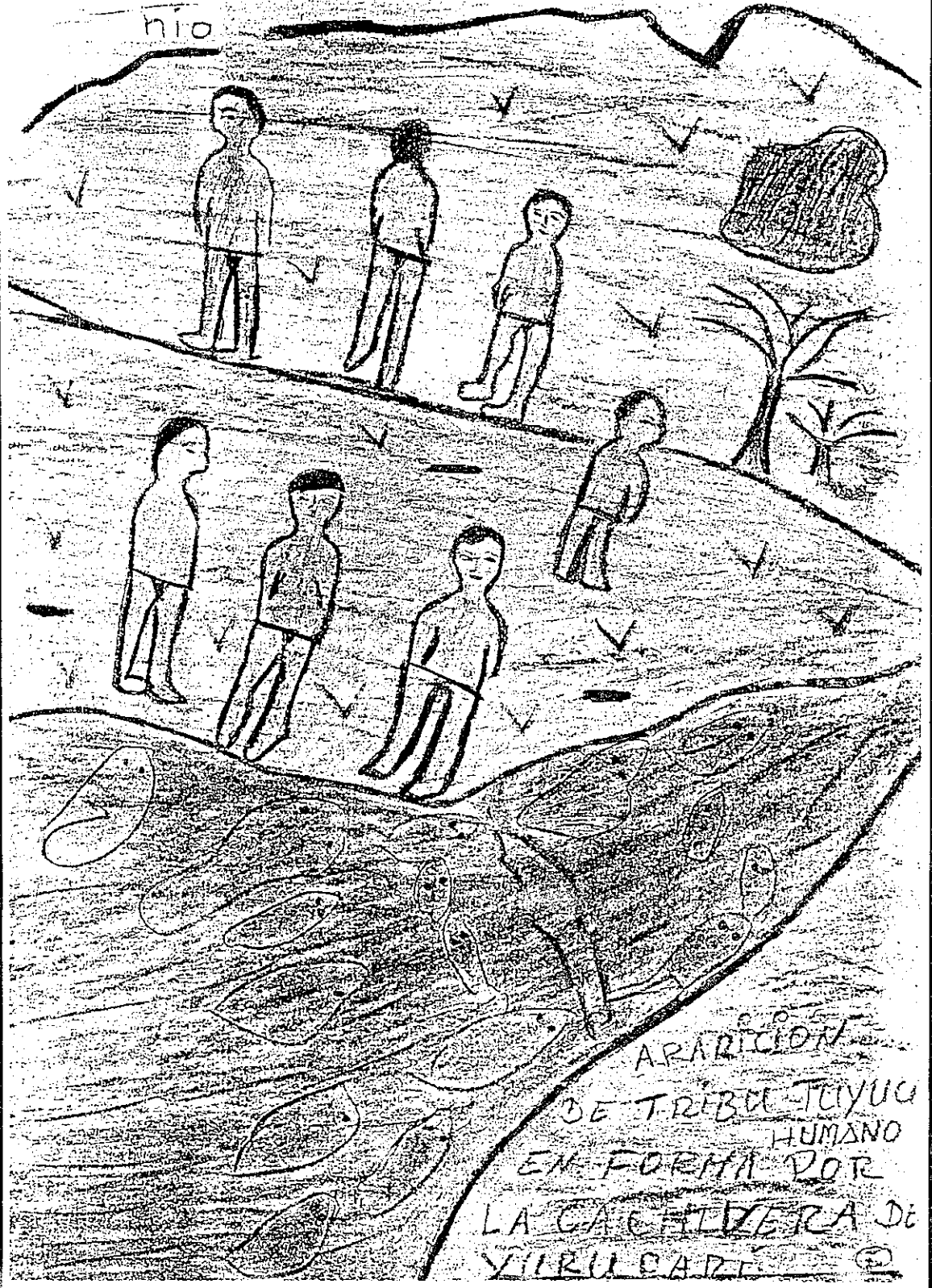
Primera edición: 1.000 ejemplares. Mitú, mayo de 1998

ISBN: 95896421-0-1

Todos los derechos reservados. Apartes de los textos pueden reproducirse citando la fuente. Su reproducción total debe ser autorizada por el Servicio Seccional de Salud del Vaupés.

Distribución gratuita.

Suniapoeo nia basocabuariro
nio



APARICION
DE TRIBU TUIYUC
HUMANO
EN FORMA POR
LA CAZATEIRA DE
YIRU BATE

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	9
---------------------------	----------

INTRODUCCIÓN	11
---------------------------	-----------

CONSIDERACIONES PRELIMINARES	15
---	-----------

Aspectos normativos para la prestación de servicios de salud a poblaciones indígenas	15
---	-----------

Caracterización del Vaupés	19
---	-----------

Principales características geográficas y geológicas

Principales características demográficas

División político-administrativa

Entidades territoriales indígenas y resguardos

Grupos étnicos predominantes en la región

Principales características socioculturales

Generalidades sobre la organización social en el Vaupés indígena

Notas sobre las "bonanzas" en el Vaupés	32
--	-----------

La bonanza cauchera

La bonanza de las pieles

La bonanza coquera

Sobre la ganadería

Aspectos generales del perfil epidemiológico del Vaupés	42
--	-----------

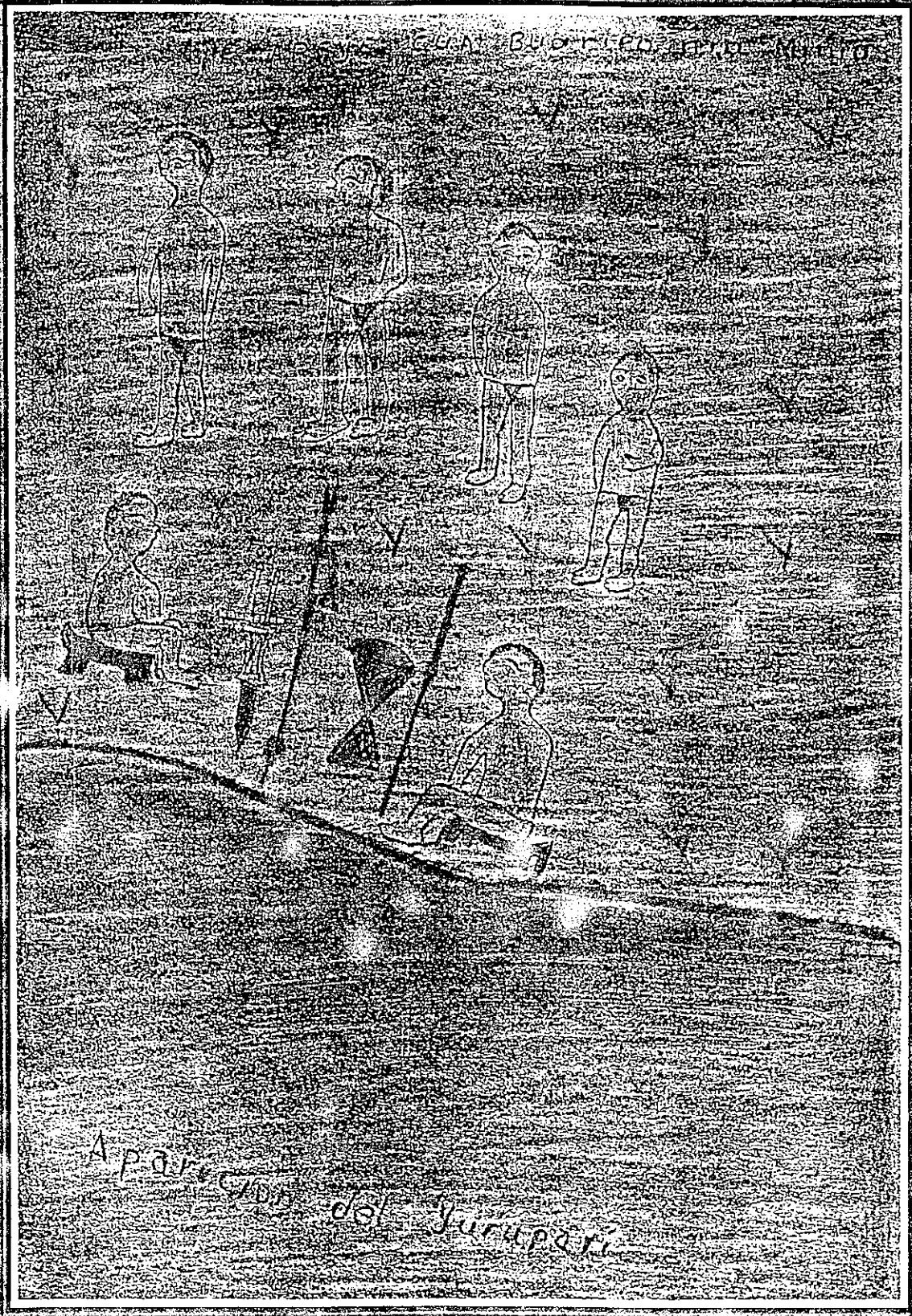
Situación organizacional del sector salud en el Vaupés	44
---	-----------

La medicina tradicional indígena y la medicina occidental	45
--	-----------

Consideraciones generales sobre la interrelación funcional entre las dos medicinas

Los agentes de salud en la medicina tradicional indígena

La estructura de demanda y la estructura de oferta	55
La estructura de demanda: sobre las aspiraciones, intereses y necesidades de los pueblos indígenas	
La estructura de oferta: el trabajo de las instituciones de salud	
La participación y el trabajo con los pueblos indígenas	61
Promoción y prevención con comunidades indígenas	63
<hr/>	
EL MODELO OPERATIVO	69
La investigación participativa como opción metodológica para la toma de decisiones en salud	69
Equipos extramurales de promoción de la salud	71
Promoción directa o promoción al pueblo indígena	
Promoción indirecta o a las instituciones de salud	
Los diagnósticos	
<hr/>	
LOS PROYECTOS	81
Microempresas comunitarias de salud integral	81
El proyecto de ambientes hospitalarios propicios	84
Ejemplo de utilización de un recurso propio	87
Ejemplo de adaptación de un recurso ajeno	89
<hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	
<hr/>	



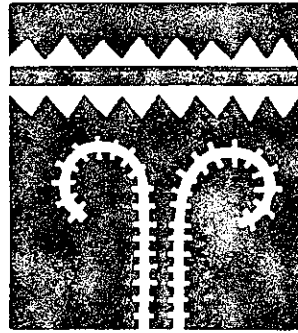
Aparición del Jurupari

PRESENTACIÓN

La Ley 100 de 1993, que creó el Sistema de Seguridad Social en Salud en nuestro país, ha implicado asumir muchos retos tanto en la organización y estructura general del sistema mismo como en el enfoque conceptual y metodológico que debe orientar la prestación de los servicios de salud. En el caso concreto de los pueblos indígenas, estos retos se magnifican, especialmente debido a las diversas circunstancias de orden social, económico y cultural que caracterizan a las etnias indígenas de Colombia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Servicio Seccional de Salud del Vaupés se ha interesado en recuperar la experiencia acumulada durante varios años en la búsqueda de un modelo de salud adecuado, oportuno y de calidad para las comunidades indígenas, representadas en los múltiples grupos étnicos que habitan en el Vaupés. Esta experiencia ha implicado una construcción y un aprendizaje constantes en la consolidación de formas de diálogo y de promoción de la autonomía de las comunidades en el diseño, la ejecución y el control de los programas de salud, así como un ejercicio fructífero de coordinación y concertación con los distintos sectores gubernamentales que tienen que ver con la salud, con las ONG y con las organizaciones indígenas. A partir de las actuales políticas de salud se evidencia aún más la necesidad de fortalecer estos procesos con miras a promover una verdadera alianza entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental, pilar sobre el cual deben construirse las acciones para la conservación de la salud de los pueblos indígenas de nuestro país. El documento que estamos entregando está dirigido a los diferentes actores comprometidos con la prestación de servicios de salud a los pueblos indígenas: Servicios de Salud, entidades autorizadas para administrar subsidios (EPS, ARS, Cajas de Compensación), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Direcciones de Salud, autoridades departamentales y municipales, organizaciones indígenas, ONG y, en fin, a todas aquellas instituciones y personas involucradas en la dinámica de ofrecer a los indígenas una nueva perspectiva integradora de la salud. El propósito del documento es aportar elementos legales, conceptuales, metodológicos y organizativos que propicien la reflexión y las discusiones creativas y que puedan adaptarse a las condiciones y características específicas del trabajo en salud con las culturas indígenas.

José Segundo Forero Gómez
Jefe Servicio Seccional de Salud del Vaupés

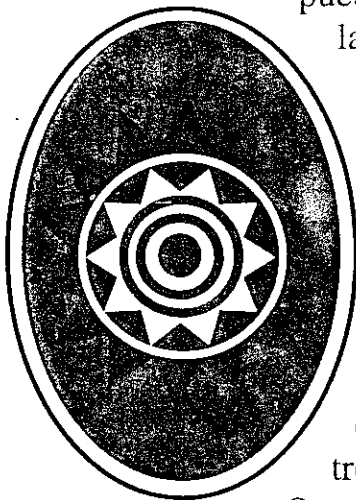


INTRODUCCIÓN

Con la expedición de la Constitución Política de 1991 y de las leyes, decretos y normas reglamentarios de la misma, Colombia ha dado un paso gigantesco en lo tocante a las reivindicaciones de los pueblos indígenas que hacen parte de nuestra diversa nación. Sin embargo, la aplicación de estas legislaciones se ha visto dificultada por la intervención de funcionarios y personas que han tratado de imponerles a los indígenas la cultura dominante y que han carecido de elementos para apropiarse de un pensamiento descentralizado que les permita operar respetuosamente en una cultura contraria a la suya propia: se ha buscado por diferentes medios extender los planteamientos de la cultura mayoritaria a la población indígena y hacer efectivos progra-

mas que responden a problemáticas percibidas en contextos socio-culturales ajenos a su realidad. Esto, por supuesto, ha creado conflictos en la comunicación con los indígenas. Resulta un contradictorio hablar de respeto y, al mismo tiempo, forzarlos a tomar decisiones en un esquema extraño a su propia cultura.

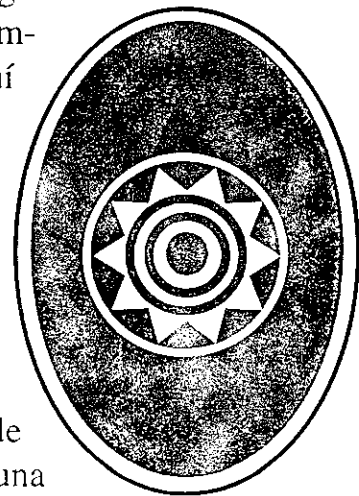
Con respecto al sector salud, en la aplicación de la Ley 100 de 1993 han surgido algunas dificultades en lo que tiene que ver con las comunidades indígenas. Pese a que éstos pueblos son potenciales beneficiarios de dicha Ley, al poder disfrutar como todos los colombianos de los servicios básicos de salud, ésta no contempla en forma precisa el tratamiento especial que debe dárseles por ser pueblos con identidad histórica y cultural diferente a la de la sociedad mayoritaria. A esta dificultad se suman las confusiones que han surgido en torno a las diferentes responsabilidades que les corresponde asumir a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y al pueblo indígena. Por estas razones, el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior están trabajando con miras a hacer desarrollos de la Ley 100 que sean susceptibles de aplicarse a los pueblos indígenas de nuestro país. En este trabajo también está comprometida la Organización Nacional de Indígenas de Colombia (ONIC), con todas sus regionales. El objetivo es que se contemplen las condiciones que permitan a las culturas indígenas participar de los beneficios que les otorga la Ley 100 sin violentar su cultura y sus tradiciones.



Entre los puntos claves que es necesario trabajar con respecto a la reglamentación de la Ley 100 para los pueblos indígenas merece especial importancia el de la participación. En muchos casos, las formas de participación comunitaria propuestas para los mismos no plantean la investigación y la educación como opciones metodológicas que pueden contribuir a evitar la toma de decisiones espontaneistas e ingenuas por parte de diferentes actores.

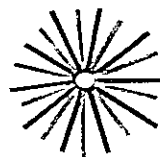
Con miras a contribuir a la solución de los problemas planteados con anterioridad, el Servicio Seccional de Salud del Vaupés ha querido presentar en este documento la experiencia que ha acumulado a lo largo de varios años de trabajo con el pueblo indígena. El modelo que se ha utilizado en el Vaupés parte de la propia cultura indígena y, a la vez, apunta a enriquecerla con conocimientos y prácticas de la medicina occidental, respetando las decisiones de los individuos a la hora de apropiarse de los recursos culturales ajenos. En cuanto a las instituciones que prestan servicios de salud, dicho modelo plantea que su responsabilidad trasciende la adecuación al medio físico y sociocultural y el desarrollo de su labor institucional, y comprende la autocrítica y la reflexión para entender al otro y conocerse a sí mismas en relación con lo que pueden ofrecer de cara a las aspiraciones y necesidades de la cultura india.

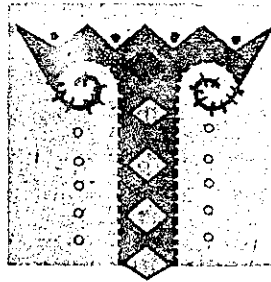
El documento *En busca de un modelo de salud para los pueblos indígenas* está dividido en tres partes: la primera de ellas, llamada “Consideraciones preliminares”, parte de una reseña de las principales legislaciones que tienen que ver con el fortalecimiento de los pueblos indígenas y con su salud. Este marco legislativo debe ser tomado como referente a la hora de emprender acciones relacionadas con dichos pueblos. Aquí también se caracteriza al pueblo indígena del Vaupés en términos socioculturales y de salud y se introducen elementos claves para entender la medicina tradicional indígena. Igualmente, se plantean los aspectos generales con base en los cuales se ha trabajado la participación en salud en el Vaupés y se hace un análisis de lo que se entiende por estructura de demanda y oferta en el contexto de la prestación de servicios de salud para los pueblos indígenas. Para cerrar se hace una breve reseña del concepto de promoción tal como se entiende actualmente. El objetivo de esta primera parte es formular los lineamientos conceptuales desde los que se parte en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés para el desarrollo del trabajo que se ha venido realizando con el pueblo indígena. La segunda parte del



documento, denominada “El modelo operativo”, es un acercamiento a la forma de trabajo que se ha implementado en el Vaupés. En ella se presenta una reflexión sobre los planteamientos básicos de la investigación participativa y sus bondades para trabajar con los pueblos indígenas. Así mismo, se describe la estrategia de los equipos extramurales, su conformación y las funciones que desempeñan. En la tercera parte del documento, titulada “Los proyectos”, se presentan, a manera de ejemplo, algunas experiencias que se han vivido en esta región y que permiten ver cómo se hacen operativas en la realidad las consideraciones conceptuales y metodológicas. En la última sección se incluye la bibliografía en la que el Servicio se ha apoyado para llevar a cabo su trabajo. El documento apunta a recoger el proceso que se ha seguido para buscar un modelo de salud para las comunidades indígenas del Vaupés, el cual debe estar sujeto a una permanente construcción y de ahí el nombre que se ha escogido para el texto.

Esperamos que el modelo que se ha implementado en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés y que por medio de este documento se ofrece a consideración de todos aquellos interesados en el trabajo en salud con comunidades indígenas, sirva de punto de partida a otros Servicios y entidades que trabajan en salud para operacionalizar programas adecuados a su contexto y formular estrategias institucionales que redunden en el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de Colombia.





CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Aspectos normativos para la prestación de servicios de salud a poblaciones indígenas

Con el objeto de contar con instrumentos de trabajo útiles para definir y desarrollar adecuadamente las diferentes intervenciones en salud con poblaciones indígenas, es necesario apoyarse en el contexto legal que las respalda. En este sentido es relevante reseñar los principales referentes legislativos en los que se deben enmarcar los planes, programas y proyectos que se pretendan desarrollar en materia de salud con los grupos étnicos de nuestra nación.

La Constitución de 1991 es el principal contexto normativo en nuestro país. En ella han quedado consagrados cambios fundamentales en la relación de las etnias y el Estado. La Carta Magna expresamente reconoce la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana y define a Colombia como un Estado social de derecho, organizado como una república descentralizada con autonomía de sus entidades territoriales, democrática y pluralista, es decir, con diversidad de religiones, sistemas económicos, relaciones políticas, formas sociales y lenguas, todo lo cual es considerado como parte fundamental de la riqueza cultural de la nación. La atención de la salud y el saneamiento ambiental se establecen en la Constitución Nacional como derechos sociales, económicos y culturales. La seguridad social se consolida como un servicio público a cargo del Estado y como un derecho irrenunciable por parte de la ciudadanía.



Así mismo, en cuanto a las normas que proporcionan el marco político de la nación colombiana en lo que se refiere a las poblaciones indígenas, el Documento CONPES 2773 de 1995 les reconoce a los pueblos indígenas el derecho a la identidad, al territorio, a la autonomía, a la participación y al autodesarrollo. Este documento asigna recursos y responsabilidades institucionales con miras a fortalecer las culturas indígenas en el contexto nacional.

