

**Determinación social de la salud de la infancia indígena Embera-Chamí
de Riosucio, departamento de Caldas, Colombia**

Eduardo Lozano Ordoñez

Universidad de Manizales
Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud (CINDE)
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud
Manizales
2017

**Determinación social de la salud de la infancia indígena Embera-Chamí
de Riosucio, departamento de Caldas, Colombia**

Eduardo Lozano Ordoñez

Directora de Tesis

Beatriz Peralta Duque

Codirectora

Myriam Salazar Henao

Universidad de Manizales

Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud (CINDE)

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

Manizales

2017

Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud Maestría en Educación y Desarrollo Humano CINDE - Universidad de Manizales Maestría en Desarrollo Educativo y Social CINDE - Universidad Pedagógica Nacional Proceso de Sistematización del Conocimiento Producido en las Líneas de Investigación (Ficha de Procesamiento de las Investigaciones)				
1. Datos de identificación de la ficha				
Fecha de elaboración	Responsable de Elaboración Nombre: Eduardo Lozano Ordoñez		Tipo de documento	
			Tesis de maestría	
			Tesis de doctorado	
	Relación con el documento		Informe de investigación	
			Artículo	
	Autor del documento		Otros, ¿Cuál?:	
	Sistematizador			
	Estudiante de doctorado			
Estudiante de maestría				
Otro, ¿cuál?:				
2. Datos de identificación de la investigación				
Grupo(os) línea(as) de investigación donde fue desarrollada la investigación	Grupo(s)	Líneas(as)		
	Perspectivas políticas, éticas y morales de la niñez y la juventud	Socialización Política y Construcción de Subjetividades		
		Desarrollo Psicosocial		
		Construcción de las Paces		
		Infancias, Juventudes y Ejercicio de la Ciudadanía		
		Políticas Públicas y Programas en Niñez y Juventud		
	Educación y pedagogía: imaginarios, saberes e intersubjetividades	Educación y Pedagogía		
		Desarrollo Cognitivo-emotivo en Niños, Niñas y Jóvenes en Escenarios Sociales.		
		Infancias, Familias y Culturas		
		Ambientes Educativos		
		Desarrollo Humano		
Jóvenes, Culturas y Poderes	Gestión Educativa			
Jóvenes, Culturas y Poderes				
Otro grupo, ¿cuál?:				
Otra línea, ¿cuál?:				
Título	Determinación social de la salud de la infancia indígena Embera-Chamí de Riosucio, departamento de caldas. Colombia. 2017			
Autor(es/as)	Eduardo Lozano Ordoñez			
Tutor(a) co-tutor(a)	Beatriz Peralta Duque			
Año de finalización de la investigación	2017			
Año de publicación	2018			

3. Información general de la investigación	
Temas abordados	Determinación social de salud en resguardos indígenas, epidemiología crítica, evaluación de la situación de salud en población Embera-Chamí de Riosucio, Caldas, menor de 5 años
Palabras clave	Determinación social en salud, salud indígena, Embera-Chamí de Riosucio,
Preguntas que guían el proceso de la investigación	¿Cómo se expresa la Determinación social en la salud de los niños menores de 5 años de la población Embera Chamí de Riosucio y cómo se puede mejorar su salud basados en ella?
Fines de la investigación	Comprender la determinación social de la salud como una escuela y movimiento alternativo de salud pública en la comunidad indígena Embera Chamí del Municipio de Riosucio Caldas, buscando una nueva alternativa para solucionar los problemas de salud de estas microculturas.
4. Identificación y definición de categorías	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción: En esta tesis se fundamenta el análisis en la Epidemiología crítica, con énfasis en la determinación social de la salud la cual es una propuesta alternativa a la epidemiología clásica donde la idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. y este es el paradigma de base que se utiliza en este estudio de Epidemiología crítica (Breilh, 2013) o Escuela latinoamericana de Medicina social (p. 19). 2. Problema: La perspectiva de la interculturalidad en la salud y el tratamiento de las enfermedades, es la práctica que se observa actualmente en la población indígena de Riosucio. Caldas. El Sistema Nacional de Salud con el manejo administrativo de la medicina occidental, la cual cubre a los indígenas colombianos como población especial en un régimen subsidiado, es aceptado por la cultura indígena. Sin embargo, esto no ha conllevado a la desaparición de su propio concepto cultural de la enfermedad con sus médicos tradicionales y las parteras que aplican su cosmovisión de la enfermedad y su salud. No se observa un acercamiento entre las dos medicinas, pero tampoco un impedimento para que se practiquen simultáneamente sobre el mismo paciente si este así lo desea, y por ello la tradición continúa perdurando. Se observa compensación en las prácticas tradicionales, particularmente en el ámbito de las parteras tradicionales. (pp 28) 3. Revisión Teórica: Esta reflexión surge de la revisión de datos, hechos, relatos y documentos históricos que compendian memorias, discursos, alcances y tensiones de los modos de “lo indígena” que marca la herida historia de la conquista europea de las Américas como vínculo entre el presente y el pasado. El problema del sufrimiento -expresado en los distintos relatos en los que se evidencia desposesión territorial, pérdida de autonomía, lucha por la tierra y resistencia- permiten dar cuenta de un significado histórico, político, cultural y ético respecto a la salud indígena que es urgente reconocer. (pp 36) 4. Metodología: El enfoque de estudio es la epidemiología crítica, la cual abarca la investigación cualitativa y cuantitativa, considerando el contexto histórico-social del problema. Acoge instrumentos de la investigación cuantitativa, como los indicadores de salud, el número de población indígena en cada resguardo y la descripción que se hace sobre la dimensión general y la dimensión particular en el estudio. La investigación cualitativa utilizando la epidemiología crítica, es el eje de la investigación, en las todas las dimensiones, principalmente la particular e individual. 5. Resultados / Discusión: Recoge los resultados de las tres dimensiones estudiadas, general, particular e individual, realizando un análisis desde el punto de vista de las 4S (sustentabilidad, solidaridad, soberanía y saludable) de los 4 resguardos indígenas estudiados. 6. Conclusiones: Resumen de principales hallazgos. 	