En este punto también es importante resaltar la Ley 21 de 1991 por la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT (Ginebra 1989). En esta Ley se estipula que se debe consultar a los pueblos indígenas, a través de sus autoridades representativas, en relación con las medidas legislativas o administrativas que los puedan afectar directamente. Así mismo, esta ley promueve el establecimiento de medios a través de los cuales dichos pueblos puedan participar libremente y el derecho de los indígenas a decidir sus propias prioridades en lo que se refiere al proceso de desarrollo, en tanto éste afecte sus creencias, instituciones, bienestar espiritual y territorio. En cuanto a la salud de los pueblos indígenas, señala que los gobiernos deben velar porque se pongan a disposición servicios de salud adecuados a las necesida-

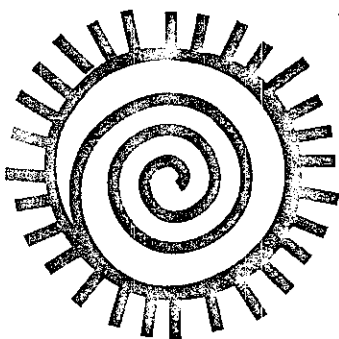
des y formas de organización de dichos pueblos, enfatizando la importancia de la participación de los mismos y la utilización de sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

A partir de la Constitución Nacional se expidió la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) bajo los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad, unidad y participación. En esta ley están incluidos los pueblos indígenas, los cuales se consideran grupos altamente vulnerables y sin capacidad de pago. De acuerdo con la Ley 100, los indígenas son beneficiarios del seguro de salud subsidiado. Esta ley va más allá de la visión puramente curativa de la salud y enfatiza las acciones de promoción y prevención y, además, define la participación social y comunitaria en el contexto de los Consejos Territoriales de Salud, los Comités de Participación Comunitaria Municipales y las Asociaciones de Usuarios, entre otros.

Como consecuencia de los cambios derivados de la Ley 100 de 1993, se han expedido diferentes normas que tienen que ver en forma directa con la salud de los pueblos indígenas. Entre ellas cabe destacar las siguientes: la Resolución 005078 de 1992, por medio de la cual se adaptan normas técnico-administrativas en materia de medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas y se crea un consejo asesor para la conservación y desarrollo de las mismas, y el Decreto 0757 de 1995, que tiene que ver con los subsidios para poblaciones y su administración por medio del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Más recientemente se han expedido las siguientes normas en lo que tiene que ver con la salud de los pueblos indígenas: la Circular 007 de 1997, de acuerdo con la cual se imparten ins-

trucciones para garantizar la atención en salud a las comunidades indígenas en todos los niveles. Esta circular contempla aspectos que tienen que ver con la afiliación de los indígenas a las ARS y el derecho a las acciones del POS-S (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado), con la exención del pago de cuotas de



recuperación por servicios prestados a éstos y con la obligatoriedad de la atención gratuita a la población indígena no afiliada al Sistema con cargo a los recursos de la oferta; la Circular Conjunta 04MS-056 SNS que imparte instrucciones para la afiliación e inscripción al régimen subsidiado; el Acuerdo 72 de 1997 que define el plan de beneficios del régimen subsidiado y en su artículo 8 estipula que el contenido del POS-S para comunidades indígenas podrá ser ajustado y concertado entre dichas comunidades, las ARS y la entidad territorial con aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud dentro del tope máximo de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) y que la forma de prestación de servicios del POS-S será objeto de concertación con las IPS que constituyen la red prestadora de servicios; el Acuerdo 77 de 1997 que define las formas y condiciones de operación del régimen subsidiado del SGSSS y tiene que ver con la identificación de beneficiarios de las poblaciones indígenas, la libre escogencia de la ARS y el aseguramiento de las comunidades indígenas y su financiación.

Así mismo, a partir de la Constitución Nacional se expidió la Ley 60 de 1993. Esta Ley que gira en torno a las competencias y recursos de las entidades territoriales, les asigna a las Entidades Territoriales Indígenas (ETI) su participación en los ingresos corrientes de la nación y define que son sus autoridades quienes deciden su destinación de acuerdo con sus usos y costumbres. Por su parte, el Decreto 1088 de 1993, reglamentario de la Ley 60, regula la creación de las asociaciones de cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas las cuales, entre otras cosas, tienen como objeto el fomento de acciones de salud en sus comunidades. Igualmente, el Decreto 1386 de 1994 estipula el hecho de que aunque los resguardos reciban transferencias, las autoridades territoriales, municipales y departamentales, no están eximidas de sus responsabilidades para con los indígenas.



Caracterización del Vaupés

Principales características geográficas y geológicas

El Departamento del Vaupés está ubicado en el sureste colombiano hacia los 2 grados de latitud norte, 1 grado de latitud sur, 68 grados de longitud este y 71 grados de longitud oeste. El Vaupés hace parte de los nuevos Departamentos creados a partir de la Constitución de 1991 y tiene, según el IGAC (Instituto Geográfico Agustín Codazzi), una extensión de 65.268 kms². Como características especiales tiene la de ser una región altamente selvática, húmeda y cálida, con una temperatura promedio de 28°C. Los ríos del Departamento del Vaupés pertenecen a la vertiente amazónica, con excepción de los ríos Papunaua e Isana que pertenecen a la vertiente de la Orinoquía. Estos ríos se caracterizan por tener un caudal alto en invierno y uno bajo en verano. No son navegables en toda su extensión por la presencia de raudales. Su riqueza orgánica es baja y no poseen buenos recursos pesqueros, hasta el punto de ser llamados “ríos de hambre”.

El Vaupés está ubicado en el escudo Guyanés. Sus suelos, al ser rocosos, son impermeables. Esto hace que la mayor parte del año las partes bajas del territorio permanezcan inundadas y obliga a los indígenas a construir sus asentamientos en barrancos o pequeñas elevaciones. Por esta misma razón, son pocos los sitios de cultivo. Gran parte de las chagras se localizan en áreas por encima del riesgo de inundación.

Principales características demográficas

La población del Vaupés se estima en 20.697 habitantes, de los cuales el 95% es indígena. El 5% restante está conformado por no indígenas provenientes, en su gran mayoría, de otras regiones del país. La población indígena del Vaupés está conformada por cerca de 23 grupos étnicos, dispersos a lo largo de los ríos, muchos de ellos en lugares de difícil acceso. Estos grupos poseen su propia cultura tradicional: el Vaupés es un departamento multiétnico y pluricultural con 23 lenguas, muy rico en conocimientos tradicionales propios.

El gran resguardo indígena del Vaupés inscrito dentro del Departamento cuenta con una población de 19.662 habitantes, hablantes de las numerosas lenguas que allí se conocen. 1.035 habitantes son población no indígena. Dentro de los 19.662 habitantes indígenas se incluye la población mestiza, hablante de las lenguas nativas y poseedora de las características culturales indígenas. Los análisis estadísticos muestran que entre 1985 y 1992 la población real sólo tuvo un crecimiento del 1.3% anual. En el caso del río Taraira, el censo de 1989 mostró una población de 6.000 habitantes y en 1993 se contabilizaron 222 personas. Algo similar sucede en la zona del alto Vaupés, que entre 1979 y 1984 arrojó un censo de 7.000 personas, el cual descendió en 1993 a 1.535 personas. El crecimiento poblacional del Vaupés ha dependido de la población flotante que ha llegado del interior del país, a raíz de diferentes bonanzas como la cauchera y la coquera. Con la decadencia de dichas bonanzas, la población ha tendido a permanecer en su estado inicial o a decaer.

División político-administrativa

En términos político-administrativos, el Departamento del Vaupés se divide en municipios, corregimientos departamentales y municipales e inspecciones departamentales y municipales de policía, así:

Municipios: Mitú (capital del Departamento), Taraira y Carurú.

Corregimientos departamentales: Pacoa, Yavaraté, Papunaua y Bocas de Arara (límites sin definir).

Corregimientos del Municipio de Mitú: Acaricuara y Villafátima de Tipiaca.

Inspecciones departamentales de policía: Bocas del Taraira, Monforth, Yuruparí, Piedra Ñi, Teresita de Piramiri y Piracuara.

Inspecciones municipales de policía: Yapú, Tapurucuara, Bocas del Querarí, Camanaos y Tiquié.

Entidades territoriales indígenas y resguardos

Paralelamente a la división político-administrativa reseñada más arriba, existen otras divisiones político-administrativas tradicionales, que desde 1982 empezaron a ser reconocidas como territorios de resguardo indígena. Esta división se superpone y contradice el derecho consuetudinario de los indígenas. No es fácil establecer las relaciones resguardo/municipio, resguardo/corregimiento y resguardo/inspección de policía. Últimamente la situación se ha hecho más compleja conceptual y operativamente con la posibilidad de crear las Entidades Territoriales Indígenas (ETIS), de acuerdo con las normas sobre ordenamiento territorial derivadas de la Constitución colombiana.

Resguardos indígenas del Vaupés

Resguardo indígena del Vaupés: ubicado en el centro-orientado del Departamento y constituido en 1982.

Resguardo indígena Yaigogé-Apaporis: ubicado al sur-orientado del Departamento y constituido en 1988.

Resguardo indígena Arara-Bacatí: ubicado al norte del Departamento y constituido en 1993.

Grupos étnicos predominantes en la región

Tucano oriental: Tucano, Wanano, Piratapuya, Bara, Tuyuca, Pisamira, Desano, Siriano, Carapana, Tatuyo, Macuna, Barasana y Taiwano.

Tucano medio: Cubeo.

Tucano no clasificado: Yurutí, Tanimuka, Lectuama y Yauna.

Arawak: Tariano, Cabiari, Curripaco y Baniwas.

Makú: Makú puinabe, Bara cacua, Jupda y Yujú.

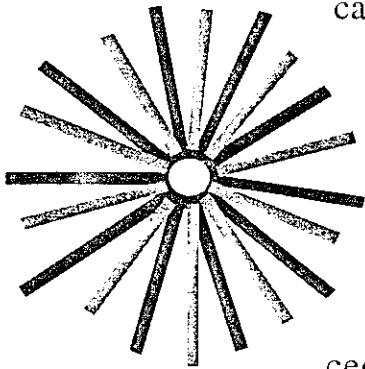
Cariv: Carijona/Metunos¹.

¹ Los Metunos son grupos de familias indígenas provenientes de los Llanos Orientales y que los nativos del Vaupés denominan así. Los Metunos no son propiamente una etnia pero sí un grupo indígena.

Principales características socioculturales

El pueblo indio Tucano de la región del Vaupés tiene una forma de organización caracterizada por jefaturas dispersas a lo largo del espacio geográfico. Sin embargo, esto no quiere decir que exista una anarquía de jefaturas políticas: el sistema funciona armónicamente con base en relaciones de parentesco interétnicas y ordenadas por jerarquías y rangos que el orden mitológico, expresado en el derecho consuetudinario, controla.

El pueblo indígena del Vaupés presenta rasgos culturales comunes en su forma con diferencias en su contenido, en relación con el área cultural que la antropología y la lingüística han nominado como pueblo indígena Tucano². Sin embargo, aunque existe una diversidad lingüística expresada en 18 grupos étnicos hablantes

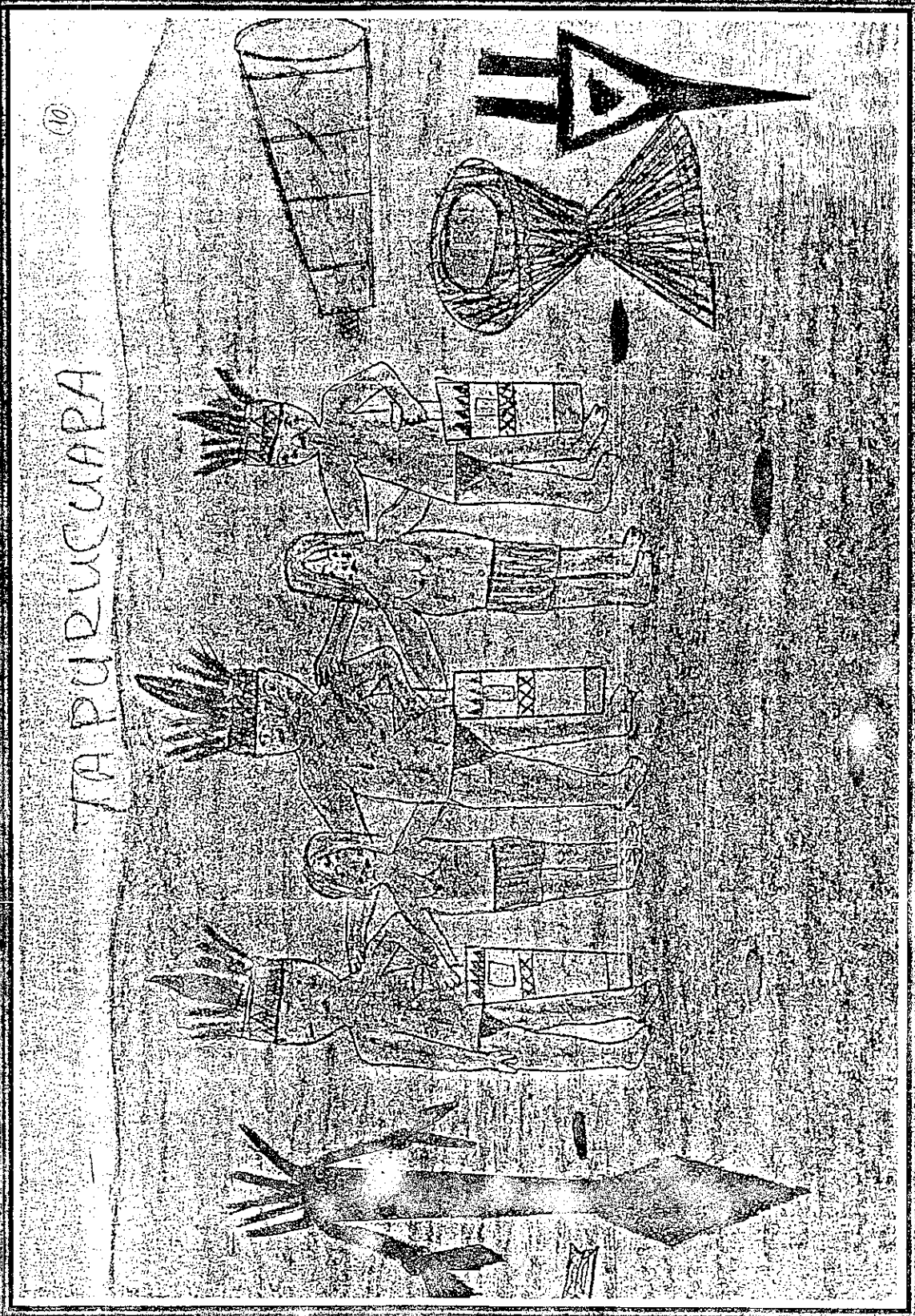


cada uno de su propio idioma, vale la pena resaltar que entre la fonética, la fonología y, en última instancia la lingüística, hay un emparentamiento cercano entre estos grupos³. Por lo demás, su economía, basada en la agricultura itinerante de tumba y quema, la cacería, la pesca y la preparación de alimentos, al igual que los utensilios que utilizan, también son compartidos por todos los grupos. Lo mismo sucede con expresiones culturales como los ritos del

Dabucurí y el Yuruparí y con los instrumentos musicales para interpretar y motivar danzas. Todas estas similitudes, a su vez, se relacionan con un ancestro común, la anaconda, que toma diferentes nombres según la interpretación de cada uno de los grupos étnicos que conforman el pueblo Tucano.

² En este punto vale la pena destacar que muchos indígenas del Vaupés no están de acuerdo con el nombre genérico aplicado al conjunto del pueblo indígena. A este respecto, aducen que no corresponde a su realidad. Posiblemente, al asimilar a todo el conjunto con el grupo étnico Tucano particular se hieren susceptibilidades de pertenencia cultural que tienen que ver con su identificación y con contenidos culturales relevantes y/o variables propias de cada uno de los grupos de este Departamento.

³ Los Tucanos occidentales y los grupos afines de la República del Brasil también comparten esta afinidad lingüística.



10

TAPUCUCUARA

Los Tucano del Vaupés comparten un sistema de parentesco conocido como dravídico. Este sistema está basado en una organización social en la cual el intercambio de hermanas entre segmentos y grupos étnicos diferenciados permite contraer matrimonio entre “primos cruzados”. La organización social que se conforma por medio del parentesco posibilita la formación de alianzas entre grupos étnicos y clanes.

En el contexto del trabajo en salud con los pueblos indígenas, la existencia de este tipo de organización social reviste una singular importancia: por una lado permite formular el concepto de un mismo pueblo indio, los Tucano, (distinto a los Witoto, los Tairona, los Embera, entre otros) y con el cual se haría interlocución estatal por niveles y, de otro, caracteriza a los pueblos indígenas como diferentes a la sociedad nacional mayoritaria. Al momento de tomar decisiones con respecto al trabajo con los pueblos indígenas se deben tener en cuenta las características que los diferencian entre sí y muy especialmente los estatutos que su tradición les otorga.

Generalidades sobre la organización social en el Vaupés indígena

Los grupos étnicos del Vaupés tienen nombres genéricos con los cuales se diferencia cada uno de los grupos del conjunto Tucano oriental y occidental. Un solo grupo étnico está compuesto por varias unidades y cada unidad posee sus propios nombres, así: la primera unidad con nombre es el linaje, la segunda es el clan⁴, la tercera es la agrupación de varios clanes en un solo segmento del grupo étnico y la cuarta es el conjunto de segmentos del grupo étnico (a este conjunto de segmentos se le llama grupo étnico).

⁴. Aquí es importante señalar que “clan” no es una palabra que tenga traducción en las lenguas indígenas y que sirva para designar una colectividad. Han sido los antropólogos y lingüistas los que han incorporado este vocablo para referirse a un conjunto de la organización social indígena.

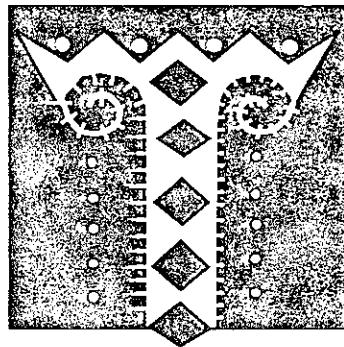
La antropología, la lingüística, los mismos indígenas y la gente común utilizan diferentes nombres para referirse a los grupos indígenas⁵. En algunas ocasiones, los nombres con los que se denomina a los grupos del Vaupés son los que utilizan unos grupos indígenas para referirse a otros. Estos nombres corresponden al sitio de hábitat o a una labor destacada que realiza el grupo (por ejemplo algunos Cubeos llaman a los Makús “borobas”, es decir, “gente-canasto”). De otro lado, la denominación real y ritual que los indígenas se dan a sí mismos corresponde, la mayoría de las veces, al nombre derivado de una anaconda ancestro específica: Ujta Pino Masa o “gente de la anaconda de piedra” para los Tuyuca, Emoreco Jino Masa o “gente de la anaconda celeste” para los Tatuyos, Uco Jenó Masa o “gente de la anaconda remedio” para los Taiwano, etc. Además de estas denominaciones rituales, existen otros nombres con los cuales cada grupo se reconoce a sí mismo: Yepa Masa o “gente de tierra” para los Tucano, Mimi Ponapara o “descendientes del colibrí” para los Desano, Wacaka Ma o “gente de la red” para los Pira-Tapuya, etc. Finalmente, es interesante señalar que con frecuencia un grupo indígena utiliza apodos para referirse a otro. Sin embargo, estos apodos no se dicen directamente. Sólo se utilizan cuando se hace referencia jocosa a los otros en charlas o reuniones cotidianas (por ejemplo: “gente pereza”, “gente cangrejo”, etc.).

El panorama de los nombres se hace más complejo cuando se trata de designar los linajes. Los nombres con que se identifican los miembros de un linaje son propios y también chamánicos. Por lo general, son de conocimiento restringido y sus significados derivan

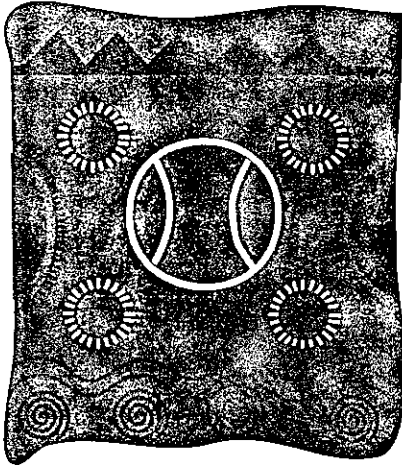
⁵. Estas denominaciones también se aplican a las lenguas que hablan los grupos indígenas. Sin embargo, los nombres con los cuales la población no indígena se refiere cotidianamente a los grupos étnicos no corresponden a las autodenominaciones que ellos utilizan en sus lenguas. Los nombres actuales de los grupos étnicos del Vaupés fueron impuestos al inicio del proceso de colonización por las personas no indígenas que ingresaron al Vaupés y también por representantes religiosos y estatales. Estos nombres, por lo general, son peyorativos y, en algunos casos, obedecen a interpretaciones derivadas de las lenguas Tupí y Guaraní.

de componentes de la naturaleza como plantas, aves, animales y/o partes de los mismos, frutas, etc. En ocasiones, los nombres de los linajes derivan de personalidades mitológicas y están relacionados con el carácter de los miembros de cada patriarcado. Los creadores de los linajes, a su vez, se identifican como descendientes por vía paterna de los “padres antiguos” del conjunto más amplio. En cuanto a los clanes, en términos generales podría decirse que sus nombres corresponden a los de los descendientes del héroe cultural pertinente y están íntimamente ligados al sitio de origen ancestral y al trabajo relevante que desempeña cada grupo. Las diferentes denominaciones, aunque en principio parecen complicadas, de todas maneras son categorías para identificar cualquiera de los niveles colectivos correspondientes al complejo socio-cultural del Vaupés.

En lo que se refiere a los aspectos sociales, los indígenas Tucano están organizados en subconjuntos incluyentes que, finalmente, conforman el grupo étnico total: los grupos compuestos por las familias nucleares, al convertirse en una familia extensa, conforman un linaje. Un linaje o conjunto de linajes conforma un clan. El concepto de clan, más general que el de linaje, corresponde a una unidad mayor que posee ancestros individuales específicos, de los cuales el conjunto extrae sus características y, en ocasiones, su nombre. La filiación del “abuelo” del linaje respectivo a un ancestro mítico es la designación que comienza a darle forma al concepto de clan o nivel más desarrollado del siguiente conjunto. En este caso, no es posible remontarse a los ancestros mitológicos como si se tratara de un árbol genealógico, puesto que el tipo de filiación corresponde,



más bien, a un tipo de consanguinidad mitológica propia de la mayoría del pueblo Tucano. Sin embargo, cabe anotar que los abuelos, los padres, los tíos, y su progenie, al ser descendientes comunes de



los ancestros de los linajes que conforman un clan, son también consanguíneos entre sí. El orden político en el linaje tiene que ver con que un individuo puede remontarse a su tatarabuelo genealógico, el cual sería fundador del respectivo linaje. En el clan, este orden se mide de acuerdo con la distancia aproximada que separa al abuelo de los ancestros que el mito le confiere y, por lo tanto, el status de hermanos mayores y hermanos menores claniles corresponde a las generaciones nacidas primero. Esto permite sostener que el parentesco es de tipo clasificatorio y por edades de tipo horizontal.

Como se mencionó anteriormente, el clan posee un nombre que simboliza personajes mitológicos que representan figuras ideales zoomorfas, las cuales han sido denominadas tótem del clan por los etnógrafos tradicionales. Esto implica que los miembros de un clan del Vaupés comparten un símbolo cultural de pertenencia que los hace parte de la misma sustancia energética que los creó y, por lo tanto, de una misma gente. Los clanes consanguíneos dan como resultante un grupo étnico, es decir, un conjunto más universal que comparte las mismas tradiciones socioculturales, posee consciencia de pertenencia étnica y, por lo general, es hablante de la misma lengua.

En cuanto a la naturaleza social tradicional de los indígenas del Vaupés, ésta se orienta por la compleja mitología que imparte las normas culturales de comportamiento de acuerdo con el proyecto de vida que da movimiento a la extensa red de relaciones entre los diferentes niveles grupales que conforman el pueblo indígena Tucano. En este sentido, se puede afirmar que el centro del conjunto Tucano lo conforman los linajes y los clanes. Partiendo de estas unidades, el individuo sabe quién es y el lugar social que tiene, el derecho que posee sobre el territorio en que está ubicado, la esposa

que puede escoger y el lugar que ocupan sus hijos. Así mismo, al identificar con nombres a los parientes cercanos y lejanos, el individuo sabe la distancia familiar y social que existe entre ellos y, por lo tanto, el trato que tiene que darles y las obligaciones que ello comporta.

El parentesco del conjunto Tucano es la resultante cultural que se utiliza para resolver los problemas de supervivencia social: pertenecer a esta sociedad implica tener parientes. La supremacía del padre con respecto a la línea hereditaria aceptada culturalmente recae sobre los demás miembros del grupo. Por tal razón, toda persona, al entrar por nacimiento a una familia, pertenece al grupo de su padre. El grupo del padre, compuesto por varias generaciones de núcleos familiares, se reconoce como unido por descender de un mismo ancestro masculino y sus miembros se consideran consanguíneos. Dicho de otra forma, un individuo que recibe de su padre los legados básicos de su identidad social se considera consanguíneo con respecto a otros individuos que también reciben de su padre los elementos fundamentales de identidad, puesto que pertenecen a un ancestro común.

La consanguinidad en este pueblo indígena se establece de dos formas: por vía genealógica, y aquí hablaríamos de linajes, y por vía de pertenencia a un mismo ancestro mítico⁶ y aquí hablaríamos de clan. Los miembros del linaje son consanguíneos por unión

⁶. Es importante señalar que este tipo de encadenamiento de consanguinidad no es común a todo el conjunto del pueblo Tucano. Es la regla general, pero existen excepciones. Por ejemplo, entre los Cubeos y los Macuna existen conjuntos de clanes que tienen antepasados que no comparten un mismo ancestro, es decir, no están afiliados al nombre ritual que se le da a la anaconda. Los nombres rituales que porta un segmento de conjuntos claniles sólo se identifican como consanguíneos con una parte del grupo total Cubeo y Makuna. Las otras partes del conjunto lingüístico son no consanguíneos y, entonces, están en condiciones de contraer matrimonio entre sí. Un lingüista denominaría este tipo de relación matrimonial como endogamia lingüística, por oposición a la exogamia lingüística de la mayoría de las etnias Tucano oriental y occidental, en las cuales la consanguinidad formada por la pertenencia a un mismo ancestro mitológico da por hecho la consanguinidad entre todos los miembros del grupo étnico. La diferencia entre los grupos étnicos Cubeo y Macuna con respecto a los demás grupos Tucano orientales radica en que los primeros sólo consideran que tienen sentido de pertenencia con una parte del conjunto Cubeo y Macuna, en términos lingüísticos. En la realidad, sin embargo, un Cubeo nunca diría que es endógamo, es decir, que se casa con hermanas étnicas, sencillamente porque éstas pertenecen a otra "tribu" diferente y opuesta a la suya propia, aunque hablen la misma lengua.

genealógica demostrable hasta seis generaciones con relación a un fundador masculino vivo o recientemente fallecido, del cual se toma el nombre del grupo. De todas maneras, si un miembro del grupo abandona su linaje y se va a otro lugar sigue siendo miembro del linaje por la herencia cultural que le compete.

Actualmente, por razones sociales, culturales y políticas, Occidente está reduciendo la familia de tipo dravídico de los indígenas del Vaupés a sólo dos generaciones (padres e hijos). El reconocimiento de un linaje compuesto por abuelos, padres e hijos y que incluye también parientes recientemente muertos está en crisis y se está proponiendo solamente el tipo de familia nuclear típica de la sociedad industrial⁷. Sin embargo, es pertinente señalar que la organización social ubica el rol de jefe en cabeza de los abuelos, representantes directos del fundador del linaje. Esta jefatura asume la responsabilidad de reunir a la gente y tomar las decisiones. Aunque en la actualidad en ocasiones toma el mando un hijo que sepa hablar bien el español, esto no implica que la autoridad del abuelo se menoscabe a la hora de decidir sobre asuntos relacionados con la preparación y ejecución de rituales y otros aspectos pertinentes al manejo “mágico”, que tal vez el hijo no está preparado para ejercer.

En lo que respecta al papel de las mujeres en la toma de decisiones políticas, es importante tocar brevemente el sistema de matrimonio Tucano, puesto que tiene incidencia directa sobre el tema. Este sistema de matrimonio está basado en las formas propuestas de organización de dos grupos o dos clanes opuestos por diferencia de afiliación común a un ancestro mítico. La norma tradicional se

⁷. En este punto es válido mencionar que con la implantación de los nuevos poblados de tipo occidental basados en la construcción de viviendas unifamiliares y con el cambio de los nombres tradicionales de los linajes por nombres occidentales (López, Sánchez, Cordero, Rodríguez, Correa, González, Valencia, etc.) se pensó que se había destruido la familia de tipo horizontal. No obstante, aunque en muchos espacios del Vaupés se adoptaron las formas generales de la familia occidental, los linajes y los clanes continuaron subsistiendo con otros contenidos que los asimilan a su tradición y forma de organización social. El mecanismo de defensa de los linajes y los clanes se basa en un reagrupamiento en unos espacios adyacentes en los que conviven con grupos opuestos. De todas maneras, se reordenaron los espacios con el fin de no perder del todo la identidad cultural y, por lo tanto, las relaciones sociales de alianza para producir y reproducir su proyecto de vida original.

orienta por el matrimonio entre primos cruzados⁸ y se manifiesta idealmente por el intercambio directo de hermanas, por ejemplo entre dos clanes opuestos: el primer clan dona las hermanas solteras a otro clan opuesto pero afín por alianza, en el que otras hermanas están listas para el intercambio. Por lo general, ellas son hijas de una hermana de la madre quien, a su vez, pertenece al primer clan por alianza matrimonial mas no por filiación mítica. A su vez, la madre pertenece al otro clan por filiación mítica y, por lo tanto, sus hermanas están en capacidad de intercambiar sus hijas con el fin de reproducir el sistema. Por su parte, las hermanas, al ser remitidas al espacio territorial del clan del marido, asimilan el status y las funciones que les corresponden de acuerdo con la posición del marido. Sin embargo, la filiación étnica, es decir, la identidad no se pierde: ellas siguen siendo de otro grupo o de otra gente diferente al primer clan. Es por todo esto que las decisiones que toman las mujeres de status y jerarquía mayor deben tenerse en cuenta, siempre y cuando estén en consonancia con lo que la cultura indígena necesita en general para su propio desarrollo.

Teniendo en cuenta la breve exposición que hasta aquí se ha hecho, en lo que respecta a la toma de decisiones de los grupos indígenas vale la pena resaltar que para que ésta sea adecuada es preciso identificar en primera instancia la organización social básica para establecer la jerarquía y el rango de la persona con las que las entidades deben concertar. Esto permite entender cómo y cuáles son los niveles de decisión según el orden social actual⁹. En segunda instancia, es importante trabajar con las organizaciones indígenas que operen en la zona, puesto que éstas están imbricadas en el

⁸. Actualmente, por la proximidad territorial, se dan matrimonios que unen grupos distintos, lo mismo que matrimonios que no tienen nada que ver con el intercambio de primos cruzados. Esto, por supuesto, ha llevado a una transformación radical del sistema tradicional Tucano. Sin embargo, es importante señalar que tanto anteriormente como ahora se proscribía el matrimonio entre clanes de una fratria con miembros de otra fratria que por relaciones de consanguinidad mítica no sean afines para el intercambio matrimonial.

⁹. Esquemáticamente, las formas organizacionales de los indígenas del Vaupés en el momento actual pueden presentarse así: a. Familias nucleares, b. Linajes, c. Clanes, d. Pueblo de misión, e. Grupo étnico, f. Fratria o grupo generalizado y g. Pueblo indio.

tejido social indígena¹⁰. Esto implica que las decisiones políticas que tomen conjuntamente el Estado y los indígenas no se deben supeditar solamente a consultar a los “informantes”, a los representantes de las organizaciones indígenas o a una sola autoridad. En el momento actual, y aunque no sea sencillo, es obligatorio tomar decisiones políticas con el concurso de todos los niveles de la organización social del sistema indígena. La interlocución debe estar de acuerdo con dicho sistema para evitar la toma de decisiones parcializada que conlleve a obstaculizar el éxito del trabajo que se pretende adelantar.

Notas sobre las “bonanzas” en el Vaupés

A lo largo de su historia, el pueblo indígena del Vaupés ha sufrido intervenciones de carácter impositivo o colonizaciones que han tenido impactos traumáticos para él. Estas colonizaciones han sido propiciadas por las diferentes bonanzas que han traído como consecuencia la migración masiva de ciudadanos del interior del país, animados por el deseo de apropiarse de las tierras, los bienes y las mentes de los indígenas, de acuerdo con los ideales de progreso occidental. En la historia de estas colonizaciones se pueden diferenciar cuatro grandes momentos, a los cuales se hará referencia breve en los siguientes apartados. Sin embargo, antes de proseguir con esta breve caracterización histórica es preciso señalar que to-

¹⁰. Las organizaciones indígenas hicieron su aparición en el concierto de la vida indígena y nacional ya adelantada la segunda mitad del siglo XX. Dichas organizaciones aparecieron como respuesta a la crisis de los grupos étnicos en cuanto a la salud, la educación, la identidad étnica, la participación política y la invasión de sus territorios y su cultura, entre otros. En principio, estas organizaciones no tenían como objetivo suplantarse a la autoridad de los abuelos y los patriarcas tradicionales. Su papel, más bien, era el de ser consejeros de las autoridades tradicionales que habían quedado marginadas de las decisiones políticas que les permitían construir su propio futuro. Algunas organizaciones entendieron bien su papel, esto es, estar en contacto permanente con las bases comunitarias y sus autoridades tradicionales para articular conjuntamente, y partiendo de la cultura propia, decisiones políticas que permitieran el desarrollo del pueblo indígena de acuerdo con la red de relaciones que implica la identidad cultural étnica. Sin embargo, otras organizaciones se convirtieron en agentes extensionistas del concepto de desarrollo occidental y operativizaron planes, ideologías económicas, políticas y religiosas orientadoras hacia éste. No obstante lo anterior, las organizaciones indígenas son necesarias y definitivas en lo que toca con las reivindicaciones de la cultura de los pueblos indios, las cuales han sido plasmadas en la Constitución Política de Colombia y en múltiples legislaciones derivadas de ésta.

dos estos procesos de colonización han ejercido una influencia negativa en la forma de vida tradicional de los indígenas: en su economía, en su política, en su salud, en su nutrición, en su vivienda, etc.

La bonanza cauchera

La explotación del caucho en el Vaupés se inició a finales del siglo XIX y, con algunas fluctuaciones, se prolongó hasta finales de los años 60. Dicha explotación desencadenó una serie de desequilibrios graves en la forma de vida de los pueblos indígenas de la región, entre los que vale la pena destacar la imposición de la “contratación” de mano de obra semi-esclavista por parte de los colonizadores caucheros. En el contexto de este tipo de “contratación”, los indígenas fueron trasladados de sus sitios residenciales habituales y confinados en barrancones. A su vez, esto los obligó a emplear todo su tiempo, pensamiento y fuerza física en la extracción y procesamiento del látex. Como consecuencia, se redujo la posibilidad de que se continuaran dando las condiciones necesarias para la transmisión oral de los conocimientos y prácticas propias de su cultura.

Otro grave problema de la bonanza cauchera fue el gran endeudamiento que se derivó de ésta: en ese entonces, los indígenas no estaban familiarizados con los deberes y derechos de los trabajadores y, además, se deslumbraron por las herramientas de hierro que no conocían (machetes, cuchillos y hachas, entre otros). Entonces, contrajeron deudas cuyo pago, dadas las condiciones, les resultaba casi imposible efectuar, a no ser con más trabajo¹¹. Por lo demás, los mecanismos de cobro de las deudas de los indígenas eran demasiados severos y, muchas veces, concluían en arresto del deudor por parte de la policía nacional. En otras oportunidades, la tortura a los deudores por parte de los caucheros estaba a la orden del día. Como puede verse, la economía del caucho no benefició a las comunidades en ningún sentido y, en cambio, produjo un resentimiento acentuado de los indígenas hacia los blancos.

¹¹. Por ejemplo, para pagar un simple machete, un indígena tenía que trabajar 40 días. Durante este tiempo, la deuda seguía acrecentándose debido al suministro de bebidas alcohólicas y cachivaches de diversa índole lo que, a su turno, hacía que la deuda se acrecentara y se hiciera más difícil de pagar.

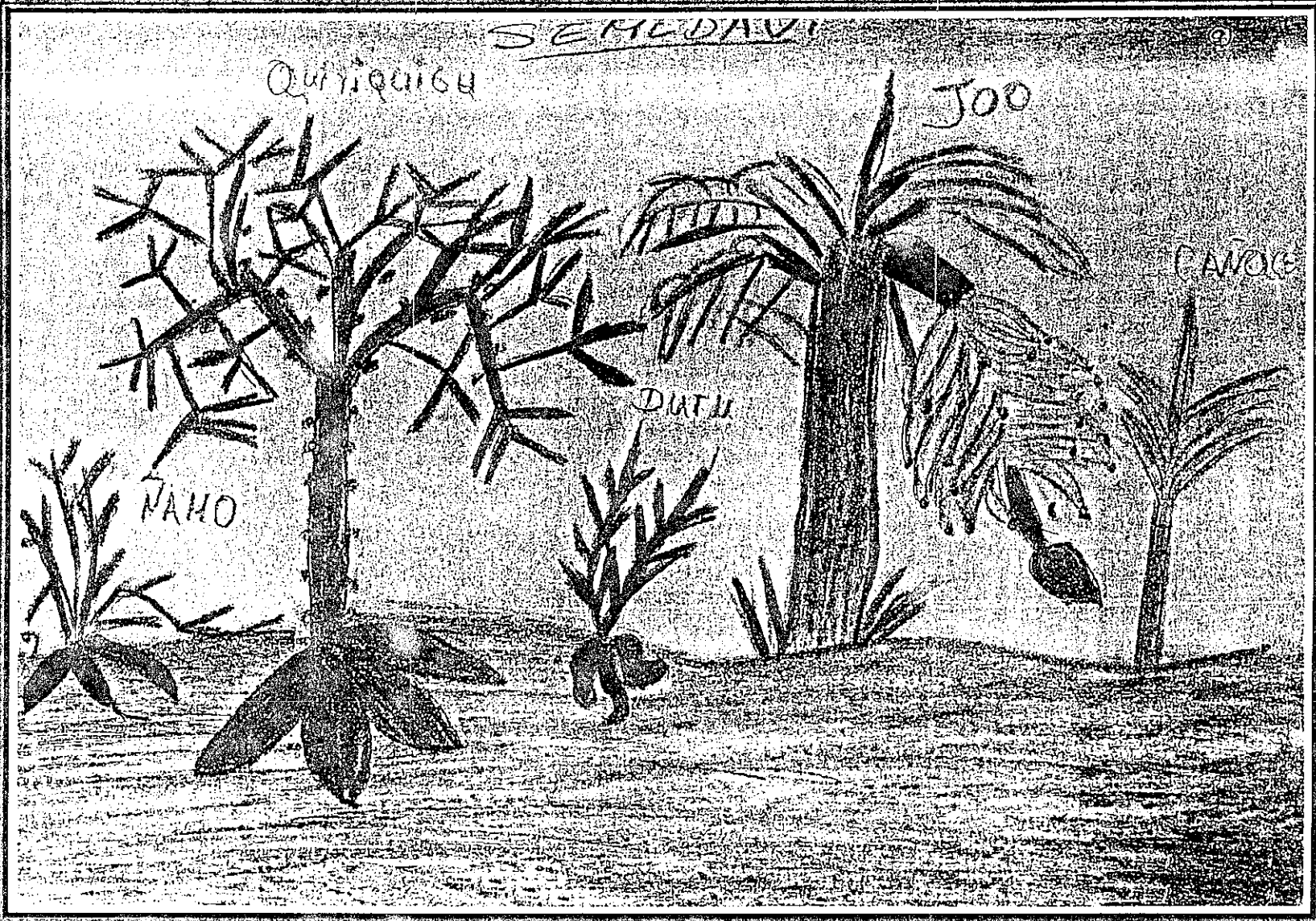
La bonanza de las pieles

Durante el tiempo de la caída de los precios del caucho y la posterior desaparición de su explotación a finales de los años 60, los caucheros, sus allegados y sus colaboradores se dedicaron a la explotación indiscriminada de las pieles de animales de la selva y de las plumas de aves exóticas. El comercio de pieles alcanzó su punto máximo en los años 50 y 60. La extinción del perro de agua en la zona del río Paca y Papurí fue una de las consecuencias de la depredación ocasionada por los cazadores. Igualmente, y debido al mismo fenómeno, los jaguares, tigrillos y anacondas se encuentran actualmente en vías de extinción.

Como en el caso de la explotación cauchera, los indígenas también salieron perdiendo con esta industria, no sólo porque propició el usufructo indiscriminado de los recursos que brinda la selva, sino también por las transacciones comerciales que se dieron entre patronos y cazadores. De acuerdo con estas últimas, los primeros pagaban con mercancías las pieles entregadas por los indígenas. Al desconocer los precios reales de dichas mercancías, las comunidades, por lo general, resultaban estafadas. Al igual que con la explotación de caucho, el comercio de pieles afectó negativamente a las comunidades indígenas del Vaupés pues introdujo elementos de la cultura mayoritaria que los indígenas no pudieron manejar ni capitalizar para su propio desarrollo.

La bonanza coquera

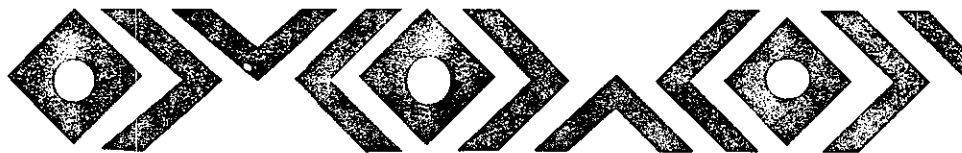
A finales de los años 70, la irrupción de la economía de la coca en el Vaupés asestó un duro golpe a las comunidades indígenas. Al comienzo, la afluencia de mercaderías entusiasmó a todas las comunidades, especialmente por la proporción elevada de objetos suntuarios que les permitió adquirir: relojes, radios, joyas, motores fuera de borda, ropa de buena calidad, lanchas de aluminio y fibra de vidrio y bebidas alcohólicas occidentales, entre otros. Sin embargo, esta abundancia de objetos comerciales desequilibró la economía indígena y sus usos y costumbres y, a la postre, no les trajo ningún beneficio duradero.



En relación con el dinero propiamente dicho, producto de la bonanza coquera, éste llegaba a manos de los coqueros y era enviado inmediatamente al interior del país. Los indígenas casi nunca tenían oportunidad de manejar dinero en efectivo, puesto que las transacciones de trabajo se realizaban, en su gran mayoría, en forma de trueque. Cuando los indígenas recibían dinero, al desconocer su forma de manejo y acumulación, gastaban todo lo que obtenían casi inmediatamente. Sólo después de que pasó la bonanza coquera y luego del deterioro de los elementos conseguidos, unos pocos indígenas se dieron cuenta de que ninguna de sus necesidades básicas había quedado resuelta. A pesar de la afluencia de capital, los indígenas conservaron, por ejemplo, sus casas con sistemas sanitarios inadecuados y habitaciones deficientes sin las comodidades mínimas. Por lo demás, la aparición de dinero fácil cambió los hábitos culturales tradicionales, especialmente entre los jóvenes. La economía de consumo permeó a todas las comunidades, trastocando en forma íntima su cultura, fenómeno para el cual los indígenas no estaban preparados. El contacto social continuo con aventureros y lumpen creó entre la juventud indígena una falsa consciencia. En última instancia, la resultante de la llamada bonanza coquera fueron los hurtos, la trata de indígenas para servicio doméstico, la prostitución, el hambre, la fármaco-dependencia y la acentuación de los resentimientos contra los blancos.