5. Actores
<p>Población indígena de los resguardos indígenas Embera-Chamí del municipio de Riosucio, Caldas. Unidad de análisis son los resguardos indígenas San Lorenzo, Cañamomo-Lomapieta, La Montaña y Escopetera-Pirza. Unidad de trabajo son los grupos de comuneros, cabildantes y madres de los menores de 5 años de cada Resguardo citado. Los comuneros son la población indígena que habita en cada uno de los resguardos; los cabildantes son los líderes políticos y espirituales de estos resguardos; y las madres son las mujeres que viven en cada uno de estos resguardos y que actualmente tienen un hijo menor de 5 años.</p>
6. Identificación y definición de los escenarios y contextos sociales en los que se desarrolla la investigación
<p>Se identifica el resguardo como el escenario donde se desarrolla la investigación. El resguardo es el territorio reconocido a una etnia indígena por el gobierno nacional, con atribuciones especiales desde el punto de vista político, y donde viven con un concepto de comunidad colectiva cada uno de los grupos indígenas. Son grupos Embera-Chamí y Embera-Katios, etnias propias de esta región y son principalmente en las zonas rurales, dispersos. Se identifica un contexto social, diferente a la urbana, y a la rural normal del país, por ser todos de una misma cultura, que implica una política, una demografía, una geografía, unas costumbres, unas creencias y una medicina propia de cada resguardo. La identificación de líderes políticos o cabildantes propios de cada sector y líderes espirituales y de práctica de medicina tradicional propios, enriquece el contexto social de donde se realiza la investigación.</p>
7. Identificación y definición de supuestos epistemológicos que respaldan la investigación
<p>El concepto de determinación, en contraposición a la noción de causa, permite pensar el objeto de estudio de la salud colectiva. En lugar del determinismo causal, basado en la triada agente-huésped-ambiente utilizado comúnmente en la salud pública, se entiende la salud como lo plantea la salud colectiva de Breilh (1989), como un proceso salud-enfermedad desde la totalidad constituida por las formas específicas en que la sociedad se organiza y se reproduce política, económica y culturalmente (p. 70).</p> <p>De esta forma, el carácter social e histórico de la salud y la enfermedad puede explicarse asumiendo que son momentos de un mismo proceso; que, si bien tiene que ver con la plasticidad del organismo para responder “a través de sus condiciones de desarrollo”, también ocurre en un contexto de existencia de los individuos en la sociedad y en un momento de devenir histórico (p. 70).</p> <p>La causalidad probabilística según Humé (2012), puede explicarse a través de relaciones condicionales, según la necesidad y la suficiencia de los elementos que están presentes en la relación. De esta manera, dado que a la causa no siempre le sigue un efecto, se pueden establecer distintos tipos de relaciones (Rodríguez y Soto, 2011). (página 71)</p> <p>Según Kant (1996), el carácter objetivo de la causalidad solo puede ser explicado a priori, debido a que el concepto de causa se funda en el entendimiento porque, que A siga a B es una representación mental que hace posible conocer algo como objeto, donde la sucesión no es más que una representación de tiempo que permite organizar los fenómenos (p. 71).</p> <p>La causalidad como representación a priori es necesaria y universal; necesaria porque si tal concepto no estuviera formado en el entendimiento, antes de tener alguna experiencia no se podría conocer; y universal porque se aplica a todos los fenómenos de la experiencia. Por tanto, si el principio de causalidad no deriva de la experiencia, sino de la razón, es decir, es una determinación a priori, entonces no es posible establecer, a través de la medición de la sucesión de fenómenos en el tiempo, la causa de la enfermedad.</p> <p>En este caso, “determinar”, debe entenderse desde el punto de vista fenomenológico, es decir, agregar un predicado real a un concepto para ampliar su conocimiento. La determinación en este sentido no es una determinación real, sino lógica (p. 72).</p> <p>Un acontecimiento histórico no es algo que ha quedado atrás en el tiempo, sino que adquiere permanencia en y a través de la actividad humana, y es esta misma permanencia lo que hace que se continúe. Así, la enfermedad como determinación, no es sólo un acontecimiento que ocurre en el tiempo, sino que el tiempo transcurrido del sujeto en su entorno de producción y reproducción social es el que explica la presencia de la enfermedad.</p>

En la fenomenología de Heidegger determinación e historicidad son conceptos que permiten comprender al “ser-ahí” en su forma de ser cotidiana, como un ser que conoce no solo interiorizando los objetos de la experiencia, sino también expresando en los objetos su subjetividad (p. 76).

8. Identificación y definición del enfoque teórico

Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, de Morales et al (2013), enfrenta los conceptos de la determinación social y los determinantes sociales de la salud, reconoce que ambos conceptos tienen perspectivas ético-políticas. No obstante, estos conceptos conllevan rutas y apuestas divergentes, explicaciones distintas sobre la causalidad y el riesgo en salud, con implicaciones esenciales en las relaciones de poder, en la concepción de la ética y en la comprensión del proceso salud enfermedad. La determinación social asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social (p. 62).

Una de las características particulares de la población de Riosucio, Caldas, es la diversidad étnica en que está constituida. Aunque la etnia principal es la Embera-Chamí, por su historia se han asentado etnias como la afro descendiente y del grupo descendientes de colonos europeos, tanto de España, como de otros países. El mestizaje ha sido importante. Cada una de estas poblaciones y su cultura, ayudaron a instaurar en Riosucio y zonas aledañas, una multiculturalidad e interculturalidad, que aún se vive (p. 62).

La multiculturalidad, se define como la coexistencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico. Debido a las jerarquías tanto sociales como políticas, se crean conflictos y se menosprecian otras culturas. Este no es el objetivo de la multiculturalidad, sino por el contrario, es el de promover que todos tiene los mismos derechos. Pretende promover la igualdad y diversidad de las culturas. (De Castro Cid, 2003: p.304)

La interculturalidad es el intercambio o interacción de dos o más culturas a través del dialogo. A pesar de que existen diferencias entre diversas culturas, no existe ninguna cultura hegemónica, es decir por encima de otra. Todos son iguales en el sentido de derechos humanos (p. 63).

Los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro.

La aplicación de la interculturalidad en la salud y para el tratamiento de las enfermedades, es lo que se observa actualmente en la población indígena de Riosucio, y prácticamente en todas las culturas indígenas del país. El sistema nacional de salud, sus hospitales y lo que implica la medicina occidental, es aceptado por la cultura indígena, sin embargo, esto no desplaza, su propio concepto cultural de la enfermedad.

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad (p. 64).

9. Identificación y definición del diseño metodológico

El enfoque de estudio es la epidemiología crítica, la cual abarca la investigación cualitativa y cuantitativa, considerando el contexto histórico-social del problema. Acoge instrumentos de la investigación cuantitativa, y de la investigación cualitativa utilizando la epidemiología crítica, que es el eje de la investigación. Según Breilh usa la narrativa meta crítica que se basa en una propuesta intercultural en la que se evidencia una estrecha relación entre la construcción de esa epidemiología crítica y una concepción emancipadora de la praxis, y no simplemente un nuevo arreglo de viejas ideas y fórmulas funcionalistas (p. 80).

La determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales de nuestra propuesta para una epidemiología crítica, que se enunció in extenso por primera vez en 1976/77 y luego en diversas obras que se han sumado a la de otros autores de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza.