Sobre la ganadería

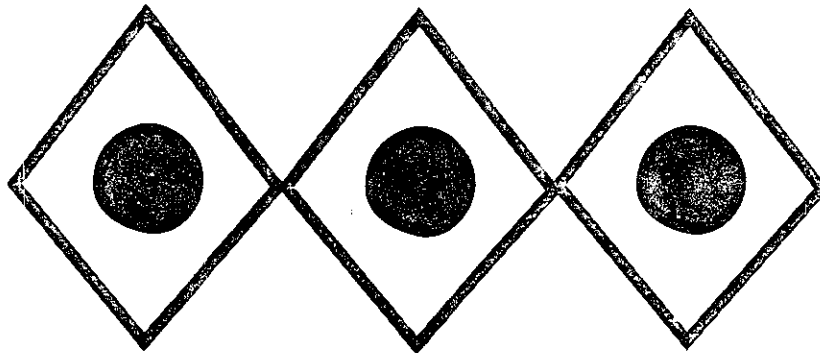
Al reseñar los aspectos fundamentales de la introducción de la ganadería en el Vaupés, es útil aclarar que ésta aparece paralelamente a las formas institucionales de organización del trabajo comunitario (Juntas de Acción Comunal). Estas Juntas fueron las en-



cargadas de promocionar la ganadería en el Vaupés¹². Aunque los programas de ganadería se consultaron con las comunidades y fueron aceptados por ellas, en la mayoría de los casos fracasaron ya que las comunidades paulatinamente perdieron el interés en los programas y dejaron trabajando solos a los miembros de las Juntas de Acción Comunal. En 1984, las comunidades comenzaron a darse cuenta del gran esfuerzo requerido para mantener el ganado y de cómo la desnutrición campeaba por el lugar. Igualmente, se dieron cuenta de que los alimentos tradicionales escaseaban en la región a causa de los potreros que cada año penetraban la selva. Por lo demás, los indígenas le tenían aversión a la leche de vaca y tampoco eran afectos a consumir su carne. En consecuencia, puede afirmarse que la ganadería no benefició a los indígenas y, en cambio, perjudicó enormemente el suelo de la selva amazónica que por naturaleza es muy frágil.

Otra de las razones que aceleró el fracaso de la ganadería en el Vaupés fue la falta total de tradición ganadera por parte de los indígenas, la cual no se suplió con formas adecuadas de capacitación en el manejo de los programas. Básicamente, la capacitación se centró en la transferencia de conocimientos y métodos propios de la ganadería técnica, los cuales no fueron asimilados por las comunidades. La gran mayoría de los programas ganaderos murieron y sólo sobrevivieron aquellos que se adelantaban en áreas como Acaricuara, Teresita y Piracuara, donde había parroquias misioneras e internados indígenas. En estas zonas, la ganadería quedó prácticamente en manos de las misiones católicas.

¹² La constitución de la primera Junta de Acción Comunal de la zona de Acaricuara, por ejemplo, data del 4 de abril de 1968. Desde allí se comenzó a proyectar el programa ganadero. El 3 de marzo de 1970, dicha Junta citó a una asamblea general, a la cual asistió Monseñor Belarmino Correa Yepes, director de la prefectura Apostólica de Mitú. En esta reunión, Monseñor impulsó la creación de Juntas de Acción Comunal en los demás poblados de la zona de Acaricuara. Así mismo, exhortó a los participantes a poseer ganado, ya que hasta ese momento solamente la misión usufructuaba la ganadería. La prefectura, entonces, transfirió a las Juntas cinco vacas y un toro y se encargó de donar la mitad de la droga y la sal necesaria para el mantenimiento de las vacas. Por su parte, la Junta de Acción Comunal se comprometió a adecuar los potreros y a poner a trabajar a los niños en su cuidado. De esta manera se inició el programa ganadero, el cual más adelante se extendió por toda la zona.



Como puede verse en todos los casos reseñados, la intervención en las territorios indígenas ha estado marcada por la introducción de elementos de la cultura mayoritaria que en nada han beneficiado al pueblo indígena. A partir de estas intervenciones se han generado cambios no sólo al interior de los pueblos indios sino también en cuanto a las relaciones que mantienen sus comunidades con el mundo que las rodea. En resumen, podría decirse que estos cambios se hacen evidentes en los siguientes aspectos interrelacionados entre sí:

- * En la ubicación territorial: con las diferentes colonizaciones aparecieron aldeas o poblados que agruparon en un solo espacio varios clanes, incluso de diferentes grupos étnicos, a los cuales no les correspondía mitológicamente el territorio al que se les incorporó.
- * En el tipo de vivienda: como resultado de la colonización se impuso el tipo de vivienda unifamiliar bastante opuesto a la maloca tradicional¹³. Actualmente, la mayoría de los indígenas vive en estas viviendas unifamiliares, las cuales son de dimensiones bastante reducidas y con techos de zinc. Esto ha traído como consecuencia el hacinamiento, puesto que las dimensiones de las viviendas se han reducido aunque no así la costumbre de que varias familias o personas convivan en un mismo espacio.

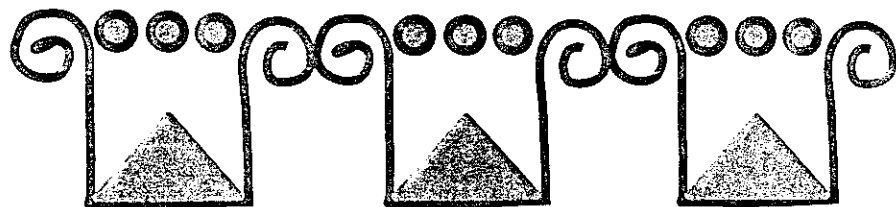
¹³ . La maloca es un tipo de vivienda comunitaria y multifamiliar construida con los materiales de la región. Tradicionalmente ha sido el tipo de vivienda en el que se han alojado los indígenas.

* En la política: al entrar en juego los presidentes de las Juntas de Acción Comunal, los párrocos, los inspectores de policía, los corregidores, los profesores, los enfermeros, los promotores y los representantes de las nuevas organizaciones indígenas, las decisiones políticas que se toman restan autoconsciencia e identidad cultural al desarrollo indígena. Los notables y sostenedores de la organización social tradicional han perdido autoridad y muchas veces se les ridiculiza, argumentándose que sus decisiones son retrasadas o incompatibles con la organización actual.

* En las relaciones laborales: las nuevas fuentes de trabajo han traído como consecuencia relaciones entre patronos y trabajadores que no hacen parte de la cultura tradicional indígena y que, por ende, éstos no saben manejar. Como resultado, se ha dado una explotación laboral por parte de los colonizadores hacia los indígenas que incluso contraviene los derechos y reivindicaciones alcanzados por los trabajadores de los distintos países del mundo.

* En la economía: como resultado de las colonizaciones, la economía indígena ha sufrido cambios que se relacionan con el ingreso y comercialización de productos desconocidos para ellos. Esto, a su vez, ha traído consecuencias en términos de la introducción de valores mercantilistas y consumistas completamente ajenos a su cultura.

* En la salud: en este campo han aparecido nuevas patologías (tuberculosis, sarampión, enfermedades de transmisión sexual, etc.) entre los indígenas, y los problemas de esquizofrenia, alcoholismo, violencia familiar, desadaptación cultural y com-



plejos de inferioridad con respecto al mundo occidental tampoco se han hecho esperar. La ambivalencia del proceso de aprendizaje para la socialización de un indígena, de acuerdo con el cual la escuela y el internado le enseñan y le hacen practicar valores y normas sociales opuestos a los que propician y transmiten los “viejos” de cada grupo étnico ha llevado a que las nuevas generaciones sufran problemas de desequilibrio síquico y social que, a su vez, traen como consecuencia desórdenes mentales, acentuados por el alcoholismo. Las relaciones del pueblo indio con el mundo occidental han generado una distorsión en la escala de valores tradicionales, especialmente en la aplicación y uso de la medicina tradicional y, por lo tanto, en la reciprocidad hombre-naturaleza. Esto ha llevado a que, necesariamente, se presenten condiciones propicias para la depredación del medio ambiente.

✱ En la nutrición: la introducción de nuevos productos alimenticios y de nuevas formas de comercialización de los productos alimenticios indígenas ha hecho que la producción de estos últimos escasee (por ejemplo el pescado y la carne de monte). Esto, por supuesto, ha traído graves consecuencias en el estado de nutrición de los indígenas que en ocasiones no tienen dinero para adquirir los nuevos productos y tampoco producen sus alimentos tradicionales.

✱ En la religión: actualmente la mayoría de los indígenas del Vaupés se encuentra practicando directa o indirectamente algún rito católico o evangélico. Algunos grupos alejados de las aldeas de misión han incorporado sincretismos religiosos que opacan los valores tradicionales y que son impulsados por la labor misional de los catequistas indígenas, las hermanas misioneras y los sacerdotes y pastores de las religiones occidentales.

✱ En el control y el poder de decisión sobre sus propios recursos culturales de cara al futuro: la pérdida de control de los indígenas sobre su cultura es una grave situación que atenta

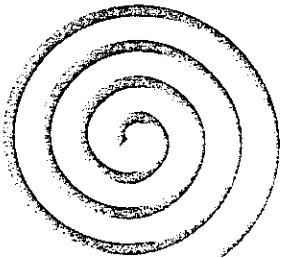
contra los principios fundamentales de supervivencia y aquellos consignados en la Constitución Política de Colombia, en la cual se consagra la autodeterminación de los pueblos indios y el respeto por las culturas autóctonas.

Todos estos aspectos, por supuesto, han tenido un gran impacto en el conjunto de la organización social de los indígenas. Estos cambios deben tenerse en cuenta en cualquier trabajo que se realice con ellos y muy especialmente para el trabajo en salud, en tanto han afectado la relación con el medio ambiente, pilar fundamental del concepto y las prácticas de salud que manejan los indígenas del Vaupés.

Aspectos generales del perfil epidemiológico del Vaupés

La situación de salud del Vaupés está determinada por aspectos sociales, físicos, económicos y culturales propios de la población. El proceso de aculturación de las comunidades indígenas de la región ha violentado su concepción tradicional de salud y enfermedad al igual que su medio ambiente, introduciendo elementos de difícil manejo en el contexto de su cosmovisión. El proceso de aculturación ha dado lugar a la aparición de nuevas enfermedades que generalmente también son entendidas por ellos como resultado del desequilibrio entre el ser humano y la naturaleza.

El hecho de que los indígenas tengan una tradición cultural propia dificulta la aceptación de los servicios de salud que se ofrecen con una concepción occidentalizada. Sin embargo, esta falta de aceptación ha ido cediendo a partir del reconocimiento de las medicinas tradicionales por parte de los occidentales y de la introducción de nuevas estrategias de atención primaria para estas comunidades. La problemática de salud y los factores de riesgo de los grupos indígenas y no indígenas es similar a la de los occidentales pero debe ser analizada bajo la óptica tanto de la medicina tradicional indígena como de la medicina que practica la cultura dominante.

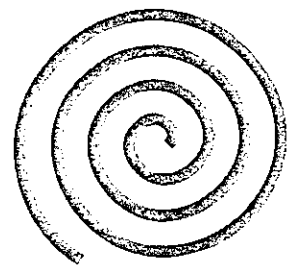


El Departamento del Vaupés presenta un índice alto de morbilidad por parasitosis intestinal y, en menor grado, por infección respiratoria aguda y afecciones de los dientes y de las estructuras de sostén. La desnutrición y la tuberculosis afectan a la población indígena por sus condiciones de pobreza y marginalidad. Esta situación tiene relación con aspectos de tipo sociocultural y de aislamiento que dificultan el desarrollo integral y armónico de estas regiones. Las enfermedades de origen metabólico, degenerativas, del corazón y cerebro-vasculares ocupan puestos secundarios en las tablas de morbi-mortalidad general. El trauma por causa del trabajo en la selva, por el alcoholismo o por accidentes de tránsito no es muy frecuente pero muestra una tendencia ascendente.

Las condiciones ambientales y geográficas del Departamento, con una selva húmeda tropical, de piso cálido, con pluviosidad alta la mayor parte del año, lo convierten en una región endémica de enfermedades tropicales que se presentan en ciclos estacionales que afectan principalmente a la población económicamente activa y que están relacionadas especialmente con micosis de origen cutáneo, virosis y las enfermedades más comunes transmitidas por vectores tales como la malaria, la fiebre amarilla, el dengue, la leishmaniasis y la enfermedad de chagas, entre otras. La tungiasis se presenta con alguna regularidad y con manifestaciones severas que afectan a niños y adultos. Ésta es una parasitosis que se encuentra en vías de erradicación o erradicada en el resto del país.

Por su parte, la morbilidad sentida está dada por las enfermedades que la población indígena reconoce dentro de la medicina tradicional. Básicamente éstas son:

- * Enfermedades producidas por el medio ambiente o por el irrespeto a la “madre naturaleza”.
- * Enfermedades causadas por la animosidad de las personas (maldeciones, celos, venganzas, envidias, etc.).
- * Enfermedades producidas por el agente de la medicina tradicional (maleficios, invocaciones).
- * Enfermedades producidas por violación a las normas tradicionales o pautas de comportamiento culturales.



Las actividades de promoción y prevención, la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y la participación de la comunidad son los pilares fundamentales del sector para disminuir los altos índices de morbi-mortalidad que afectan a la población indígena del Departamento.

Situación organizacional del sector salud en el Vaupés

La parte estatal del sector salud en el Departamento del Vaupés está representada por el Servicio Seccional de Salud, entidad que cumple con las funciones de brindar atención integral al total de la población y de orientar y velar porque se cumplan las disposiciones necesarias en cuanto a la forma en que deben prestar atención en salud las entidades privadas o de otra índole.

El Servicio Seccional de Salud del Vaupés cuenta con infraestructura hospitalaria y de atención primaria y con un modelo de información y control de costos hospitalarios elaborados en el contexto de la evolución del sistema nacional de salud, que vale la pena conservar o adaptar según las necesidades de la región.

Para brindar los servicios en salud a la población el Servicio Seccional cuenta con:

- * Un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la localidad de Mitú: el Hospital San Antonio de Mitú se constituye en el único centro de referencia del Departamento. A este hospital llegan pacientes remitidos desde los centros, puestos de salud y unidades de promoción. Estos pacientes son transportados, principalmente, por vía aérea y/o fluvial.
- * Tres centros de salud con un auxiliar de enfermería permanente, médico, enfermera jefe, odontólogo y bacteriólogo.

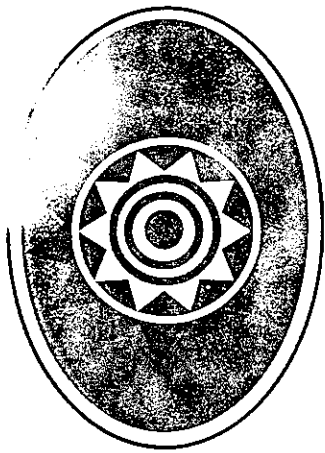
- * Quince puestos de salud con un auxiliar de enfermería permanente.
- * 52 Unidades Básicas de Atención, cada una con un promotor de salud.
- * 71 gestores de salud: los gestores de salud son líderes indígenas voluntarios, que hacen parte activa de la comunidad y colaboran en el control de los factores de riesgo. En la actualidad hay gestores de salud en el Vaupés medio, en el Vaupés bajo, en el río Cuduyarí, en el Querarí y en el Tiquié.
- * Seis grupos extramurales de salud conformados por un médico, un odontólogo y una enfermera como grupo base. Según las necesidades de la zona, se incorpora al equipo una bacterióloga, un profesional del área social, un promotor de saneamiento y representantes de la organización indígena de la zona en la que se está trabajando. Siempre se consulta al agente de la medicina tradicional indígena de cada aldea visitada.

La medicina tradicional indígena y la medicina occidental

Consideraciones generales sobre la interrelación funcional entre las dos medicinas

La interrelación funcional entre la medicina tradicional indígena y la occidental sólo es posible si hay interacción entre los agentes de la medicina occidental y los agentes de la medicina tradicional indígena, para resolver los problemas que afectan el pueblo indio. Este planteamiento no implica que el médico occidental se integre teórica y prácticamente a la medicina indígena ni tampoco que se dé el caso contrario, esto es, que el agente de la medicina tradicional se integre a la medicina occidental. Más bien, se trata de que mediante el diálogo entre el médico y el chamán se coordinen acciones que valoren el trabajo particular de cada quien.

Los intentos de conocer la teoría y la práctica de un tipo de medicina determinado deben partir de los análisis participativos y de la reflexión sobre la organización social de las comunidades en donde ésta se desarrolla. Dicho en otras palabras, la estructura de una comunidad determina los conceptos y las prácticas de una determinada forma de medicina. A su vez, estos conceptos y prácticas son parte integral de la forma de organización social. Igualmente, las formas de organización de una comunidad se hacen específicas por las relaciones que mantienen los seres humanos con la naturaleza y entre sí. Esto hace que históricamente se produzca un conocimiento que responde al modo de producción y reproducción del grupo. Este conocimiento está configurado en los mitos (derecho consuetudinario), el arte, la religión y la medicina, entre otros.



El pensamiento médico indígena se construye y desarrolla por la influencia acumulativa de experiencias adaptativas que tienen que ver con la salud y con la enfermedad. Estas experiencias se organizan y se aplican en el contexto de un conjunto de reglas, modelos, rituales, expresiones y acciones integrados por los sujetos que los generan. Como lo afirma Michel Foucault, a partir del saber médico, se identifican grupos de objetos y de enunciaciones y juegos de conceptos que, a su vez, constituyen series de elecciones teóricas, procedentes de los descubrimientos y unidos, como se dijo anteriormente, por los sujetos generadores. Es así como se despliega, entonces, la teoría. Esta teoría y sus conceptualizaciones se transmiten oralmente de generación en generación y adquieren nuevos matices y se reordenan de acuerdo con los intereses, necesidades y nuevas experiencias vividas por los individuos y los colectivos en diferentes momentos históricos.

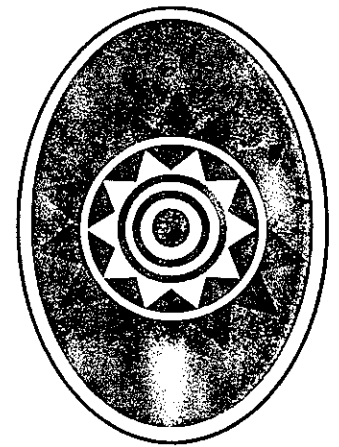
Los conceptos y las prácticas del conocimiento médico tradicional indígena están en divergencia con la teoría y práctica de la medicina científica occidental, sencillamente porque la medicina tradicional está pensada de diferente forma. La explicación que hace esta medicina con respecto a la salud y la enfermedad se basa, en la "convivencialidad", positiva o negativa, del sujeto con relación a la comunidad tanto biológica como social. Los conocimientos de esta

medicina se basan en la experiencia alcanzada por los indígenas a lo largo de los años y en la clasificación que han hecho de sus enfermedades. Obviamente, los tratamientos responden a la etiología que se le asigna a cada enfermedad de acuerdo con los conocimientos que se poseen. La clasificación de las enfermedades que hace el pueblo indígena del Vaupés está directamente relacionada con las causas que las producen. Sin embargo, y tal como se ha repetido en innumerables ocasiones, dichas causas no son las mismas que le adjudica a la enfermedad la medicina occidental¹⁴.

Los agentes de salud en la medicina tradicional indígena

Los agentes fundamentales de salud indígena son los payés. Estos agentes hacen parte de la tradición y la vida de la comunidad y su relación con los pacientes va más allá de la simple enfermedad para responder, más bien, al mantenimiento del equilibrio entre el medio ambiente (natural, cultural y social) y las personas que en él se desenvuelven. En este sentido, su valor principal radica en la capacidad que tienen de adelantar acciones ecológicas “humanizadas” que, en última instancia, benefician la supervivencia de la selva y de todos sus habitantes. Los payés o chamanes, como también se les conoce, son poseedores de un conocimiento ecológico que los convierte en los administradores de los recursos naturales y, a la vez, son quienes dan las directrices para el comportamiento social y mental de la sociedad sobre la que rigen.

En la mayoría de los casos, el proceso de incorporación de las comunidades indígenas a la civilización occidental ha debilitado o anulado la cadena de transmisión cultural de los conocimientos médicos de una generación a otra. Por ello, los payés que aprenden sus conocimientos y prácticas a través de una severa capacitación que se les da desde el momento de su nacimiento, han tendido a



¹⁴. Como parte de la investigación para preparar este documento se ha recopilado una gran cantidad de información relativa a la medicina tradicional indígena la cual no se incluye en este texto pero está disponible para quien quiera consultarla en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés.

desaparecer: en la actualidad existen payés que fueron escogidos o iniciados para desempeñar sus funciones. Sin embargo, su formación continuada se ha visto limitada por las implicaciones a varios niveles que ha tenido la interacción entre la sociedad tradicional indígena y el mundo occidental. De todas maneras, aunque la formación de las nuevas generaciones de payés no se haya realizado con las estrictas medidas de calidad con que se hacía tradicionalmente, el ejercicio de sus funciones ha contribuido en gran medida a mantener la tradición cultural del pueblo indígena Tucano.

Por otro lado, y con respecto a este mismo tema, vale la pena señalar que un buen porcentaje de los agentes de la medicina tradicional de las generaciones contemporáneas ha tendido a hacer sincretismos entre elementos teórico-prácticos de la medicina tradicional y elementos popularizados de la medicina occidental. La medicina indígena tradicional, al ser transferida a ambientes urbanos occidentales, ha perdido poco a poco su estampa comunitaria y sus bases ecológicas y, al convivir con formas populares de la medicina occidental, ha adquirido contenidos sincréticos que no en pocas ocasiones han contribuido a su proceso de entropía. En estos casos de asimilación, en la etiología de la enfermedad se comparte el modo de pensar de la medicina occidental y en el tratamiento se ofrecen contenidos empíricos y rituales. Básicamente, los agentes de la medicina indígena que trabajan así son cumús¹⁵ que interactúan con pacientes que han perdido el enlace histórico con la comunidad. Los usuarios de esta forma relativamente nueva de medicina son, en gran medida, personas marginadas del llamado progreso occidental, quienes con falsas perspectivas económicas y por inconformidades sociales emigran a Mitú o a otras poblaciones con características más o menos similares de marginalidad.