El método es un movimiento dialéctico. Visto así el orden de las cosas, significa que la determinación social va en ese doble y opuesto movimiento, donde juegan un papel importante para el cambio tanto la resiliencia y la movilización individual que busca generar nuevas condiciones y se expande hasta adquirir una fuerza material colectiva; así como la Resiliencia de las formas sociales generales (lógica de acumulación, poder político y cultura) que tiende a reproducir su esencia. Es decir, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, se reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos individuales, su curación y la prevención individual o colectiva (p. 81).

Metodológicamente se observa el despliegue de dos momentos; uno de orden cuantitativo y otro del orden cualitativo, que en este caso corresponden al análisis y explicación de las condiciones que se observan en la salud de los niños y niñas menores de 5 años de la población indígena Embera-Chamí, de Riosucio, Caldas. Es decir; se indaga, desde una dimensión general, particular e individual, entrando de lo general a lo específico y de la vía contraria, como lo muestra la figura- 2 a continuación. Se observa también una relación entre la naturaleza y la sociedad, que se determina como metabolismo y son los procesos que inciden de una u otra forma, en los espacios de cada sector (p. 83).

Esto implica reconocer la forma de valoración cualitativa de la población en estudio, y en cada dimensión identificar lo que se llama las 4S en este paradigma, que son la Sustentabilidad, Soberanía, Solidaridad y la Seguridad. Cada dimensión (General, Particular y Singular), tiene unos conceptos propios, a los cuales se les aplica estas 4S para interpretar y analizar como en la dimensión se está apoyando o deteriorando el espacio estudiado,

Estos procesos críticos de la determinación social, pasan entre estos espacios de ida y vuelta (p. 84).

10. Identificación y definición de los principales hallazgos (empíricos y teóricos)

1. El contexto general que incluye los conceptos e información histórica, política, económica, social y cultural incide en los parámetros particulares e individuales actuales de los resguardos indígenas y los menores de 5 años de su comunidad.
2. No existe un contexto único en los resguardos indígenas Embera-Chamí estudiados
3. Se identificó que las diferencias entre resguardos, radican en el proceso de traslado de las culturas indígenas a nuevos territorios, de la interculturalidad entre etnias indígenas y de la interculturalidad de diferentes grupos étnicos como los descendientes de los europeos, así como los afro descendientes.
4. Se identifica no solo el fenómeno de la interculturalización, sino el de la transculturización en algunos de los resguardos indígenas de Riosucio que se manifiesta en la pérdida del lenguaje, de la vestimenta, y la incursión de conceptos ajenos a su propia cultura, impuestos por el mismo Estado y entidades del estado.
5. Aunque en la dimensión general se respetan los derechos indígenas reconocidos por el Estado basados en leyes estatales, a nivel particular se nota dificultad en la práctica de los derechos propios indígenas como son la autonomía para decidir sobre su territorio, el derecho a regir éste y a manejar las políticas propias.
6. Los resguardos conservan aun algunas de las tradiciones ancestrales, principalmente en lo que se refiere a la medicina tradicional, los cabildos y justicia propia de sus culturas. El apoyo a estos procesos es destacado en unos más que en otros resguardos.
7. Las organizaciones unificadas como ASOMETROC, que reúne médicos tradicionales y parteras, son una manera propia de conservar además de la filosofía de la cultura indígena los usos y costumbres por lo que son los mejores gestores para el mantenimiento de estos saberes.
8. La Medicina occidental conserva en Riosucio el concepto positivista de la función de la medicina, sin embargo, sus actores reconocen la existencia de la Medicina tradicional y sus protagonistas, pero no se observan procesos de trabajo en conjunto
9. Dentro de lo particular, se identifica un modo de vida influenciado de forma similar en todos los resguardos, en lo que se refiere el patrón laboral, el consumismo y la forma de interpretar la naturaleza y sociedad.
10. En la dimensión individual enfocado hacia los niños menores de 5 años, el itinerario típico del niño, el patrón personal de la vida diaria de ellos, las concepciones y valores personales y la capacidad de defensa de la salud, se enfocan hacia dos frentes. El primer frente es el aportado por los padres del niño, que nace de las

<p>tradiciones ancestrales parcializadas, pero apoyados por los principios de su cultura y los protagonistas generales de los resguardos, como lo son el cabildo y la medicina tradicional.</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. El itinerario ecológico personal se conserva en todos los resguardos con los niños menores de 5 años y se gestiona dentro y fuera de la escuela. 12. El perfil epidemiológico en los niños menores de 5 años, está basado en los parámetros de la Medicina occidental y destaca fallas en enfermedades infecciosas y nutricionales. 13. La base de la dimensión singular o individual en los indígenas menores de 5 años, es el genotipo y fenotipo propio de la etnia Embera y los mestizajes presentados con los descendientes europeos y los afro descendientes, sin embargo, la determinación espacial, de costumbres, de servicios, y culturales, resultan en un estado de salud individual y colectivo, influenciado por múltiples determinaciones sociales en salud. 14. Existe una subsunción clara, de las políticas occidentales con respecto a las políticas propias indígenas, a pesar de la conservación de muchos parámetros de la cultura indígena. Sin embargo, se ve como la generalización que debe ir hacia la individualidad, desde el punto de vista propio indígena, no existe; tampoco existe la vía contraria de lo individual hacia lo general, hasta ahora se está comenzando a desarrollar, el SISPI en su mejor manifestación. 15. Si existe una generalización hacia lo individual desde el punto de vista de parámetros de medicina occidental y de las políticas Nacionales para la infancia hacia lo municipal refuerzan este proceso, apenas comienza el desarrollo de políticas públicas desde la comunidad. 16. El espacio de los diferentes resguardos y el municipio de Riosucio se presta para un replanteamiento del sistema de salud inicialmente, buscando mejorar los parámetros propios y occidentales de la población menor de 5 años. 17. Se observa la necesidad de una conceptualización más amplia y abierta que pueda permitir estudiar y analizar la situación actual en la salud y otras áreas, en los Resguardos indígenas en Colombia. Esta investigación propone, que a raíz de lo observado en este estudio, un Observatorio indígena nacional, sería el mejor instrumento para desarrollar y lograr resultados de iniciativa propia de los pueblos indígenas y hacia los pueblos indígenas. (p. 263-267).
<p>11. Observaciones hechas por los autores de la ficha</p>
<p>La investigación es un trabajo de la línea política, pero que se sale de los parámetros de las investigaciones y las metodologías normales, ya que asume una metodología innovadora, social, que permite un acercamiento mayor al espacio general como individual de un grupo estudiado.</p> <p>Se identifica escasez en la investigación analítica en las comunidades indígenas.</p> <p>En esta ficha se debería especificar Categorías en el punto 4.</p>
<p>12. Bibliografía citada en la investigación</p>
<p>Alarcón, A. M., Vidal, A. y Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. <i>Revista Médica de Chile</i>; 131(9), 1061-1065.</p> <p>Alcaldía de Riosucio. (Febrero 1, 2014). Alcaldía de Riosucio de Caldas. Recuperado de http://www.riosucio-caldas.gov.co/informacion_general.shtml</p> <p>Álvarez, B. y Danvid, N. (2014). Presentación “Catedra abierta en seguridad social y salud; De la salud indígena”. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.</p> <p>Breilh, J., La salud-enfermedad como hecho social. En: <i>Deterioro de la vida en Ecuador</i>. Quito: CEAS; 1989.</p> <p>Breilh, J., (2003). <i>Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad</i>. Buenos Aires: Lugar Editorial.</p> <p>Breilh, J., (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. <i>Rev Medicina Colectiva</i>; 6(1): 83-101.</p> <p>Canon, R., (2008). The Social Determinants of Health SACOSS, Information Paper December 2008. Policy & Research Analyst. South Australian Council of Social Service. Cardona Arias J. (2012). Sistema médico</p>

- tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. Rev. salud pública. 14 (4): 630-643.
- Chaney, D. (1996). Estilos de Vida. Madrid: Talasa
- Clifford, J. (1995) [1983] Sobre la autoridad etnográfica, 39-77. En Dilemas de la cultura, Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna, Barcelona: Gedisa.
- Colprensa. (2013). Carnaval del diablo de Riosucio, una fiesta llena de historia. El País, 10.
- Cortes Muñoz, O. (2013) Interpretaciones de la migración y el desplazamiento Embera, el caso de familias Embera Katío en Bogotá, (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Crabtree, B. y Miller, W. (1992). Doing Qualitative Research, Research Methods for Primary Care, Volume 3, Thousand Oaks, United States: Sage Publications Inc.
- Gofin, J. (2006). Clásicos en Medicina Social Acerca de “Una práctica de medicina social”, escrito por Sidney y Emily Kark. Revista Medicina Social, Salud para Todos, 1(2), 25-33.
- Compendio de normatividad de los Resguardos indígenas en Colombia en relación con la Información estadística. Septiembre 15 de 2013. Recuperado de <http://190.25.231.237:81/gruposEtnicos/doc/NormatividadResguardosIndigenas.pdf>
- Definiciones de cultura, interculturalidad y multiculturalidad. Marzo 15, 2014. Recuperado de <http://mareikegornemann.worpress.com/2013/02/05/definiciones-de-culturainterculturalidad-y-multiculturalidad/> Descubrimiento de América. Octubre 2 de 2013. Recuperado de http://es.wikipedia.org/wiki/Descubrimiento_de_Am%C3%A9rica
- Evans, D. and Whitehead. (2001). The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). Challenging inequities in health: from ethics to action. Nueva York: Oxford UP, 2001.
- Díaz Piedrahita, (2009). La Real expedición botánica. Revista Credencial Historia, 240.
- Dirección Local de Salud. (2011). Perfil Epidemiológico Riosucio. Riosucio: Alcaldía Municipal.
- Domínguez Chávez, H. y Carrillo Aguilar, R. A. (2008). Los indígenas en la nueva sociedad colonial. Bogotá: Universidad Nacional Autónoma de México.
- El Estado en la Nueva España. Octubre 15 del 2013. Recuperado de http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/itam/estudio/estudio02/sec_25.html
- Estrada, John (2012) Panorama de la investigación sobre salud pública en Colombia: primeras aproximaciones. Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 30 Supl. 1, diciembre 2012; 82-85
- Etapas de la filosofía en la historia intelectual colombiana. Enero 10 2014. Recuperado de http://biblioteca-virtual-antioquia.udea.edu.co/pdf/8/8_694673843.pdf
- Fals Borda, Orlando (2010) Prospecto 1961. Revista Colombiana de Sociología; Vol. 32, núm. 2. (2009): 50° Aniversario de la Enseñanza de la Sociología en Colombia.; 13-43 22565485 0120-159X
- Fernández Christlieb, F. (2004). Antecedentes para el estudio cultural del paisaje Urbano en la Nueva España del Siglo XVI. [geopractico.org] Recuperado de http://www.geotropico.org/2_1_F-Fernandez.pdf
- Figueroa-Saavedra, Miguel. (2009). Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. Comunicación y sociedad, (12), 149-175. Recuperado en 08 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000200007&lng=es&tlng=es
- Foucault, M. (1979). Vigilar y Castigar, el nacimiento de la prisión. Nueva York: Vintage Books.
- _____. (1996). La vida de los hombres infames. La Plata: Ediciones Altamira.

- Franco, S. (2009). Determinación bionatural y social de la salud y atención primaria en salud: Reflexiones y sugerencias. Universidad Nacional de Colombia. Sexto Congreso Internacional de Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez Universidad de Antioquia Medellín.
- Frenz, P. (s.f). Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Recuperad de <http://www.minsal.gov.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>
- Fusco, S., Nolazco Gonzales, P., Orroño, M., Ortega, J., Zabaleta, F., Zuñiga, V.,(2003). Microculturas y transformación de la noción del sujeto. Universidad de Chile.
- Gonzales López, F. (2005). Conjuros y Hospitales. Historia Social de la Medicina en Caldas.
- Manizales: Gobernación de Caldas. Recuperado de:
<http://www.periodismo.uchile.cl/cursos/psicologia/archivos/03Microculturas.pdf>
- González, J., y Hernández, Z. (2003). Paradigmas Emergentes y métodos de investigación en el campo de la orientación.
- Carta sobre el humanismo, p. 25 (Cuadernos Tauros Trad. de R. Gutiérrez Girardot).
- Jean-Paul Grémy, Marie-Joelle Le Moan. Analyse de la démarche de construction de typologies dans les sciences sociales. Informatique et Sciences Humaines, 1977, Numéro spécial.
- Herrera Ángel, M. (1996). Ordenamiento Espacial de los pueblos de indios: Dominación y resistencia en la sociedad colonial. [icanh.gov.co] Recuperado de
http://www.icanh.gov.co/recursos_user/documentos/editores/202/Fronteras_02/Fronteras_02_04_articulo.pdf
- Historia del Iusnaturalismo. Octubre 4 de 2013. Recuperado de <http://iusnaturalismo.galeon.com/>
- Humé, D. (2012). La imposibilidad de un progreso en los sentimientos morales. Revista de Filosofía.
- Izquierdo Torres, B., Sekuinduwa A. (2007.) Políticas Públicas en salud para Pueblos indígenas en Colombia con enfoque intercultural (Maestría). Escuela Superior de Administración Pública, Bogotá D.C.
- Kant, I. (1996). Crítica de la Razón Pura. Tomo I. México: Colofón.
- La Medicina en la época Precolombina. Noviembre 5 de 2013. Recuperado de
<http://www.encolombia.com/medicina/academ/medicina/academ24360medicinaprecolombina.htm>
- La Medicina en la historia; culturas precolombinas. Noviembre 20 de 2103. Recuperado de
<http://www.revistacentromedico.org/ediciones/1997/1/?i=art9>
- La real Expedición Botánica 1783. Diciembre 20, 2013. Recuperado de
http://aplicaciones2.colombiaaprende.edu.co/concursos/expediciones_botanicas/ver_proyecto_de_aula.php?id=839
- Lalonde, M. A. (1974). New perspective on the health of the Canadians. Ottawa: Minister of supply and services of Canada.
- Ley 0160 de 1994. Septiembre 30 de 2013. Recuperado de
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1994/ley_0160_1994_pr002.ht ml
- Lip, C. y Rocabado, F. (2005). Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud. López Piñero, J.M. (1976) Medicina moderna y sociedad española. Siglos XVI al XIX. Valencia: Universidad de Valencia.
- Mattei, Olga Elena. (2015). El Encuentro de la Palabra de Riosucio: un legado formidable. El Mundo, pp.11
- Mayorga García, F. (2002). Derechos Humanos de las Indígenas. Las Instituciones Coloniales Fallaron en su Defensa. Revista Credencial Historia, 156.
- McKeown, T. (1972). An interpretation of the modern rise in population in Europe. Population Studies: A Journal of Demography, 26(3).
- Medical Systems. Enero 20 de 2014. Recuperado de <http://elane.stanford.edu/wilson/html/chap5/chap5-sect5.html>