La práctica médica sincrética anteriormente descrita, en ocasiones reviste matices pseudo-científicos: a los pacientes que acuden

¹⁵. Popularmente se cataloga como cumú a un agente de la medicina tradicional indígena que no posee los poderes médicos excepcionales de un payé verdadero.

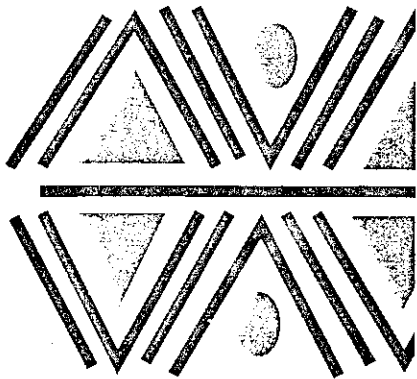
a ella se les dan medicamentos occidentales, los cuales aceptan de buen agrado pero sin comprender el proceso de curación ni la acción de los mismos. De esta forma, dichos medicamentos adquieren valor de talismanes y, por ende, su dosificación y uso se aplica ambiguamente con respecto a la forma que prescribe la medicina occidental. Con lo anterior no se pretende afirmar que esta medicina no le sirva en absoluto al usuario para mejorar su condición de salud. El problema radica en que ciertos oportunistas indígenas, que no cumplen con los requerimientos básicos ni de conocimientos ni de práctica, se atreven a accionar formas de prevención y tratamiento a pacientes que, por razones obvias, terminan perjudicados no sólo a nivel de su salud sino también económico.

Otros agentes de la medicina tradicional son algunos indígenas viejos que tuvieron la oportunidad de asistir a los ritos del Yuruparí¹⁶. Estos ancianos tienen algunos conocimientos médicos y mágicos que los habilitan para manejar ciertos conceptos básicos, fundamentados especialmente en la relación trófica que tienen los diferentes elementos de la naturaleza entre sí¹⁷. Para curar enfermedades, los ancianos que poseen estos conocimientos realizan rezos

¹⁶. A estos indígenas, practicantes de ciertos aspectos médicos también se les conoce como cumús.

¹⁷. Esta relación trófica se manifiesta en la integración humanizada de la naturaleza y la cultura por medio de la magia, expresada en los rezos invocatorios a los alimentos consumidos por el hombre, que a su vez han servido de alimento a otro elemento de la naturaleza: la capacidad de energía vital consignada para cada uno de los seres de la naturaleza es vital para cada elemento agrupado en un conjunto respectivo. Cada elemento le proporciona y transfiere energía a un conjunto subsiguiente, de tal forma que la tierra se alimenta de los desechos orgánicos, las hiervas se alimentan de la tierra, las lapas se alimentan de la hierba, los animales carnívoros se alimentan de las lapas, los gusanos y otros animales se alimentan de los animales carnívoros muertos, los gusanos alimentan a un tipo de peces y así sucesivamente. En el pensamiento chamánico del pueblo Tucano todos los seres de la naturaleza están conectados por una fluidez energética que está en el organismo de los seres. Al inhalar energía permanentemente se reproduce la interrelación vital con los otros seres y la cadena energética se convierte en una cadena trófica en la que la exhalación de la energía sobrante se transforma cualitativamente y se adecua al conjunto subsiguiente de seres que la retoman, de acuerdo con la especie a la que pertenezcan. Para este pensamiento, la energía vital es una sola, pero se transforma en la medida en que inyecta vitalidad a una familia de seres específicos. Cada ser integrado por filiación energética similar a la de la familia que lo conectó a la vida, necesita de la parte energética específica para producir y reproducir la cadena vital equilibrada del universo. Al perderse abruptamente la energía vital propia y, por lo tanto, la que le corresponde por fluidez a los otros seres, se pierde el equilibrio trófico y, en consecuencia, muchos seres desaparecen, por asfixia energética, de la faz de la tierra.

invocatorios a los alimentos que consumen los seres humanos. Puesto que debido a su alta sensibilidad síquica captan las vibraciones y los colores de la energía vital de cada quien, pueden diagnosticar las causas de la enfermedad y tratar de remediar el problema comunicándose con su causa. Al comprender la relación trófica que se da



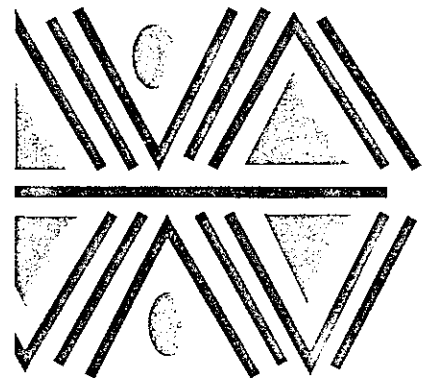
entre los diferentes seres, protegen al paciente de la energía consumida en la alimentación, invocando la energía correspondiente al alimento que la persona ha consumido. De otro lado, cuando los alimentos han sido extractados de la naturaleza de forma inapropiada, esto es, cuando han sido tomados de la selva contraviniendo las normas de subsistencia propias de un consumo normal, los consumidores soportan una carga de energía vital extraña a su desenvolvimiento natural. Esta sobrecarga es la energía faltante que desequilibró a los elementos del grupo familiar del cual

proceden los alimentos. En consecuencia, cuando una persona enferma por esta causa, el jefe o capitán de un conjunto familiar, investido de los poderes chamánicos que le dio el sol creador por intermedio de las deidades que intervinieron en la formación del mundo, busca las energías vitales perdidas. Este capitán, en ocasiones acompañado de otros jefes de clanes similares, recorre los espacios donde deambulan sus congéneres. Al detectar las energías vitales perdidas, específicas de su especie, las “cobra”, utilizando para ello varias técnicas: por lo general lanza puyas o dardos envenenados, casi invisibles, a las personas impregnadas de la energía mal habida. Estas puyas portan enfermedades específicas que contaminan a las personas que ingirieron dicha energía a través de los alimentos. Al morir el infractor (y los miembros de su familia que también pueden contaminarse), el capitán del grupo traslada las energías vitales al sitio que les pertenece¹⁸.

¹⁸ Esta forma de magia fue la única que logró mantener el equilibrio biótico de la selva amazónica durante miles de años y es en este sentido que se puede llamar a la medicina tradicional del Vaupés una medicina ecológica.

Más que una medicina tradicional, la medicina del pueblo indígena Tucano es una medicina ecológica. De acuerdo con ella, al enfermarse la relación de los seres vivos con la naturaleza, se enferman las personas. Al ser ecológica, esta medicina tiene un carácter preventivo: sus agentes entran en comunión con la naturaleza por medio de rezos y visiones, cuyo objetivo es interpretarla y usufructuarla, sin alterarla. A toda costa se evita provocar su animosidad, ya que al hacerlo se pueden producir condiciones nefastas para la salud de los humanos. Por ello, casi siempre se trata de prevenir cualquier tipo de problemas (ambientales o de salud) induciendo a los congéneres a utilizar racionalmente el ambiente y la energía disponible para perpetuar una vida saludable. Es así como la medicina ecológica con todas sus acciones derivadas tiende a la prevención y protección de la salud integral.

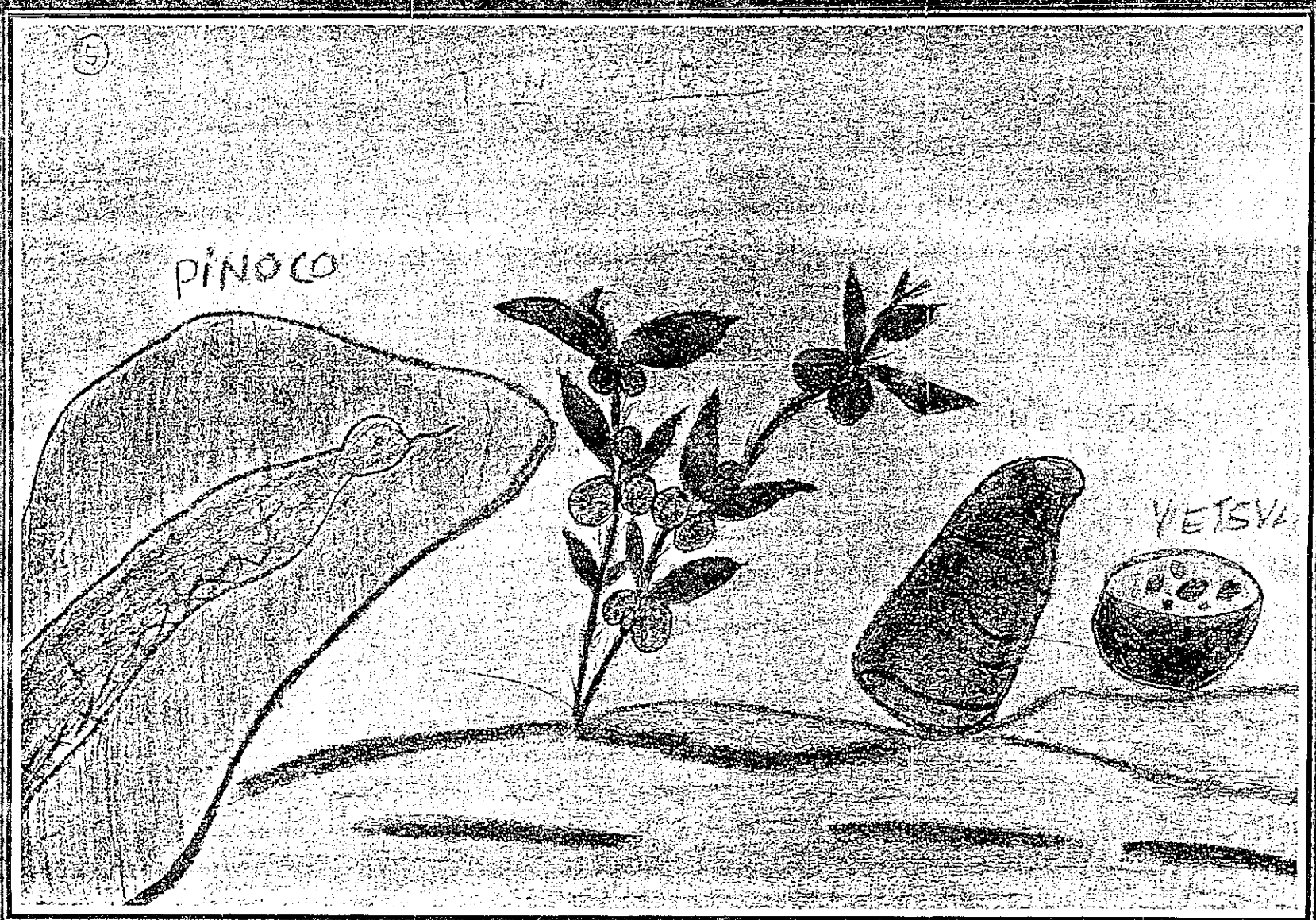
Generalmente, cuando alguna institución gubernamental se preocupa por impulsar programas de desarrollo adaptados a las condiciones culturales de una comunidad, lo primero que hace es un estudio descriptivo de sus rasgos culturales. Partiendo de los resultados que arroje el estudio, se dan explicaciones de diversa índole sobre la cosmovisión de la comunidad estudiada. Sin embargo, esta descripción de la cultura sólo entrega una perspectiva estática y no expresa su dinámica y su propio desarrollo. Para no caer en este tipo de descripción convencional de las culturas indígenas, es necesario entender que una determinada cultura interpreta por sí misma e implícitamente sus hechos sociales a partir de su propia cosmogénesis. El comportamiento cultural de los indígenas de una determinada sociedad responde a actuaciones inconscientes. No obstante, estas actuaciones tienen su base en la consciencia colectiva del grupo al que pertenecen, la cual se manifiesta en cuanto los individuos explican sus actos en relación con su propia cosmogénesis. Para las instituciones estatales que trabajan con los indígenas no siempre es fácil entender la cultura de los indígenas en todas sus dimensiones temporales y espaciales. Por ello, en el Servicio Seccional de Salud



del Vaupés se ha tratado de entender su cultura y asumir que los individuos son potencialmente investigadores de sí mismos, de cara a resolver sus necesidades y contribuir a construir su futuro. Los indígenas al razonar para sí, están haciendo manifiestos los rasgos culturales que son base de su vida diaria. Además, al propiciarse la producción de conocimientos por ellos mismos (participativamente), se da una mejor adaptación a los recursos ajenos, puesto que éstos han sido previamente explicados con base en la propia cosmovisión de los indígenas. Lo contrario ocurre cuando se estudia la cultura de los indígenas utilizándolos como objeto de investigación. En estos casos, el pueblo indio no tiene oportunidad de escoger sus propios temas y desarrollarlos para producir conocimientos que les permitan solucionar sus problemas conscientemente.

Cuando se inició la extensión de cobertura de salud en el Vaupés, uno de los principales problemas manifestados por el pueblo indio Tucano era el de las relaciones entre el Servicio de Salud y las comunidades. Se hacía clara la necesidad de vencer los obstáculos físicos, culturales y económicos que hacían difícil la prestación de servicios. Analizando los problemas conjuntamente con las comunidades, a través de la investigación participativa, se encontraron soluciones a algunos problemas. En este proceso, se comprendió que es con el pueblo indio y no desde afuera como se pueden entender los problemas de una cultura y de esta manera propiciar que los indígenas mismos decidan sobre su futuro y busquen el control cultural de los recursos tanto propios como ajenos, por medio de decisiones conscientes.

Estas notas sobre la medicina tradicional indígena no pretenden dar soluciones definitivas. Sólo presentan el estado actual de la investigación participativa que se ha adelantado en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés sobre la relación de la medicina indígena y/o ecológica con la medicina occidental. El interés es introducir algunas alternativas de solución para mejorar la relación entre medicina indígena y medicina occidental y construir así, biculturalmente, las bases para el mejoramiento de la salud de las poblaciones indígenas.



5

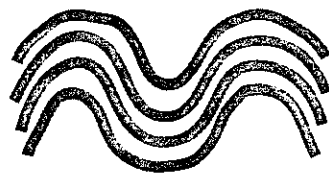
PINO CO

YETSU

La estructura de demanda y la estructura de oferta

Si se quiere ser concreto en la incidencia de la interacción Estado/pueblos indios, es preciso configurar un esquema operativo que oriente efectivamente el quehacer. Cuando se analizan detenidamente los casos en que ha habido un proceso de toma de decisiones auténtico y en el que los resultados muestran movimientos participativos hacia el desarrollo de los pueblos, se pueden señalar cinco elementos básicos los cuales, en conjunto, aportan al proceso de toma de decisiones y movilización participativa para el desarrollo indígena. Ninguno de estos elementos representa etapas mecánicas o camisas de fuerza con una secuencia preestablecida. Por el contrario, conforman una dimensión interrelacionada del proceso de participación del pueblo indio.

En primer lugar, es posible distinguir tres elementos que conforman lo que podría llamarse “estructura de demanda”, esto es, el papel que cumple un pueblo indio o uno de sus segmentos cuando demanda al Estado el cumplimiento de sus aspiraciones para mejorar su calidad de vida o proyecta necesidades insatisfechas propias de su contexto. Dentro de estos tres elementos necesarios para demandar, por ejemplo, servicios de salud, están la movilización de recursos culturales propios y la organización y la educación. Por el otro lado, estaría la estructura de oferta. Por oferta se entiende lo que la institución estatal ofrece al pueblo indio respectivo. Los elementos constitutivos de la oferta serían para nuestro caso dos: la prestación de servicios de acuerdo con la demanda de los pueblos indios y los mecanismos de negociación y diálogo con éstos. Con estos cinco elementos, tres relativos al pueblo indígena y dos al Estado, se está en mejores condiciones de iniciar la práctica.



La estructura de demanda: sobre las aspiraciones, intereses y necesidades de los pueblos indígenas

La perspectiva del trabajo en salud con el pueblo indígena del Vaupés contempla tres elementos fundamentales: educación, organización de la comunidad y movilización de recursos propios.

La educación

Puesto que los pueblos indígenas precisan analizar y reflexionar de manera más profunda en sus verdaderos intereses, aspiraciones y necesidades, la educación representa un medio para elevar los niveles de consciencia en torno a su problemática, con lo cual se facilita la cualificación de la demanda. En este contexto, la educación se entiende más como un proceso de formación que de transmisión de técnicas y conocimientos. A su vez, la formación tiene que ver con procesos que les permitan a las comunidades tener una visión más amplia e integral de su entorno y de los elementos que requieren para satisfacer sus necesidades.

Dada la compleja problemática de los pueblos y segmentos indígenas, en este punto es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

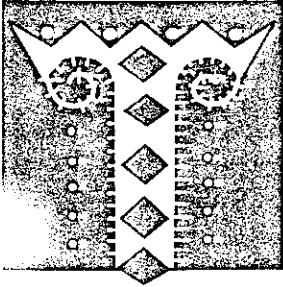
- * La sensibilización de un miembro o de un conjunto étnico en torno a las problemáticas que lo rodea es un elemento que no se da automáticamente.
- * La sensibilización alrededor de problemas que involucran a un pueblo indio es uno de los elementos fundamentales de la participación comunitaria y social.
- * El involucramiento de un grupo humano en la resolución de su problemática es el preámbulo básico de la participación comunitaria y social.
- * De la calidad de las decisiones tomadas depende que las decisiones no sean condicionadas por la sociedad dominante.
- * En los grupos étnicos siempre existen verdaderas autorida-

des tradicionales, los cuales deben detectarse antes de realizar cualquier interlocución con entidades gubernamentales u ONG.

- * La interlocución con representantes y/o verdaderas autoridades indígenas nunca se debe hacer en espacios, tiempos y con gentes que cohiban o amilanen la expresión de las autoridades tradicionales.
- * La constante en la interlocución en los comienzos de las deliberaciones relacionadas con cambios bien sean tecnológicos o de índole social debe ser la constitución de grupos en los que los miembros conserven homogeneidad de edad y de rango y mayorazgo social en el contexto de su cultura tradicional.
- * Las nuevas organizaciones indígenas al cumplir con su labor de consejeros y orientadores de los asuntos “blancos” en la cultura tradicional deben siempre partir de las bases conceptuales de la cultura propia.
- * El diálogo reflexivo, histórico y estructural en torno al ambiente físico y social que rodea al pueblo indígena debe tener el carácter de investigación participativa como opción metodológica de educación de adultos, con el fin de mejorar la calidad de las decisiones que se van a tomar. La educación y la formación también pueden referirse a la investigación participativa o educación indígena con base y alrededor de recursos culturales propios y de organización.

La organización de la comunidad

La organización como componente de la estructura de demanda por parte de un grupo indígena se refiere a la canalización de la energía colectiva y de los recursos culturales que se movilizan para solucionar un problema mediante la organización propia de un determinado pueblo indígena. Aquí no se trata de canalizar la energía comunitaria por intermedio de una organización preestablecida o especializada sino, más bien, por intermedio de un conjunto o grupo humano que sirva con lealtad étnica y lingüística y que asuma



una actitud positiva y de defensa de su etnia frente a los recursos ajenos que pueden seguir contribuyendo a su aculturación. En este caso, la función principal de la organización es la de establecer una interlocución entre el Estado y el pueblo indígena en su totalidad o en alguno de sus segmentos.

La movilización de recursos propios

La movilización de recursos propios¹⁹, estrechamente relacionada con la estructura de demanda, hace referencia al proceso continuo de acuerdo con el cual se movilizan los propios recursos culturales de un determinado pueblo alrededor de las necesidades y los problemas sentidos y priorizados por un segmento del mismo. La movilización de los recursos propios significa utilizar los recursos de una comunidad para solucionar necesidades o aspiraciones y hace referencia a lo que la comunidad decide y controla.

Los recursos propios se clasifican así:

- * Recursos materiales. Éstos pueden ser naturales y/o transformados: tierra, plantas alimenticias, plantas de conocimiento chamánico, plantas medicinales, plantas para la construcción de viviendas y canoas, animales de cacería, animales domésticos, herramientas de trabajo, utensilios domésticos, pinturas vegetales, pinturas minerales, pegantes vegetales, etc.

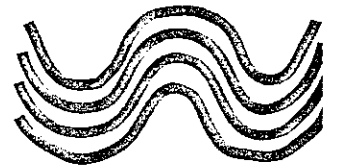
¹⁹. En este punto es necesario aclarar que muchas veces para solucionar una problemática determinada un grupo étnico puede decidir utilizar un recurso cultural ajeno. Por recursos ajenos se entienden todos aquellos conocimientos, actitudes y prácticas diferentes a la forma de vida tradicional que por razones de colonización han sido transmitidos a una determinada cultura. Si tomamos como ejemplo la utilización de un motor fuera de borda, en un momento determinado la decisión sobre este tipo de recurso puede parecer impuesta por la sociedad dominante. Sin embargo, lo que interesa aquí es el grado de control cultural que la comunidad ejerza sobre el motor. Si el motor es prestado y además el prestamista exige votos políticos, prebendas, sumisión y servilismo, lógicamente el motor es un instrumento de dominación y, por lo tanto, de aculturación. Por el contrario, si el patriarca lo compró y además los miembros del linaje lo saben manejar y mantener y la utilización y el uso del motor es "para sí" y no para los otros, el control cultural que ejerce el linaje con respecto al motor tiene el carácter de apropiación cultural. Por el hecho de que el linaje haya decidido adquirir el motor, aunque éste sea un recurso cultural ajeno, automáticamente podría relacionarse como componente cultural propio, ya que el linaje controla para sí no sólo el uso del motor sino, también, la forma de adquirirlo, de mantenerlo, de distribuir el tiempo para trabajarlo y, en última instancia, su posesión y usufructo. Según sea el caso, el control sobre un recurso cultural puede ser total, absoluto, relativo o parcial. Lo importante es que se pueda decidir el grado de control con el que un grupo étnico puede utilizar un artefacto y, al tiempo, reforzar la propia cultura. Si se hace indispensable el uso de elementos culturales ajenos, lo más recomendable es hacerlo por vía de la apropiación.