- Miranda, N., Quevedo, E. y Hernández, M. (1993). Historia Social de la Ciencia en Colombia. Medicina. Tomo VIII, Bogotá: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias.
- Montero Bartolomé, M., (2000). Estilos y Modos de vida urbanos: Los procesos interculturales en las nuevas construcciones sociales de las identidades. Rev Documentación social, 119.
- Morales-Borrero C., Borde E., Eslava-Castañeda J., Concha-Sánchez S, (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev salud pública. 15(6):797-808
- Municipio de Riosucio. Febrero 15, 2014. Recuperado de <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/informacion%20de%20riosucio.pdf>
- OMS. (2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. OMS. CDSS. Documento de trabajo. [En línea]. 5 de mayo 2005. (Versión preliminar sin editar.) Recuperado de <http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php>
- Pellegrini, F. (2011). Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 2:S135-S140.
- Pineda Camargo, R. (2002). Estado y pueblos indígenas en el siglo XX. Rev. Instituciones y símbolos de Colombia; Credencial Historia, 146,
- Quevedo, E. (1993). Historia Social de la Ciencia en Colombia-Medicina. Tomo VII. Bogotá: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la ciencia y la tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias.
- Roberts, B., Odong, V. N., Browne, J., Ocaka, K. F., Geissler, W & Sondorp, E. (2009). An exploration of social determinants of health amongst internally displaced persons in northern Uganda. Recuperado de <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-3-10>
- Rodríguez, J. M. M.; Soto, E. C. J. (2011). Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. Ciência & Saúde Coletiva, 16(1), pp. 847-854. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/630/63018473016.pdf>
- Rojas Ochoa, F. (2009). Salud Pública, Medicina Social. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba. pp. 5-8.
- Sánchez Gutiérrez, E. y Molina Echeverry, H. (2010). Documentos para la historia del movimiento indígena colombiano contemporáneo. Bogotá: Ministerio de Cultura.
- Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública, 37(2).
- Sen A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Publica, 11(5-6), 302-309. Recuperado de Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002000500005&lng=en.
- Secretaría Local de Salud. (2011). Boletín Epidemiológico de Riosucio. Riosucio: Alcaldía Municipal de Riosucio.
- Solano, F. & Tzvetan, T. (1987). Proceso Histórico al Conquistador. Madrid: Editores Alianza.
- Tzvetan, T. (1987). La Conquista de América. El Problema del Otro. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Valdivia, M. (2009). Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. Recuperado de <http://www.grade.org.pe/download/pubs/externas/MV-Etnicidad%20como%20determinante.pdf>
- Vivas, J.R., Comesaña, A., Vivas, L.Y., (2007). Evaluación de las redes semánticas de conceptos académicos en estudiantes universitarios. Rev Psico-USF, v. 12, n. 1, p. 111-119, jan./jun.

- Whitehead, M., Dahlgren, G., Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. *ill;- Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press. pp. 309-322.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tracking social inequities in health. World Health Organization.
- Wilkinson R. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Londres: Roytledge.
- www.ugr.es/~rhuma/sitioarchivos/noticias/Indicadores.pdf
- <http://www.bvsde.paho.org/tutorialin/e/lecturas/walsh.pdf>
- <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/introductorios1.htm>
- <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf> http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/material-declase/bloque-ii/2.2_desigualdades_sociales_y_salud.pptx.pdf
- <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>
- http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/01/07/110752
- <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx> http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm https://prezi.com/6ljbc_0hzkpp/ley-691-de-2001/
- <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/07/determinantes-sociales-2012.pdf>
- https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf <https://redcolsaludcolectiva.wordpress.com/documento-programatico-de-la-rsc/> http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/los_determinantes_sociales_alames.pdf
- <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/febrero1993/febrero1.htm>
- http://www.urosario.edu.co/jurisprudencia/catedra-viva_intercultural/Documentos/ley_160_de_1994.htm

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Manizales, octubre 23 de 2017

Dedicatoria

A las comunidades indígenas y sus líderes asesinados y actuales, quienes siempre han luchado por una equidad y reconocimiento de su cultura Embera-Chamí en nuestro país, y a la memoria de mi padre quien siempre me estimuló el concepto de investigación para mejorar las condiciones de vida de la comunidad en general, y que espero continuar luego de este logro.

Agradecimientos

A la comunidad indígena Embera-Chamí de Riosucio, sus líderes o cabildantes, la comunidad en general, Asociación de Médicos Tradicionales y Parteras - ASOMETROC, Médicos del Hospital San Juan de Dios de Riosucio, el programa los Gobernadores de los cuatro resguardos, Asociación Caldense de Cabildos indígenas-ACICAL, nuestra amiga Lorena Vargas, que siempre ha sido un apoyo incondicional, la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador y la Dra. María Fernanda Soliz Torres por su apoyo en mi pasantía, mis Tutoras Beatriz Peralta y Myriam Salazar que fueron siempre una orientación continua, y finalmente la persona quien sin ella no hubiera culminado este trabajo, mi esposa Diana.

Tabla de Contenido

Introducción	36
1. Capítulo 1. Problema de investigación	42
1.1 Presentación	42
1.2 Antecedentes de la investigación	43
1.3 Planteamiento del problema.....	45
1.4 Pregunta del estudio.....	52
1.4.1 Objetivo general.....	52
1.4.2 Objetivos específicos	52
1.5 Justificación	53
1.6 Ética	54
2. Capítulo 2. Revisión teórica.....	56
2.1 Marco histórico	56
2.1.1 Aproximación histórica político-cultural.....	56
2.1.2 Aproximación histórica de la medicina	62
2.2 Contextualización de los estudios sobre los indígenas	66
2.2.1 Salud y enfermedades indígenas.....	67

2.2.2 Sistema de salud indígena.....	71
2.2.3 Derechos y políticas indígenas en Colombia.....	75
2.2.4 Sobre desplazamiento de indígenas	77
2.2.5 Interculturalidad y determinantes sociales en salud.....	78
2.3 Interculturalidad y medicina social.....	84
2.3.1 Contraste entre Medicina Anglosajona y Medicina Social Latinoamericana.....	90
2.4 Epistemología de la determinación social en salud	92
3. Capítulo 3. Metodología	103
3.1 Enfoque del estudio.....	103
3.2 Ética de la salud colectiva.....	110
3.3 Procedimientos de investigación.....	115
3.4 Caracterización de la unidad de trabajo o población	118
4. Capítulo 4. Resultados y discusión contextualización sociohistórica de los resguardos indígenas Embera Chamí en Caldas	123
4.1 Dimensión general	123
4.2 Aproximación histórica político regional	123
4.3 Aproximación histórica de la Medicina regional.....	128

4.4 Aproximación Político-Cultural por Resguardos.....	130
4.4.1 Organización Política del Resguardo.....	131
4.4.2 Resguardo Cañamomo Lomapieta.....	134
4.4.3 Resguardo indígena de San Lorenzo.....	136
4.4.4 Resguardo Escopetera Pirza.....	139
4.4.5 Resguardo Nuestra Señora Candelaria de la Montaña.....	141
4.5 Consideraciones Finales.....	145
5. Capítulo 5. Caracterización de la tipología de los modos de vida y establecimiento de procesos críticos de determinación social en salud, en los resguardos Embera-Chamí, Riosucio, Caldas - dimensión particular.....	148
5.1 Presentación	148
5.2 Modos de vida.....	148
5.3 Resguardo Cañamomo-Lomapieta	154
5.3.1 Concepciones de salud.....	156
5.3.2 Las condiciones grupales de trabajo	156
5.3.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo	160
5.3.4 La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales.....	162

5.3.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo	165
5.3.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo	167
5.4 Resguardo San Lorenzo	168
5.4.1 Concepciones de la salud.....	168
5.4.2 Las condiciones grupales de trabajo	171
5.4.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo	173
5.4.4 La Capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales.....	174
5.4.5 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo	178
5.5 Resguardo Escopetera-Pirza	179
5.5.1 Concepciones de la salud.....	179
5.5.2 Las condiciones grupales de trabajo	181
5.5.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo	183
5.5.4 La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales.....	185
5.5.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo.....	186
5.5.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo	188
5.6 Resguardo La Montaña.....	190

5.6.1 Concepciones de la salud.....	190
5.6.2 Las condiciones grupales de trabajo	192
5.6.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo	194
5.6.4 La Capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales.....	196
5.6.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo.....	197
5.6.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo	198
5.7 Asociación de médicos tradicionales y parteras - ASOMETROC	200
5.7.1 Concepciones de la salud.....	200
5.7.2 Las condiciones grupales de trabajo	201
5.7.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo	204
5.7.4 La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales.....	205
5.7.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo.....	207
5.7.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo	208
5.8 Medicina occidental.....	209
5.8.1 Concepto de la salud.....	209
5.8.2 Las condiciones grupales de trabajo	212

5.8.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo	217
5.8.4 La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales.....	219
5.8.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo.....	221
5.8.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo	223
5.9 Consideraciones finales	223
5.9.1 Concepto de la salud	223
5.9.2 Las condiciones grupales de trabajo	224
5.9.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo	228
5.9.4 La Calidad de las relaciones ecológicas del grupo	242
6. Caracterización de los estilos de vida cotidianos en salud en los menores de 5 años, en los resguardos Embera-Chamí, Riosucio, Caldas - dimensión singular o individual.....	253
6.1 Presentación	253
6.2 Resguardo de Cañamomo-Lomapieta	261
6.2.1 Itinerario típico personal del niño	261
6.2.2 Patrón familiar y personal de consumo.....	261
6.2.3 Concepciones y valores personales.....	263
6.2.4 Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud	264

6.2.5 Itinerario ecológico	264
6.3 Resguardo de San Lorenzo	266
6.3.1 Itinerario típico personal del niño	266
6.3.2 Patrón familiar y persona de consumo.....	267
6.3.3 Concepciones y valores personales.....	268
6.3.4 Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud	269
6.3.5 Itinerario ecológico	271
6.4 Resguardo de Escopetera-Pirza.....	273
6.4.1 Itinerario típico personal del niño	273
6.4.2 Patrón familiar y personal de consumo.....	273
6.4.3 Concepciones y valores personales.....	274
6.4.4 Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud	275
6.4.5 Itinerario ecológico	276
6.5 Resguardo de La Montaña	277
6.5.1 Itinerario típico personal del niño	277
6.5.2 Patrón familiar y personal de consumo.....	277
6.5.3 Concepciones y valores personales.....	278

6.5.4 Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud	279
6.5.5 Itinerario ecológico	279
6.6 Consideraciones Finales.....	281
7. Conclusiones y recomendaciones	287
7.1 Consideraciones finales	287
7.2 Recomendaciones	290
Bibliografía	293

Lista de Tablas

Tabla 1. Contrastes entre determinantes sociales en salud y determinación social en salud.....	90
Tabla 2. Determinación social de la salud: Visión panorámica de las dimensiones y categorías para el análisis de acuerdo al modelo de Epidemiología crítica.	114
Tabla 3. Matriz de procesos críticos.	115
Tabla 4. Objetivos específicos en el estudio.....	116
Tabla 5. Grupos focales por resguardos.....	120
Tabla 6. Matriz de procesos críticos-dimensión general.	145
Tabla 7. Descripción de las cuatro S's en la dimensión particular	150
Tabla 8. Matriz de procesos críticos-dimensión particular-modo de vida.....	247
Tabla 9. Tasas comparativas en población indígena y población no indígena.	255
Tabla 10. Tasas Comparativas entre Municipio-Departamento y Nación.....	256
Tabla 11. Matriz de Procesos críticos-dimensión individual-estilos de vida.....	286