- * Recursos de organización. Éstos son los linajes, los clanes, el conjunto de clanes, los grupos locales interétnicos, las mingas de parientes y opuestos, etc.
- * Recursos demográficos. Éstos comprenden a los adultos hombres, los adultos mujeres, los niños, las niñas, los patriarcas de linajes y clanes, las organizaciones indígenas, las Juntas de Acción Comunal de los pueblos de misión, los chamanes, los cazadores, etc.
- * Recursos intelectuales. Dentro de estos recursos se incluyen los conocimientos mitológicos, históricos, ecológicos, la medicina tradicional, la ciencia propia, etc.
- * Recursos simbólicos. Estos recursos incluyen el arte, el idioma, los ritos, el mito de origen, los cuentos, etc.
- * Recursos emotivos. Son aquellos que producen emociones al individuo o al grupo y comprenden las formas de matrimonio, las danzas, las creencias, los ritos funerarios, etc.

La estructura de oferta: el trabajo de las instituciones de salud

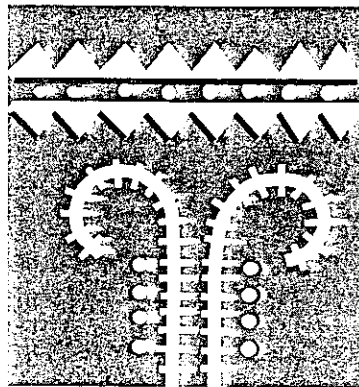
La estructura de oferta está estrechamente relacionada con la organización de la prestación de servicios a la comunidad por parte de las instituciones estatales o privadas. Esta organización debe responder a las demandas de la comunidad y debe estar basada en la movilización y canalización de recursos de diferente índole tanto intrainstitucionales como interinstitucionales.

La prestación de servicios constituye una de las dimensiones indispensables en el proceso de participación y desarrollo de los pueblos indios. El esquema que tiene en cuenta la demanda y la oferta, posibilita una evaluación sistemática del proceso y permite hacer operativas las diferentes responsabilidades que corresponden a los pueblos y a las instituciones de salud.



Con el fin de que la oferta institucional pueda satisfacer la demanda debe cumplir, entre otros, con los siguientes requisitos:

- * Disponibilidad de recursos humanos, físicos y presupuestales, entre otros.
- * Integración intra e interinstitucional que permita conjugar esfuerzos no sólo en lo que se refiere estrictamente a la salud sino también a los demás factores que influyen en el mejoramiento de la calidad de vida.
- * Correspondencia entre los objetivos comunitarios e institucionales. Para este fin es pertinente la formulación y ejecución de políticas, planes y proyectos que favorezcan el desarrollo integral de la comunidad.
- * Sensibilización, educación y formación a las instituciones que trabajan con indígenas sobre sus necesidades, intereses, formas de organización y participación, características culturales, etc.
- * Definición de mecanismos de negociación que permitan resolver de manera efectiva los conflictos que se puedan presentar entre los actores de los procesos (institución/comunidad). Estos mecanismos deben involucrar elementos de autocrítica que permitan el establecimiento de consensos que favorezcan a las partes interesadas en forma equitativa.



La participación y el trabajo con los pueblos indígenas

La participación social en el contexto de los pueblos indios debe ser una estrategia que se relacione con el contexto en el que se interviene institucionalmente en términos sociales y médicos. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos la intervención institucional del sector salud en relación con los pueblos indígenas ha estado enfocada a la prevalencia de los aspectos médicos occidentales sobre la medicina de los indígenas. Por su parte, las aplicaciones sociales se proyectan a extender los escasos valores culturales que el desarrollismo occidental permite. La mayoría de los programas de salud son planeados desde el interior del país o en la institución misma, sin tener en cuenta las características particulares de los pueblos indígenas a los cuales están dirigidos. En el mejor de los casos sólo se piensa en “cómo son los indígenas”. A esto se suma la escasez de recursos institucionales o la necesidad de bajar costos en la prestación de servicios, para lo cual se buscan los aportes de los mismos pueblos indígenas. Algunos de los funcionarios de los Servicios de Salud ven la operativización de la participación comunitaria como el aporte financiero o de mano de obra indígena al recurso institucional del programa respectivo. A esta línea de pensamiento, que promueve casi exclusivamente la participación comunitaria en términos de los problemas y necesidades de las instituciones, se superpone la concepción de participación según la cual la comunidad plantea una problemática y la institución se la resuelve porque ella es la que sabe y está capacitada para hacerlo, o una última línea según la cual la institución “entra con lo de la comunidad y sale con lo suyo”.

Cuando se concibe la problemática de la participación desde el punto de vista opuesto a los enunciados más arriba, es decir, desde la perspectiva del pueblo indígena, la participación adquiere un carácter diferente: en este caso se tienen en cuenta los cambios socio-culturales, las patologías que aparecen por el contacto con el mundo no indígena (tuberculosis, sarampión, enfermedades de trans-

misión sexual, entre otras), los cambios en los valores relacionados con la interacción con el medio ambiente y, fundamentalmente, todo aquello que se refiere a la pérdida de control sobre los propios recursos culturales y, por ende, sobre el futuro.

En este orden de ideas, la participación en el contexto de los principios fundamentales de la democracia en relación con los pueblos indígenas debe partir de la problemática de éstos. Desde esta perspectiva tanto la participación como el desarrollo indígena deben definirse en términos de generación y reforzamiento de su capacidad de decisión para solucionar los viejos y nuevos problemas que la historia propone. Dicho en otras palabras, toda acción de participación de las comunidades indígenas debe dirigirse a que éstos retomen el control cultural activo sobre su futuro. Esto, a su vez, implica la proyección de un proceso emancipatorio en la toma de decisiones y la movilización de su energía creadora y transformadora. En efecto, todo programa institucional que pretenda promover la participación de los pueblos indígenas y la prestación adecuada de servicios de salud, en primera instancia debe ser coherente con este proceso y contribuir a que el propio pueblo indígena sea quien define las soluciones, de acuerdo con sus propios conceptos, sus elementos culturales y su percepción sobre lo que significan la salud y el desarrollo. En este sentido, los colectivos indígenas en forma creativa y como actores principales son quienes deben responsabilizarse de encontrar soluciones para sus problemas y de tomar decisiones conscientes. Para tal fin deben interrelacionar los recursos culturales propios y ajenos disponibles.

Sin negar la problemática concebida por la institución, un programa de participación democrática se justifica únicamente si parte de la comunidad y de su percepción de la situación, respetando, escuchando y cumpliendo. Se trata de un proceso de movilización social en el que se comparten responsabilidades entre los actores principales: el pueblo indígena con sus respectivos segmentos étnicos y el Estado a través de las instituciones de salud. En este punto cabe aclarar que sobre las instituciones de salud recae una doble respon-

sabilidad: por un lado la de generar y reforzar la capacidad de decisión y solución de los problemas que demandan acciones por parte del pueblo indígena y, por otro, asegurar una prestación de servicios adecuados como respuesta institucional a la demanda de los indígenas. En el marco de la colaboración mutua y el diálogo constructivo, se debe buscar un efecto social (que el pueblo indígena sea sujeto y objeto de su propio desarrollo) y un efecto médico (cubrimiento con salud para todos a nivel de la colectividad indígena). En el caso del Vaupés, se entiende la participación como la toma de decisiones conscientes de los diferentes niveles de organización social con el fin de ejecutar transformaciones saludables para la calidad de vida de los indígenas.

Promoción y prevención con comunidades indígenas

Para adelantar cualquier trabajo en salud y especialmente cuando se trata de comunidades indígenas es necesario acogerse al nuevo concepto de salud que concilia las necesidades humanas y los ideales de salud y bienestar de la población. Esta postura trasciende la antigua visión de la salud, asociada con la enfermedad, la incapacidad y la muerte, es decir, aquella concepción según la cual la salud no se concebía por fuera de las paredes de un hospital. Actualmente, la salud se entiende más como un producto social positivo que requiere de diversas acciones gubernamentales y de la participación de las personas en el contexto de su vida cotidiana. Es en este marco donde comienzan a desarrollarse y a tener mayor significado otras intervenciones diferentes a la atención médica en salud. Dichas intervenciones son: las acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de vigilancia y control de los factores de riesgo medioambientales.

En el sector salud, el concepto de promoción ha evolucionado desde concebirse como una estrategia de comunicación hasta ser considerada como una de las estrategias más importantes para ac-

tuar sobre los factores determinantes de la salud. Las diferentes definiciones de la promoción de la salud, entre ellas la de Ottawa, OPS/OMS y la de los canadienses²⁰ coinciden en reconocer que la salud no solamente involucra al sector salud sino que es también una responsabilidad de toda la sociedad. Sin embargo, en lo que toca específicamente al sector salud, éste tiene unas competencias y responsabilidades específicas dadas a través de la Ley 100 y de otras legislaciones, entre ellas las Resoluciones 4288 y 3997 de 1996 sobre el Plan de Atención Básica (PAB) y las acciones de promoción y prevención respectivamente. Estos compromisos va más allá de cumplir con la prestación de unos servicios: las entidades territoriales (departamentales y municipales), responsables de la definición y ejecución del PAB, y las entidades contratadas para la prestación del POS-S a comunidades indígenas deben orientar la toma de decisiones (contenidos y estrategias) concertadas con las comunidades, en una programación de acciones de promoción y prevención de acuerdo con el plan de beneficios que les compete, con un enfoque participativo y promoviendo el compromiso de acciones intersectoriales. En cuanto a las acciones de vigilancia y control es importante propiciar el desarrollo de sistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica propios, adaptados a las características socioculturales y geográficas de las etnias indígenas del país, de manera tal que se les permita a las mismas realizar una gran parte de las acciones colectivas contenidas en el PAB.

Por su parte, las ARS, EPS, IPS, que en el nuevo sistema de salud son las mediadoras en la prestación de servicios, deben estar seguras de que aún para impulsar intervenciones consideradas uni-

²⁰ . Ottawa: "La promoción de la salud se concibe... como el proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". OPS/OMS: "La promoción de la salud se define como la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades de salud y otros servicios productivos y sociales, encaminados a mejorar el nivel de salud individual y colectivo". Canadienses: "La promoción de la salud es una estrategia diseñada para generar condiciones que conduzcan al bienestar. Está basada en la acción comunitaria y en la movilización de los recursos sociales e institucionales". Estas definiciones fueron tomadas del documento *Municipios saludables por la paz*; (ver bibliografía).

versalmente saludables es vital conocer las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas, particulares de cada contexto social en el cual se vaya a actuar y máxime cuando se trata de culturas indígenas. En este sentido, el documento *Lineamientos de educación para la salud con comunidades indígenas* del Ministerio de Salud, señala:

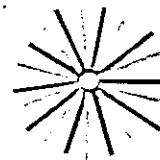
La existencia de múltiples grupos étnicos indígenas, su dispersión por el territorio nacional y su aislamiento en términos geográficos, culturales y sociales, indican que para efectos de planificación y desarrollo de servicios de salud, cada etnia es un grupo especial que genera una demanda específica de programas y actividades de promoción y recuperación de la salud y de prevención de la enfermedad.

Se considera, por lo tanto, que la promoción es una estrategia de singular importancia para transformar positivamente la calidad de vida de las comunidades indígenas y debe atender a tres ámbitos fundamentales, a saber:

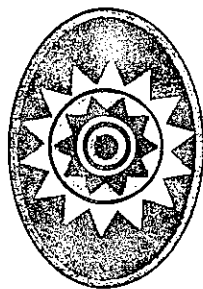
- * Liderar políticas intersectoriales integrales que abarquen todos los aspectos relativos a los condicionamientos de la calidad de vida.
- * Mantener y potencializar los factores protectores de la salud indígena.
- * Promover espacios de concertación interinstitucional que den cuenta de los componentes y condicionantes relacionados con el perfil epidemiológico". (págs. 24-25).

En este mismo sentido, un cuarto ámbito sería:

Propiciar espacios educativos basados en los principios de concertación, participación, biculturalidad e interculturalidad, intersectorialidad y mejoramiento de la calidad de vida.





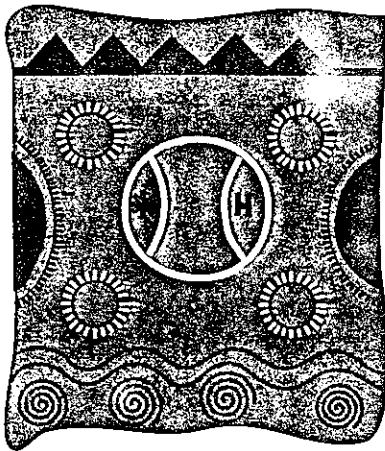


EL MODELO OPERATIVO

La investigación participativa como opción metodológica para la toma de decisiones en salud

Para adelantar el trabajo en salud con comunidades indígenas, en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés se parte de los planteamientos centrales de la investigación participativa. Desde esta perspectiva, se considera que para que haya producción de conocimiento es necesario investigar, así esta investigación se refiera a procesos como el establecimiento de las causas, efectos y soluciones que arroje la reflexión en diálogo comunal sobre una situación determinada. Así mismo, se considera que la investigación no

puede separarse ni de los procesos participativos ni de los procesos educativos: la participación tiende a que las comunidades se expresen e influyan en las decisiones que afectan su calidad de vida y esto, a su vez, requiere de un proceso educativo para hacer de la participación una actividad sistematizada y consciente. El método de investigación participativa implica un proceso de aprendizaje cuyo



objetivo es la gente misma: las personas se vuelven investigadoras de sí mismas y, al defender sus propios intereses, dejan de ser neutrales. Por su parte, el iniciador, promotor o investigador se convierte en acompañante de las comunidades en el proceso de producción de conocimiento. Su contribución particular consiste en sistematizar el conocimiento producido por el grupo. Si las comunidades pasan por el proceso participativo y educativo se puede decir que se están capacitando para influir efectivamente en el proceso de toma de decisiones para el mejoramiento de su propia salud. Por lo demás, al hablar de investigación participativa es pertinente hacer referencia

a una relación de sujeto a sujeto y no de sujeto a objeto²¹. Es con base en esta relación que se pueden establecer unos objetivos que tengan en cuenta la participación y la educación como procesos activos y no como estrategias para obtener la colaboración pasiva del público al cual se dirige una acción.

En el caso concreto del trabajo del Servicio Seccional de Salud del Vaupés, con la investigación participativa se propende porque los indígenas mejoren su relación con el medio ambiente y, por lo tanto, puedan controlar la mayoría de sus problemas de salud sin tener que recurrir al hospital: cada quien, individual o colectivamente, debe asumir como propio el cuidado de sí mismo y del medio ambiente que lo rodea. Igualmente, se entiende que si el pueblo indígena demanda conscientemente lo que ofrece el Servicio de Salud se está

²¹ . Es decir, a algo o alguien que tiene las mismas características que una piedra o un conejo de experimentación.

dando un paso adelante en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la autodeterminación y autocuidado de las personas. En lo que se refiere a la relación entre educación y participación, es importante enfatizar que para que los indígenas puedan participar en el mejoramiento de su calidad de vida es preciso que se eduquen, por lo menos en las cosas en que van a participar. Educar a los indígenas en estos aspectos implica dejar que salgan de su papel de receptores pasivos a los que se les transfiere una serie de conocimientos técnicos ajenos a su forma de vida tradicional. De lo que se trata es de que el pueblo indígena se involucre en su propia educación, aportando reflexión y análisis sobre sus experiencias y alternativas de solución a los problemas tratados, y que logren dirigir sus acciones con consciencia.

Equipos extramurales de promoción de la salud

Con el fin adelantar el trabajo en salud con los indígenas, el Servicio Seccional de Salud del Vaupés ha privilegiado como estrategia fundamental la conformación y consolidación de los equipos extramurales de promoción de la salud, los cuales cumplen la función de ser acompañantes y asesores del pueblo indio en esta materia. Para ello, se desplazan a la zona correspondiente y a la vez que contribuyen a aliviar las dolencias en salud física, oral y socio-mental de las comunidades indígenas conjuntamente con los representantes de la medicina tradicional²², adelantan acciones educativas dirigidas a promocionar la salud de los indígenas en el contexto de su propio desarrollo. Hasta el momento actual, la experiencia con los equipos extramurales ha demostrado que el acompañamiento respetuoso y la asesoría de “sujeto a sujeto” es muy productiva de cara a la consecución de los objetivos propuestos. esto es, la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo.

²² El agente de medicina tradicional sólo acompaña al equipo institucional cuando las condiciones de la zona étnica en cuestión lo permiten. De lo contrario, únicamente es consultado por el equipo en su respectivo sitio de habitación.

La composición de los equipos de promoción extramurales varía según las necesidades de salud de la zona y los recursos financieros y humanos de que se disponga. Idealmente, el equipo básico está conformado por un médico, un profesional del área social²³, un promotor de saneamiento ambiental, un agente de la medicina tradicional²⁴, un representante de la organización indígena zonal y otras personas que se estime conveniente incluir en cada caso. Actualmente, la prestación de servicios de salud por parte de los equipos extramurales se centra en la atención primaria y su labor, como su nombre lo indica, se desarrolla básicamente en el lugar donde transcurre la cotidianidad comunitaria y en donde se originan los factores de riesgo para la salud. Administrativamente, el equipo extramural de promoción depende del Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Esto facilita el acceso de la población del Departamento a los niveles de atención necesarios cuando los problemas no puedan ser resueltos en el ámbito comunitario. Principalmente, los equipos extramurales realizan las actividades que se describen a continuación:

Promoción directa o promoción al pueblo indígena

Las acciones de promoción de la salud²⁵ y prevención de la enfermedad que realiza el equipo extramural se orientan a la generación y reforzamiento de la estructura de demanda de servicios por

²³. Dadas las condiciones de composición étnica del Vaupés, el profesional del área social que se ha escogido para hacer parte de los equipos extramurales es un antropólogo. Se considera que este profesional, por su formación, tiene mayor claridad en la interpretación de aspectos culturales de la medicina tradicional.

²⁴. La incorporación del agente de la medicina tradicional al equipo extramural sólo se da dentro de la comunidad, donde es reconocido y aceptado dicho agente. Su función básicamente tiene que ver con asesorar al médico occidental en aspectos de la salud tradicional. A su vez, el médico occidental asesora al agente de la medicina tradicional en aspectos fundamentales de la medicina moderna. Esto lleva a una complementariedad positiva y a la solución intercultural de los problemas de salud.

²⁵. La promoción directa se da dentro de una unidad espacio-temporal, esto es, las personas interactuantes están físicamente presentes y la promoción se ejecuta simultáneamente. Ejemplo: una reunión con la comunidad y el equipo extramural de salud.

parte del pueblo indio. Como ya se ha mencionado, estos equipos no sólo prestan servicios de atención primaria en salud sino que también realizan acciones de educación en salud. Con el fin de que sus acciones retomen los planteamientos derivados de la concepción de la participación como un proceso dinámico para la toma de decisiones, estos equipos tienen en cuenta lo siguiente:

- * **Desplazamiento a la zona.** Para analizar los problemas de salud y sus alternativas de solución en el sitio en el que tienen lugar, los equipos extramurales se desplazan a las zonas en las que viven las diferentes comunidades indígenas. Así mismo, las actividades educativas tienen lugar en dichas zonas. Este desplazamiento para hacer actividades de atención primaria en salud y de educación ha demostrado ser muy efectivo puesto que no sólo se ajusta a las características de la población objeto (dispersión geográfica, por ejemplo) sino que posibilita el acercamiento del centro a la periferia, replicando así a nivel local el modelo de descentralización que caracteriza el ordenamiento de Colombia. Antes de partir para las zonas de trabajo específicas, los miembros de los equipos extramurales reciben una capacitación en temas de salud y socio-culturales de los indígenas, y en la metodología de investigación participativa, con el fin de familiarizarlos con aspectos claves del público con el cual van a trabajar.

- * **Participación de las comunidades en todas las fases del proceso.** Los equipos extramurales trabajan conjuntamente con las comunidades en el análisis de su problemática y concertan con cada una de ellas las acciones que se llevan a cabo. En el análisis de las situaciones se retoma la mirada de las dos culturas, la occidental y la tradicional indígena, no sólo en sus implicaciones generales sino en sus implicaciones médicas



particulares. Las comunidades participan no sólo en el diagnóstico de la situación de salud sino también en la formulación del plan o proyecto en el que se va a trabajar, en la ejecución del mismo y en la evaluación de los resultados obtenidos. Así mismo, se adelanta un proceso de retroalimentación que, generalmente, tiene que ver con la elaboración de materiales educativos, fase en la cual también participa plenamente la comunidad indígena.

Para poder hacer efectiva la participación del pueblo indígena en las acciones de promoción extramural, dichas acciones se discuten y planean no sólo en español sino también en lengua indígena.

Promoción indirecta o a las instituciones de salud

Además de las mencionadas con anterioridad, las responsabilidades de los equipos extramurales tienen que ver con la asesoría a las instituciones relacionadas con la oferta de servicios de salud, con base en las experiencias obtenidas en la promoción directa al pueblo indígena. A esta área de trabajo se le da el nombre de promoción indirecta²⁶ en salud o promoción a las instituciones de salud.