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> La salud, noción polisémica.....	106
<i>Figura 2.</i> Modelo integrado.....	107
<i>Figura 3.</i> Procesos críticos en la determinación del vivir saludable.	108
<i>Figura 4.</i> Proceso de determinación social en salud.....	111
<i>Figura 5.</i> Epidemiología clínica.	112
<i>Figura 6.</i> División por Resguardos y Veredas de Riosucio, Caldas.....	132
<i>Figura 7.</i> Grupos de estudio.	152
<i>Figura 8.</i> Proceso de estudio en la dimensión particular.....	153
<i>Figura 9.</i> Red semántica de la dimensión particular por unidades de estudio.	154
<i>Figura 10.</i> Red semántica de cabildantes y comuneros del resguardo Cañamomo-Lomapieta.....	155
<i>Figura 11.</i> Red Semántica de Cabildo San Lorenzo.....	170
<i>Figura 12.</i> Red Semántica de Cabildantes y Comuneros del Resguardo Escopetera-Pirza.	181
<i>Figura 13.</i> Red Semántica de Cabildantes y Comuneros del Resguardo La Montaña.....	191
<i>Figura 14.</i> Red Semántica de ASOMETROC.....	202
<i>Figura 15.</i> Red Semántica de Médicos Occidentales.	211
<i>Figura 16.</i> Cartografía de las Condiciones Grupales del Trabajo Resguardos Riosucio	229

Figura 17. Cartografía de la Calidad y Disfrute de Bienes de Consumo del Grupo Resguardos de Riosucio 233

Figura 18. Cartografía de la capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales. 237

Figura 19. Cartografía de la Capacidad Objetiva del Grupo para el Empoderamiento, Organización y Soportes de Acciones en Beneficio del Grupo 242

Figura 20. Cartografía de la calidad de las relaciones ecológicas del grupo 246

Figura 21. Procedencia de Resguardos de pacientes de la Medicina Tradicional..... 257

Figura 22. Procedencia Municipal de Pacientes de la Medicina Tradicional. 257

Figura 23. Clasificación Étnica de Pacientes de la Medicina Tradicional. 258

Figura 24. Tipo de atención médica preferida o recibida..... 259

Figura 25. Tipo de atención médica preferida o recibida..... 259

Figura 26. Red semántica de dimensión singular o individual. 260

Figura 27. Red semántica de dimensión singular resguardo Cañamomo-Lomapieta..... 265

Figura 28. Red Semántica de Dimensión Singular Resguardo San Lorenzo. 272

Figura 29. Red Semántica de Dimensión Singular Resguardo Escopetera-Pirza. 276

Figura 30. Red Semántica de Dimensión Singular Resguardo La Montaña..... 280

Lista de Fotografías

<i>Fotografía 1.</i> Reunión de cabildantes del resguardo Cañamomo-Lomapieta en grupos focales de la investigación.	304
<i>Fotografía 2.</i> Reunión de los comuneros en grupos focales de la investigación.....	304
<i>Fotografía 3.</i> Reunión de los Comuneros y Cabildantes en grupos focales de la Investigación en Resguardo indígena de San Lorenzo, en zona rural.....	305
<i>Fotografía 4.</i> Reunión de los Comuneros y Cabildantes en grupos focales de la Investigación en Resguardo indígena de San Lorenzo, en zona rural.....	305
<i>Fotografía 5.</i> Reunión de comuneros y cabildantes en zona rural, del Resguardo indígena de Escopetera-Pirza.	306
<i>Fotografía 6.</i> Reunión de comuneros y cabildantes en zona rural, del Resguardo indígena de Escopetera-Pirza.	306
<i>Fotografía 7.</i> Ceremonia de los bastones de mando de los Cabildantes, en el Resguardo Indígena de La Montaña.....	307
<i>Fotografía 8.</i> Ceremonia de los bastones de mando de los Cabildantes, en el Resguardo Indígena de La Montaña.....	307
<i>Fotografía 9.</i> Ceremonia previa a la reunión de los comuneros en el Resguardo indígena de La Montaña.	308
<i>Fotografía 10.</i> Ceremonia de inicio a la reunión de ASOMETROC en vereda de Riosucio.	308
<i>Fotografía 11.</i> Ceremonia de inicio a la reunión de ASOMETROC en vereda de Riosucio.	309
<i>Fotografía 12.</i> Vereda de reunión para entrevistas ubicada en Riosucio, Caldas.	309

Lista de Anexos

Anexo 1. Entrevista de investigación de determinación social en salud en los indígenas Embera Chamí de Riosucio, Caldas	301
Anexo 2. Investigación determinación social en salud de los menores de 5 años de los resguardos Indígenas de Riosucio, Caldas	302
Anexo 3. Encuentro de saberes por resguardo en investigación determinación social en salud de los menores de 5 años de los resguardos indígenas de Riosucio, Caldas	304

Glosario

Determinación social: propuesta alternativa a la epidemiología clásica donde la idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. (Morales, et al, 2013)

Determinantes sociales: son aquellas condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los propios sistemas de salud. (OMS, 2008)

Determinismo: es la designación que se establece para la doctrina filosófica que sostiene que cualquier tipo de evento proviene directamente de una causa y que, dada la causa aceptada el evento deriva invariablemente. (Breihl, 2004)

Estilos de vida: es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. El término hace referencia a una combinación de unos factores claves intangibles o tangibles. (Chaney, D., 1996)

Micro culturas: El termino fue propuesto por la antropóloga Wulff, en 1988 y se refiere a las condiciones actuales de la globalización, se ha creado las condiciones necesarias para la emergencia de un grupo menor, que la constituyen una red de interconexiones, comportamientos y símbolos. De alguna manera, abandonan las aspiraciones de cambio global y apuestan por la reafirmación de los rasgos identitarios del grupo para legitimar ante el panorama globalizado las propias particularidades de género, origen, comportamiento o pensamiento. Se materializan en centros geográficos bien determinados (lugares de encuentro o reunión social de estudio y convivencia y/o esparcimiento). A veces poseen redes de interacción comunes, y que están cortadas por sub-conjuntos constituidos generacional o temáticamente, sin perder rasgos constitutivos que las distinguen de otras. En el aspecto antropológico implica no solo el territorio, sino la etnia, la cultura, los hábitos, la religión, lo histórico, las tradiciones que incluyen la salud y creencias, que se mantienen generación tras generación. (Fusco, S., et al, 2003)

Modos de Vida: Los procesos interculturales en las nuevas construcciones sociales de las identidades. (Montero Bartolomé, M., 2000). Patrones que influyen poderosamente en las construcciones cotidianas, acumula la historia del grupo, que se ha formado en la experiencia grupal para enfrentar desafíos y contradicciones, y que se enmarca en las factibilidades que le asigna un sistema de producción/propiedad que le asigna un sistema de distribución del poder. La equidad/inequidad que disfruta/padece un grupo en un momento histórico determinado, resulta de las relaciones de clase, de su historia etnocultural y de las características de sus condiciones de género. (Breilh, J., 2003)