La promoción a las instituciones de salud busca crear las condiciones mínimas necesarias dentro de las entidades para que la prestación de servicios (oferta) de carácter preventivo y curativo sea coherente con la estrategia global de participación del pueblo indígena en la prestación de los servicios de salud. Este tipo de promoción se realiza a través de charlas formales con personas claves de las diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y también a través de talleres-seminarios de inducción específicos para profesionales y/o trabajadores de la salud (por ejemplo sobre temas de saneamiento ambiental, programas de promoción y prevención, entre otros). Los temas que se tratan en este tipo

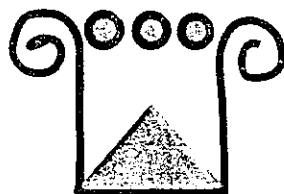
²⁶ La promoción indirecta se da cuando no existe una unidad espacio-temporal de las personas y/o actores. Quienes hacen promoción directa no están físicamente presentes y, por lo tanto, las interacciones no son simultáneas y transcurre un lapso más o menos largo entre el estímulo y la respuesta.

de actividades deben crear condiciones favorables para establecer el diálogo entre la entidad y la comunidad en torno a aspectos centrales para su desarrollo: participación social, investigación participativa, medicina tradicional, etnoeducación, planeación participativa, etc. Por lo demás, con estas actividades también se busca preparar el terreno para la presentación de los proyectos comunitarios relacionados con la salud y facilitar así su gestión ante las entidades o autoridades pertinentes.

Los diagnósticos

En este punto, la labor de los equipos extramurales tiene que ver con contribuir a que los individuos y las comunidades conozcan y analicen su propia situación y así puedan incidir en las soluciones a los problemas médicos y sociales en los que están inmersos. En esta línea de acción se elaboran dos tipos de diagnóstico: el técnico y el participativo.

* Diagnóstico técnico: este diagnóstico tiene que ver con el establecimiento por parte del promotor indígena de salud y el Servicio de Salud de los principales problemas que afectan a una comunidad específica. Concretamente, se elabora no sólo un diagnóstico de las enfermedades que aquejan a la comunidad sino un censo que apunta a que se conozca la composición étnica y demográfica de la población. El diagnóstico técnico se comparte con el conjunto étnico en momentos de diálogo: se trata de socializar con el pueblo los hallazgos hechos por los promotores y los médicos. Cuando se socializan los datos y se muestran en forma de estadísticas sencillas, se logra que la comunidad se sensibilice ante los problemas que están causando muerte y enfermedades a sus congéneres.



* **Diagnóstico participativo:** una vez se socializa el diagnóstico técnico, se conforma un grupo focal de la comunidad para trabajar en forma específica sobre los problemas detectados y las alternativas de solución interculturales. De acuerdo con la reflexión que se va haciendo, el grupo focal comunitario enuncia su propio diagnóstico. Esta misma acción también la realizan los especialistas indígenas de la medicina tradicional. Una vez hecho el diagnóstico participativo se desarrollan los siguientes pasos:

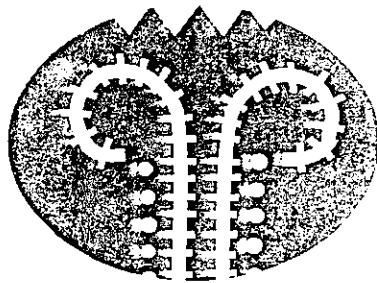
1. **Análisis participativo del diagnóstico:** en este punto se analiza con el grupo focal no sólo el diagnóstico técnico sino también el participativo. Los problemas detectados se analizan desde la medicina occidental y desde la medicina tradicional, en español y en las lenguas indígenas respectivas. Para este análisis se tienen en cuenta los siguientes aspectos básicos: causas, signos y síntomas, prevención y tratamiento.

2. **Priorización participativa de la problemática:** una vez concluida la fase de análisis del diagnóstico por parte de la institución y del grupo focal, se selecciona un tema para profundizar en él. Se trata de “aislar” una situación y conceptualizarla, examinando su historia, su estado actual y su futuro. Este “aislamiento” del problema obedece a consideraciones metodológicas, puesto que si se toman varios problemas a la vez, se dispersa la capacidad analítica de los indígenas al enfrentarlos al manejo simultáneo de múltiples variables.

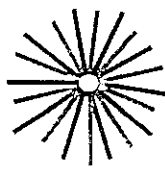
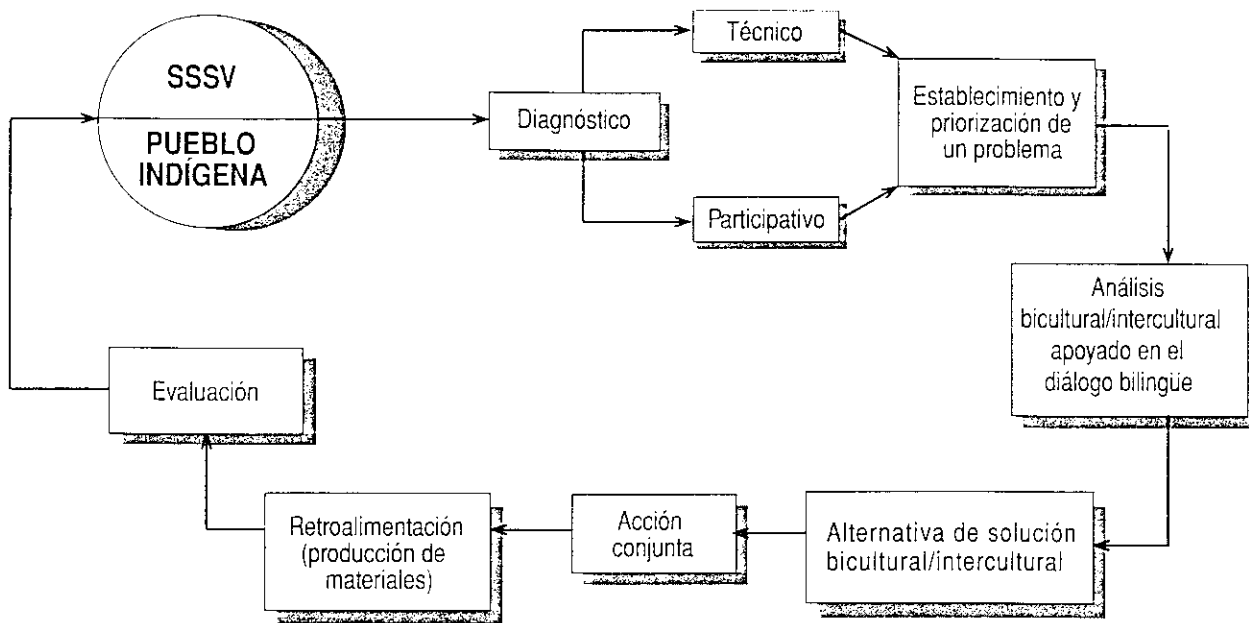
3. **Formulación conjunta de acciones:** una vez priorizada y analizada a fondo la problemática sobre la que se va a trabajar, conjuntamente se decide el curso de acción que se va a seguir. Dependiendo del caso, se traza un plan, se elabora un proyecto o se desarrolla una actividad puntual. Como ya se ha señalado antes, la comunidad participa activamente en el desarrollo de estas acciones, desde su formulación hasta su evaluación y retroalimentación. En el caso del trabajo

que se adelanta en el Vaupés, la retroalimentación tiene que ver con la producción comunitaria de materiales educativos y/o de comunicación relacionados con el tema de salud que se ha priorizado y se está abordando. Estos materiales se elaboran con la participación de la comunidad y los miembros del equipo extramural de salud y son consultados y utilizados por la comunidad en procesos etnoeducativos.

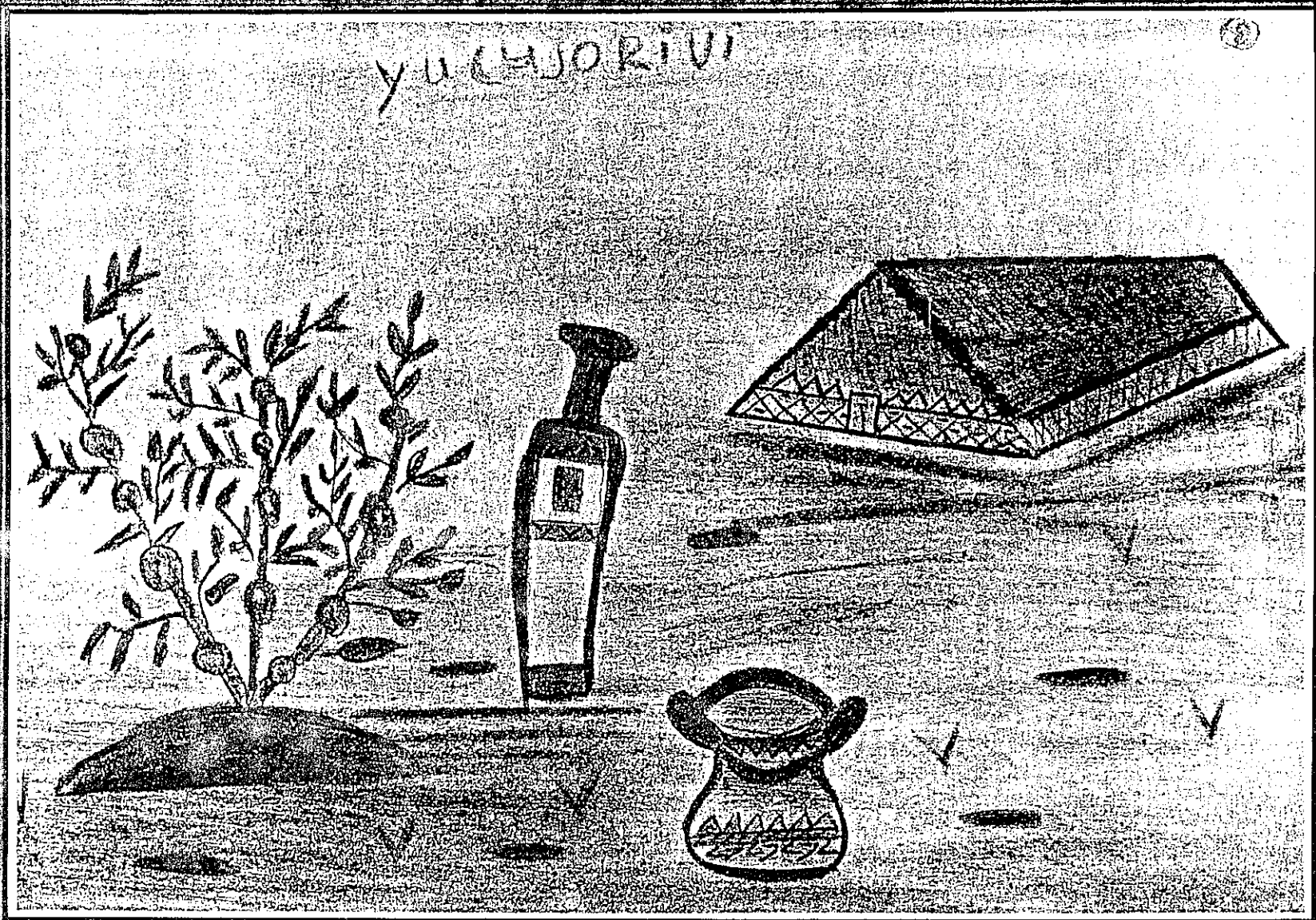
La realización del proceso de diagnóstico y de las acciones derivadas de ello necesariamente involucra los tres componentes claves del trabajo del Servicio Seccional de Salud del Vaupés: investigación, participación y educación. En cuanto a la investigación se trata de establecer las causas particulares y generales que han propiciado una situación de salud determinada y de analizar sus efectos con miras a identificar el mejor curso de acción a seguir. La participación se da en tanto el pueblo indígena trabaja conjuntamente en todas las fases del proceso. Por su parte, el proceso mismo siempre está acompañado de acciones de educación no sólo sobre temas de salud específicos sino también sobre aspectos fundamentales de la participación y la organización. Para que el desarrollo de estos tres componentes sea posible se tienen en cuenta consideraciones de carácter cultural no sólo en tanto todas las actividades de discusión y de acción se hacen en español y en las lenguas indígenas, sino en tanto siempre se tiene en cuenta la perspectiva de la medicina tradicional y de la medicina occidental para el abordaje y la solución de la problemática. En la siguiente parte de este documento "Los proyectos", se verá en forma de ejemplos concretos cómo se desarrolla la metodología de trabajo que aquí se ha presentado.

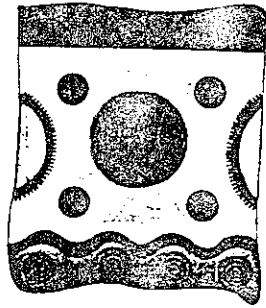


Cuadro resumen de la metodología implementada en el Vaupés para el trabajo en salud con el pueblo indígena



YUCHORIVI



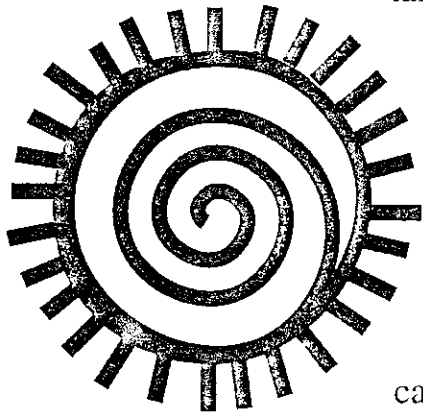


LOS PROYECTOS

Microempresas comunitarias de salud integral

Debido al advenimiento de una epidemia de malaria en ciertas zonas del Vaupés, los indígenas solicitaron la intervención del Servicio Seccional de Salud del Vaupés. En consecuencia, mediante un proceso de investigación participativa con los segmentos de los pueblos indios afectados, se logró implementar un plan de salud integral preventivo y curativo que tomó como punto de partida la medida tradicional de aislamiento de las personas afectadas, pero incluyendo algunas innovaciones derivadas del conocimiento de la medicina occidental.

En diálogo con la comunidad se estableció que para la medicina indígena la aparición del paludismo se relaciona con unos elementos que están en los pozos de las cachiveras sagradas: en el pozo del raudal de Yuruparí, donde comienza el alto Vaupés, se encuentra una tinaja de barro herméticamente cerrada, que contiene energías en forma de vapor de agua impregnadas de elementos relacionados con las fiebres palúdicas. Cuando un chamán o un payé poderoso se ve abocado a ejercer una acción contesta-



taria por la transgresión de normas relacionadas con el ambiente natural y cultural, destapa la tinaja por medio de acciones chamanísticas. Entonces, el vapor de agua impregnado con elementos mórbidos comienza a expandirse confundándose con la bruma que se levanta del lecho del río. Las personas que inhalan inconscientemente el vapor quedan infectadas de paludismo y, a su vez, contagian a otras personas. Es así como se forma la cadena epidemiológica de acuerdo con la medicina tra-

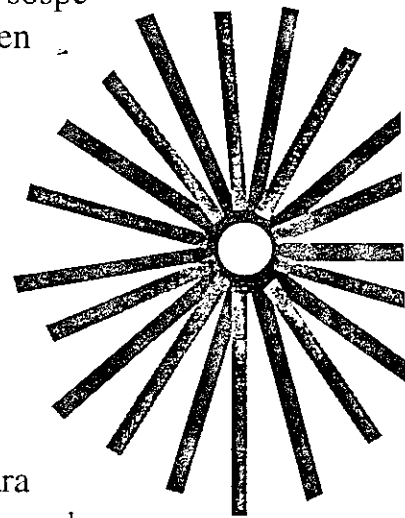
dicional. Desde la perspectiva de la medicina occidental, el origen del paludismo se remite a los pozos y charcos de agua, donde nacen y se reproducen los zancudos anofeles. Estos son reservorios donde se inicia el proceso de infección. Algunos zancudos contaminados con los microorganismos que ocasionan el paludismo, pican a los humanos en la penumbra de la noche. Como puede verse, las variables descriptivas sobre el origen del paludismo en ambas medicinas son confluyentes. En consecuencia, se planteó que podrían llevarse a cabo acciones conjuntas que recogieran los planteamientos de las dos medicinas.

Las autoridades indígenas pertinentes propusieron que se contactara a un payé para que comenzara a comunicarse con el mundo invisible y tratara de volver a poner en su lugar la tapa de la tinaja de la que provenían las energías negativas para la salud. Pese a que se tomaron las medidas respectivas, el problema de los zancudos y de los humanos portadores y transmisores del paludismo continuó. Por parte de la medicina occidental, se tomó la medida

del aislamiento, es decir, cercar por todos los lados al sospechoso de portar paludismo. Para ello, se le protegió con una malla fina o toldillo, con el fin de que no lo picaran los zancudos y se siguiera así transmitiendo la enfermedad. Tradicionalmente, los indígenas habían utilizado el aislamiento como medida profiláctica pero aquí se propuso que en lugar de mantener a las personas alejadas geográficamente de la comunidad, se les protegiera con un toldillo.

Dado que la epidemia de paludismo estaba tomando características de pandemia, los indígenas también reflexionaron en torno a la problemática de cómo detectar a los sospechosos de portar paludismo: ya se había puesto en marcha el control social inicial de las personas que posiblemente “traían” paludismo, a las cuales se aislaba dentro de un toldillo. Sin embargo, mantener aislada a una persona indefinidamente no era humana ni económicamente conveniente. Por lo tanto, se necesitaba detectar en forma segura a los portadores del paludismo para poder administrarles un tratamiento idóneo antes de que entraran a una etapa de la enfermedad peligrosa para su vida. A raíz de esto, se resolvió que los gestores de salud, auxiliares y promotores indígenas institucionales aprendieran a ver el paludismo en microscopio para contribuir en la detección del microorganismo y así establecer una interacción entre las dos medicinas que permitiera administrar el tratamiento apropiado, sobre todo en épocas de epidemia. Sin embargo, la estrategia que se privilegió fue la medida de aislamiento utilizando toldillos.

Para poder llevar a cabo la acción de aislamiento, los miembros de los pueblos indios solicitaron que el Servicio Seccional de Salud les regalara los toldillos. No obstante, el Servicio conceptuó que esta medida resultaba antieconómica y paternalista y que no se movía en las líneas del etnodesarrollo. Por ello, se propuso que lo más conveniente era que los indígenas fabricaran y distribuyeran



sus propios toldillos. En consecuencia, se promovió la creación de costureros comunitarios manejados por las mujeres de los asentamientos indígenas. En unos casos, el Servicio de Salud subsidió la tela y el hilo. En otros, fueron las mismas organizaciones indígenas las que compraron las telas y las máquinas de coser. Los toldillos producidos se vendieron o se hizo trueque con ellos. El producto de la venta se utilizó para pagar a las costureras comunitarias y comprar materia prima (tela e hilo). A partir de este proyecto se comenzaron a gestar microempresas diseñadas para satisfacer las necesidades de los indígenas, las cuales además de contribuir a mejorar un problema de salud concreto les dieron a las mujeres la oportunidad de participar activamente en la solución no sólo del problema de salud sino económico: por su trabajo en la fabricación de los toldillos se les pagaba un dinero. Las microempresas comunitarias de salud fueron asesoradas por los equipos extramurales de promoción de la salud y partieron de las iniciativas del trabajo conjunto de la institución y los indígenas de la zona.

Combinando los recursos culturales propios y ajenos apropiados, a través de un proceso participativo de toma de decisiones, se pudo controlar el paludismo en la zona de Villa Fátima, el río Paca, el alto Papurí y el Vaupés medio. En el momento actual, el proceso de control del paludismo se está iniciando en el alto Vaupés.

El proyecto de ambientes hospitalarios propicios

Dado que con frecuencia se observaba la tendencia de los pacientes indígenas a abandonar el hospital antes de concluir el tratamiento médico correspondiente, conjuntamente con las comunidades indígenas del Vaupés se decidió que era importante analizar las causas que provocaban dicho abandono. Fue así como se dio inicio a una investigación, cuyo fin operativo último era conocer las razones por las cuales los indígenas no soportan permanecer

en el hospital el tiempo requerido, y formular alternativas de solución a esta problemática que definitivamente afecta la situación de salud de los indígenas del Vaupés. Los resultados generales que arrojó la investigación fueron los siguientes:

- * En el proceso de curación de los indígenas es importante que la familia permanezca a su lado. Tradicionalmente, para los indígenas es necesario que la familia se quede al lado del enfermo durante su recuperación. Esto se debe a que la enfermedad en su cultura no se concibe como un problema individual sino como un problema familiar y social.
- * Para los indígenas el hecho de que el hospital y los cuartos sean cerrados y en cemento es una amenaza a su seguridad. Según ellos, corren el riesgo de ser agredidos síquica o físicamente por los espíritus de las personas que han muerto allí y que, de acuerdo con sus creencias, quedan atrapados en el edificio. Este amenaza proviene no sólo de los pacientes muertos sino de sus parientes, ya que estos últimos pueden lanzar maldiciones para vengar su muerte. Los pacientes indígenas hospitalizados creen que tales maldiciones pueden afectarlos.
- * Los pacientes indígenas mayores, y algunos jóvenes, manifiestan que uno de los principales problemas que afrontan es la atención por parte de mujeres menstruantes o embarazadas, ya que si éstas los miran o les ponen inyecciones o vacunas les pueden agravar el dolor e inclusive matarlos²⁷.
- * Los pacientes indígenas no toleran bien la alimentación que se ofrece en el hospital. De acuerdo con sus creencias, para aliviar algunas enfermedades es preciso que el enfermo guarde una dieta especial de ayuno que en ocasiones se hace extensiva a su familia. El paciente ayuna para limpiar su cuerpo y muchas veces se ayuda con vomitivos que aceleran la purifi-

²⁷. Esta creencia responde al mito del Yuruparí en lo relacionado con el cambio de posesión de este por el hombre y no por la mujer.

cación. Para los nutricionistas occidentales estas prácticas representan un grave problema de cara a la rehabilitación de los pacientes que padecen de enfermedades infecciosas, puesto que este tipo de dolencias necesita una alimentación hiperproteica.

* Otro de los problemas que aquejan a los indígenas hospitalizados, especialmente a los mayores y algunos chamanes, es la alimentación a base de carnes gordas o fritas. Parece que el olor que producen estos alimentos produce ciertas reacciones síquicas en las personas mencionadas, que afectan su salud.

Con base en los resultados generales de esta investigación se decidió trabajar en los propósitos siguientes:

* En primer lugar se vio la necesidad de construir una maloca al lado del hospital para permitir que los familiares del enfermo permanezcan cerca de él y su recuperación pueda así llevarse a buen término. Definitivamente, el hecho de sentirse acompañados por sus familiares puede atenuar en parte la inseguridad que a los indígenas les produce sentirse encerrados en los cuartos de un hospital.

* El problema de la alimentación se ha tratado de solucionar estableciendo, en trabajo conjunto con los indígenas, cuáles son los alimentos mínimos que consumen en los casos de enfermedad. Estos alimentos son, por lo general, derivados de la yuca brava, sardinitas y algunas clases de insectos. Con la ayuda de una nutricionista se ha tratado de balancear la alimentación diaria de los indígenas sin violentar sus prácticas culturales.



Ejemplo de utilización de un recurso propio

En una reunión con un equipo de promoción extramural de salud, el pueblo de misión Cubeo de Puerto Vaupés manifestó que uno de los problemas para mantener agua hervida permanentemente en los hogares indígenas era la falta de ollas grandes, capaces de guardar una cantidad suficiente de agua de buena calidad. Inicialmente, los indígenas propusieron que el Servicio Seccional de Salud les regalara ollas de aluminio gigantes a cada familia. Al reflexionar sobre esta propuesta, el equipo extramural encausó el debate hacia la comparación entre los recipientes modernos y los cántaros de barro utilizados tradicionalmente por los indígenas para almacenar líquidos. El análisis comunitario demostró que los cántaros tradicionales mantienen el agua muy fresca y, además, que las comunidades podían fabricarlos utilizando recursos de la región. Sin embargo, a algunos representantes del pueblo indígena esta solución no les pareció buena pues argumentaban, de un lado, que ellos ya no producían estos cántaros y, de otro, que las ollas de aluminio era mejores. Finalmente, y luego de discutir el tema a profundidad, la comunidad misma, al mando del capitán, decidió que iba a utilizar sus cántaros tradicionales porque comparativamente eran mejores que las ollas de aluminio. Para ello, decidieron colaborarles a las mujeres²⁸ en el proceso de elaboración de los cántaros. La organización también designó algunos de sus representantes para impulsar la utilización de los utensilios. Actualmente, cada familia posee su propio recipiente para almacenar agua hervida, la



²⁸. La mujer es la artífice de la elaboración de la alfarería en el Vaupés.

comunidad la está consumiendo y la organización comunitaria se encarga de promocionar permanentemente su utilización. Este es un ejemplo, descrito en forma breve, de utilización de recursos propios por parte de los pueblos de misión de Puerto Vaupés y Yaburú, para consolidar un comportamiento ajeno a la cultura indígena (consumo de agua hervida). Los recursos propios puestos en marcha fueron los siguientes:

- * Recursos materiales: el barro especial para hacer alfarería y la forma en que la mujer lo transforma en utensilios pertenecen a la categoría de recursos materiales propios.
- * Recursos de organización: en este caso la comunidad movilizó su propia organización tradicional dirigida por el capitán y los notables de la comunidad (como los profesores) como agentes dinamizadores de la solución implementada.
- * Recursos intelectuales: la forma especial de fabricar ollas de barro implica conocimientos muy elaborados transmitidos de generación en generación.
- * Recursos simbólicos y emotivos: en el proceso de alfarería las mujeres tienen que cumplir con una serie de recomendaciones míticas para trabajar el barro y de esta forma mantener una relación adecuada con el elemento tierra, que representa a la madre naturaleza. Además, algunas tinajas llevan pinturas y dibujos simbólicos que muestran el sentido de pertenencia ideológica del grupo.

Con este ejemplo se muestra cómo la utilización de los recursos culturales propios para potencializarlos y/o adecuarlos a las necesidades de salud es positiva, siempre y cuando la comunidad tome la decisión consciente de participar.



Ejemplo de adaptación de un recurso ajeno

En el poblado de Bellavista la comunidad había priorizado como su principal problema la falta de una motobomba que la abasteciera permanentemente de agua. Para trabajar esta necesidad sentida se dio inicio a una etapa de sensibilización en torno a lo expresado por los habitantes de dicha población. En esta etapa, el diálogo conjunto se orientó a establecer qué era para los indígenas una motobomba y qué beneficio pensaban encontrar en ella. Así mismo, se trató de establecer la relación entre calidad del agua, uso del agua y salud. Las respuestas que los indígenas dieron en cuanto a las preguntas planteadas pueden sintetizarse así: “Nosotros usamos el agua del río y de los caños para poder vivir”, “Para que no nos haga daño el agua, el cumú y el payé la rezan”, “Las aguas del río no son buenas para tomar porque hay más gente reunida ahora y ensucian el agua con excrementos, basuras, venenos resultantes del proceso de elaboración de la base de coca y otras cosas que dañan el agua destinada para tomar”, entre otras.

Después del diálogo, la comunidad se dio cuenta de que tomando agua del río puede aumentar el riesgo de enfermar y morir. Igualmente se formularon preguntas enfocadas a establecer la relación entre la utilización de un sistema de bombeo y la calidad del agua. Finalmente, después de analizar las ventajas y desventajas económicas y técnicas de un sistema de este tipo, se concluyó que era difícil conseguir el combustible para mantenerlo funcionando. Así mismo, se planteó que era necesario organizarse comunitariamente para implementar y controlar la utilización de la motobomba. Fue así como surgieron diversas inquietudes acerca de otra forma de recolección de agua de buena calidad acorde con una tecnología apropiada al medio.

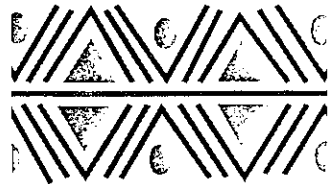
Las siguientes reuniones estuvieron encaminadas a analizar cómo había sido históricamente el consumo de agua entre el pueblo indígena. Para este análisis se utilizaron preguntas como las siguientes: “¿Cómo es el consumo de agua en la actualidad y cómo fue en otros tiempos?” “¿Qué influencia podría tener en la salud futura de

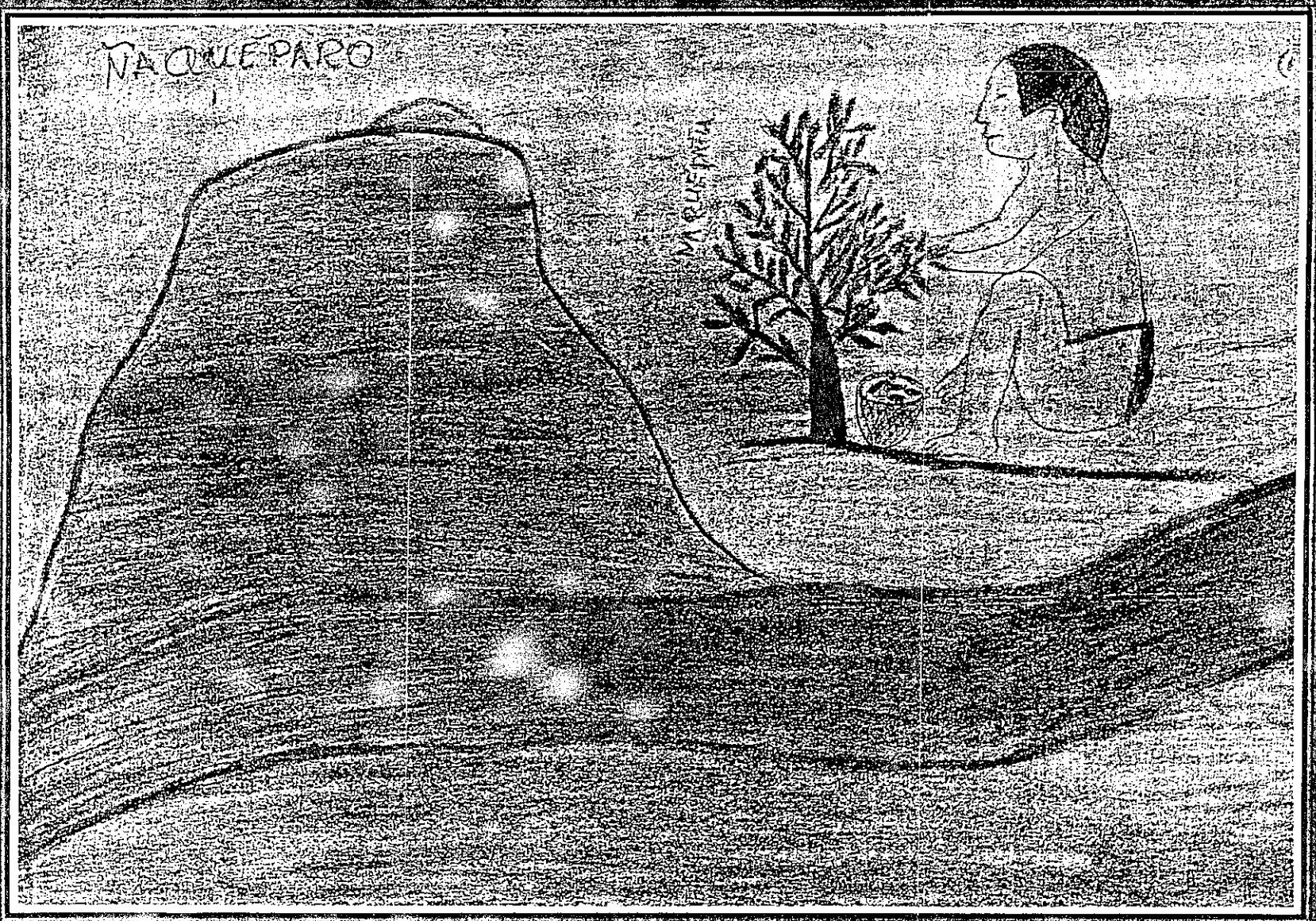
la comunidad el manejo de agua de buena calidad?" En este análisis se relievó la forma de vida tradicional de los indígenas y se la comparó con la vida actual en los poblados de tipo occidental. Uno de los aspectos destacados fue el relacionado con el cambio de vivienda tradicional (la maloca) por las viviendas de tipo unifamiliar que predominan en la zona actualmente. Se pudo ver que la maloca tradicional cumplía una función importante en el mantenimiento del medio ambiente. La forma de vida que se organizaba en torno a ella le permitía a la naturaleza reciclar los desechos y excrementos depositados por sus habitantes.

Uno de los principales problemas detectados fue que las comunidades actualmente habitan en viviendas diferentes a las tradicionales pero siguen teniendo prácticas culturales tradicionales en lo que se relaciona con el manejo de desechos (como defecar al aire libre). Actualmente, no se dan las condiciones para que la naturaleza recicle la materia fecal y esto provoca que sea arrastrada por la lluvia hasta los riachuelos, contaminando el agua de consumo diario. En el diálogo con los indígenas también surgieron planteamientos en torno a la forma tradicional en que ellos hacen potable el agua que beben. De acuerdo con la cultura indígena, el agua se libera de posibles elementos contaminantes por medio de un rezo especial, ejecutado preferiblemente por el médico tradicional. De otro lado, desde el punto de vista occidental se planteó que en un asentamiento con una densidad de población relativamente alta, ubicado en un clima de selva tropical húmedo, es bastante posible que tengan incidencia gérmenes patógenos tropicales producto de una falta de relación higiénica con el medio. En estos casos, es probable que el rezo no pueda cubrir efectivamente agentes patógenos diferentes a los que los indígenas están acostumbrados a tratar con sus medios tradicionales.

Reflexionando sobre estos puntos de vista se llegó a la conclusión de que era posible trabajar la problemática del agua teniendo en cuenta elementos complementarios de los dos tipos de medicina: la tradicional indígena y la occidental. Las soluciones planteadas al problema de agua para este pueblo fueron las siguientes:

- * Se propuso que los indígenas volvieran a vivir en malocas tradicionales, con un espacio mínimo de dos kilómetros entre una y otra. Esta solución fue cuestionada pues no se consideró viable dadas las condiciones actuales.
- * En vista de que la solución anterior fue rechazada y dado que en la selva llueve constantemente, se decidió conseguir tanques para la recolección de agua potable. Algunos chamanes manifestaron que de todas maneras era conveniente "rezar" el agua por intermedio de los cumús del pueblo. Esta decisión se socializó en una asamblea general y zonal y se acordó concretarla por escrito y enviar el documento al Servicio de Salud para que contribuyera en su ejecución.





BIBLIOGRAFÍA

BONFIL, Guillermo et al. *América Latina: etnodesarrollo y etnocidio*. FLACSO. San José, 1982.

BONFIL, Guillermo. *Ponencia sobre el etnodesarrollo*. Reunión de expertos de UNESCO. San José, 1981.

CASTILLO, Mario. *Las asociaciones privadas del desarrollo*. DESCO. Lima, 1982.

CONVENIO COLOMBO-HOLANDES Y SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUÉS. *Evaluación interna del Servicio Seccional de Salud del Vaupés*. Bogotá, 1985.

CONVENIO COLOMBO-HOLANDES EN SALUD. *Experiencias en atención primaria*. Bogotá, 1981.

CORREA, Francois. *Amazonía colombiana. Organización social en el noreste del Amazonas*. Colombia, 1984.

CORREA, Francois. *Indígenas de la Amazonía y su participación en el desarrollo regional*. Mocoa, 1988.

CORREA, Francois. *Por el camino de la anaconda remedio*. Universidad Nacional/Colciencias. Bogotá, 1996.

COTES BENÍTEZ, Miriam. *Lineamientos de educación para la salud con comunidades indígenas*. Ministerio de Salud. Bogotá, 1996.

DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANEACIÓN. *Aplicación experimental de un modelo de educación para Territorios Nacionales*. Bogotá, 1980.

DUARTE, Luis Enrique. *Proyecto radargramétrico del Amazonas. Principales plantas de la Amazonía colombiana*. Bogotá, 1979.

DUSSEL, Enrique. *Filosofía de la producción*. Nueva América. Bogotá, 1984.

ESCOBAR, Ernesto. *La investigación-acción en la Costa Atlántica. Evaluación de La Rosca, 1972-1984*. Cali, 1984.

ESPINOSA RESTREPO, HELENA. *Municipios saludables por la paz*. Documento en computador. Ministerio de Salud. Bogotá, s.f.

ESTRELLA, Eduardo. *La práctica médica aborígen de la Sierra Ecuatoriana*. Época. Quito. 1978.

FALS BORDA, Orlando et al. *Investigación acción participativa en Colombia*. Punta de Lanza. Bogotá. 1986.

FALS BORDA, Orlando. *Ciencia propia y colonialismo intelectual*. Punta de Lanza. Bogotá. 1976.

FALS BORDA, Orlando. *Historia doble de la Costa*. Carlos Valencia Editores. Bogotá. 1980.

FALS BORDA, Orlando. *La ciencia y el pueblo*. Ponencia presentada en el Primer Foro Mundial de Investigación Participativa. Ljubljana, 1980.

FALS BORDA, Orlando. *Por la praxis: el problema de cómo investigar la realidad para transformarla*. Ponencia presentada en el Simposio Internacional de Cartagena, 1978. Cartagena. 1978.

FALS BORDA, Orlando; BRANDAO, Carlos. *Investigación participativa*. La Banda Oriental. Montevideo, 1987.

FEYERABEND, P. *Contra el método*. Península. Barcelona, 1974.

FOUCAULT, Michel. *La arqueología del saber*. Siglo XXI. México, 1970.

FREIRE, Paulo. *Pedagogía del oprimido*. América Latina. Bogotá, 1970.

GARCÍA, Hernando. *Flora medicinal colombiana*. Instituto de Ciencias Naturales. Bogotá, 1975.

GRAMSCI, Antonio. *La formación de los intelectuales*. América Latina. Bogotá, 1976.

GUEVARA GARZÓN, Juan. *Articulación de la medicina tradicional en la prestación de servicios institucionales de salud en el Vaupés*. Ponencia presentada en el Cuarto Congreso de Antropología. Instituto Colombiano de Antropología, Villa de Leyva. Bogotá, 1988.

GUEVARA GARZÓN, Juan. *Etnodesarrollo y medicina indígena ecológica*. Gente Nueva. Bogotá, 1988.

GUEVARA GARZÓN, Juan. *Impacto de los programas institucionales de salud en el pueblo indio del Vaupés*. Ponencia presentada en el Foro de

Evaluación de los Programas Institucionales de Salud en la Amazonía. UNIANDES. UNAMAS. UNESCO. Bogotá, 1996.

GUEVARA GARZÓN, Juan. *Introducción a la atención primaria con participación comunitaria en el Vaupés*. Gente Nueva. Bogotá, 1987.

GUEVARA GARZÓN, Juan. *Programas adelantados por el Servicio Seccional de Salud del Vaupés*. Ponencia presentada en el Segundo Congreso de Salud para Comunidades Indígenas, Valledupar. Mitú, 1983.

GUEVARA GARZÓN, Juan. *Resumen del esquema operativo de promoción y etnoeducación en salud familiar y comunitaria para las comunidades indígenas*. Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Mitú, 1996.

GUEVARA GARZÓN, Juan; ALVAREZ, Jaime. *Diagnóstico sociocultural y de salud de la zona del alto Tiquié*. Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Mitú, 1982.

HALL, B. "La creación del conocimiento. La ruptura del monopolio. Método de investigación, participación y desarrollo". En: *Ciencias Sociales II*. Bogotá, 1978.

ICAN, ICBF. *Antropología de la socialización entre grupos indígenas*. Bogotá, 1990.

ICAN, ICBF. *Atención a la familia indígena. Documento marco*. Bogotá, 1988.

ICAN, ICBF. *Grupos étnicos y etnodesarrollo. Un marco conceptual para el desarrollo institucional*. Bogotá, 1990.

ICAN, ICBF. *La familia indígena*. Bogotá, 1992.

ICAN, ICBF. *Propuesta metodológica para el fortalecimiento de la socialización endógena entre comunidades Cubeo y Tikuna de la Amazonía colombiana*. Bogotá, 1987.

JIMENO, Miriam; TRIANA, Adolfo. *Estado y minorías étnicas en Colombia*. Gente Nueva. Bogotá, 1965.

LOBO GUERRERO, Miguel; HERRERA, Xochitl. *Antropología médica y medicina tradicional en Colombia. Temario, guía y bibliografía anotada*. Centro Cultural Jorge Eliécer Gaitán. Bogotá, 1982.

LUNA, Luis Eduardo. "Conceptos de plantas que enseñan, entre cuatro chamanes mestizos de Iquitos, Perú". *Revista Colombiana de Antropología*, 1982-1983.

- MAHÉ, André. *Las medicinas diferentes*. Plaza y Janés. Barcelona, 1972.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. *Diez años de etnoeducación*. Bogotá, 1996.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. *Etnoeducación: conceptualización y ensayos*. Bogotá, 1990.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. *Lineamientos generales de educación indígena*. Bogotá, 1987.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. *Plan decenal de educación*. Bogotá, 1996.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. *Cultura y lengua*. Bogotá, 1988.
- MINISTERIO DE GOBIERNO. *De los territorios indígenas a las Entidades Territoriales Indígenas*. Bogotá, 1993.
- MINISTERIO DE SALUD. *Capacitación de promotores indígenas de salud*. Bogotá, 1988.
- MINISTERIO DE SALUD. *Política de salud para los pueblos indígenas. Borrador de trabajo*. Bogotá, 1996.
- OLIVERA, Mabel. *Participación de antropólogos en equipos educativos sanitarios*. Ministerio de Bienestar Social. Buenos Aires, 1971.
- OMS/OPS. *Iniciativa de salud para los pueblos indígenas. Plan de Acción del OPS/OMS para el impulso de la iniciativa en la región de las Américas*. Washington, 1995.
- OPS. *Lecturas de comunicación en salud*. Serie No. 20. Bogotá, 1996.
- PORTELA, H. "YU' CE". La medicina paéz". *Revista Otra América en Construcción*. Colcultura. Bogotá, 1991.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. *Constitución Política de Colombia*. Presidencia de la República. Bogotá, 1991.
- QUIJANO, A. "Comentario a Fals Borda". En: *Ciencias Sociales I*. Bogotá, 1978.
- REICHEL DOLMATOFF, Gerardo et al. *Medicina, chamanismo y botánica*. FUNCOL, 1984.
- ROLDÁN, Roque. *Fuero indígena colombiano, normas nacionales, regionales e internacionales, jurisprudencia, conceptos administrativos y pensamiento jurídico indígena*. Presidencia de la República. Bogotá, s.f.

SCHUTTER, Anton de. *Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de adultos*. CTC/FAL. México, 1981.

SERRANO, Hernado. *Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro*. Fundación Dag Hammrskjold. Santiago, 1996.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPÉS. *Análisis seccional del sector. Plan de salud, 1984-1986*. Mitú, 1983.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPÉS. *Diagnóstico de salud de extensión de coberturas en la Comisaría Especial del Vaupés*. Mitú, 1979.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPÉS. *Plan sectorial de salud, 1993-1996*. Mitú, 1993.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPÉS. *Plan Sectorial de Salud, 1997-2001*. Mitú, 1997.

TRIANA, Adolfo. *Estudio epidemiológico en comunidades indígenas en los Llanos Orientales*. FES. Bogotá, 1989.

TRIANA, Adolfo. *La autodeterminación de los países y la autonomía de los grupos étnicos*. Cuadernos del Jaguar. Bogotá, 1984.

VIO OROSSI, Francisco; VERA, Gianotten. *Investigación participativa y praxis rural*. Wit Jon de Mosca Azul. 1981.

ZUTTER, Pierre de. *Cómo comunicarse con campesinos*. Lima, 1978.