Observatorio: Un observatorio es una institución desde la cual se investigan y registran objetos, eventos y situaciones de carácter natural o social. (Salvat, 1914). Un Observatorio social tiene como propósito la observación de un contexto o territorio para identificar necesidades, problemáticas que se encuentren latentes y que son reconocidas por los grupos de personas que conforman/habitan/hacen presencia/transitan en una realidad determinada. (Moreno, G. 2015)

Subsunción: Operación lógica en que se establece una dependencia de especie a género o de hecho a ley, o de afirmación individual a afirmación general. El razonamiento deductivo suele extenderse como una operación de este tipo, en que se va de lo general a lo particular. En derecho, más estrictamente, es la relación lógica de una situación particular, específica y concreta con la previsión abstracta e hipotética de la ley. (GARRONE, 2005, p. 538).

Tipología: es un concepto con una entidad específica dentro las ciencias sociales. Elaborar una tipología consiste en distinguir, en el seno de un conjunto de unidades (individuos, grupos de individuos, hechos sociales, etc.), grandes grupos que se pueden considerar como homogéneos desde un cierto punto de vista. (Grémy J.P. Le Moan, M.J., 1977)

Red semántica: Una red semántica, según la definición pionera de Quillian (1968), es un grafo en la cual los nodos o vértices etiquetados representan conceptos o características específicas, mientras que los arcos, también etiquetados, representan vínculos de diversas clases entre conceptos. Es un esquema de representación en red es una forma de representación de conocimiento lingüístico en la que los conceptos y sus interrelaciones se representan mediante un grafo. (Vivas J., Comesaña, A., Vivas, L., 2007)

Siglas

ACICAL	Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas
AIC-EPSI	Asociación Indígena del Cauca - Empresa Promotora de Salud Indígena
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Médicos Sociales
ASOMETROC	Asociación de Médicos Tradicionales y Parteras de Caldas
CDI	Centro de Desarrollo Infantil
CINDE	Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud
CRIDEC	Concejo Regional de Indígenas de Caldas
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DEC	Department of Environmental Conservation
DSS	Determinación Social en Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Empresa Promotora de Salud
FICOSER	Federation for International Cooperation of Health Services and Systems research
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IPS	Instituto Prestador de Salud
m.s.n.m.	metros sobre el nivel del mar
NO-POS	No incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de Salud
ONIC	Organización Nacional Indígena de Colombia
POS	Plan Obligatorio de Salud

RUAF	Registro Único de Afiliación
SACOSS	South Australian Council of Social Service
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UAEPNN	Unidad Administrativa Especial del Sistema de Parques Naturales
UNICEF	United Nations Childrens Funds
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WMA	World Medical Association

Resumen

Esta investigación se fundamenta en la determinación social de la salud como un movimiento alternativo de salud pública que se orienta desde la epidemiología crítica y propone la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la bioseguridad socio-biocéntrica, mediante una investigación intercultural basada en la comunidad., para analizar la situación de la salud en los resguardos indígenas Embera-Chamí del municipio de Riosucio, Caldas, con énfasis en la población menor de 5 años. Se trabajó en tres objetivos específicos que fueron la contextualización socio-histórica de los Resguardos, la caracterización de la tipología de los modos de vida para establecer sus procesos críticos de determinación social en salud y se caracterizaron los estilos de vida cotidianos en salud en los menores de 5 años en los resguardos Embera-Chamí.

Para su desarrollo se utilizó la metodología de Epidemiología Crítica propuesta por Breilh (2013) en tres dimensiones: general, particular y singular en los resguardos: Cañamomo-Lomapieta, San Lorenzo, Escopetera-Pirza y La Montaña, además se incluyó la visión de los médicos tradicionales, parteras y médicos occidentales.

Los resultados muestran que al aplicar la metodología de la epidemiología crítica se realiza un abordaje de la problemática de la salud contextualizado para las microculturas porque en ellas no existe un contexto único de la dimensión social en salud. En los cuatro resguardos indígenas Embera-Chamí tienen conceptos de salud, crianza y prácticas de vida propias en relación con su territorio y sus ancestros, que han sido influenciados por la evolución histórica y la interculturalización. La recomendación es que al plantear nuevas políticas de salud se parta de

los aspectos particulares los cuales ellos consideran están relacionados con su salud y generan sus modos de vida y su cosmovisión.

Palabras Claves: Determinación social en salud, Modelo intercultural, Prácticas de salud indígena, Sistema de salud en la primera infancia indígena, Epidemiología crítica.

Abstract

This research uses the social determination of health as an alternative public health movement to analyze the health situation in the Embera-Chamí indigenous guards of the municipality of Riosucio, Caldas, with an emphasis on the population under 5 years old. We worked on three specific objectives that were the socio-historical contextualization of the guards, the characterization of the typology of the lifestyles to establish their critical processes of social determination in health and characterized the everyday lifestyles in health in minors of 5 years in the Embera-Chamí guards.

For its development, the methodology of Critical Epidemiology of Dr. Jaime Breilh was used in three dimensions: general, particular and singular in the guards: Cañamomo-Lomapieta, San Lorenzo, Escopetera-Pirza and La Montaña. traditional doctors, midwives and Western doctors.

The results show that when applying the methodology of critical epidemiology an approach is made to the health problem contextualized for microcultures because in them there is no single context of the social dimension in health. In the four Embera-Chamí indigenous reserves they have concepts of health, upbringing and life practices related to their territory and their ancestors, which have been influenced by historical evolution and interculturalization. The recommendation is that in formulating new health policies it is based on the particular aspects that they consider related to their health and generate their ways of life and their worldview.

Key Words: Social Determination in Health, Intercultural model, Indigenous Health Practices, Health system in indigenous early childhood, critical epidemiology.

Introducción

Los problemas de salud de la población indígena en Colombia se han manejado en los últimos años de acuerdo a las políticas de la salud del gobierno desde una perspectiva principalmente positivista donde los programas aplicados, nacen de políticas a nivel central, de escritorio y no hacen visibles las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza. Entonces la aplicación de los servicios de la salud se realiza desde un punto de vista lineal y concentrado en lo que la medicina occidental considera como salud, donde se sesga otros aspectos socioculturales, económicos, de educación, étnicos, propios de cada micro cultura.

En esta tesis se fundamenta el análisis en la Epidemiología crítica, con énfasis en la determinación social de la salud la cual es una propuesta alternativa a la epidemiología clásica donde la idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. (Morales, et al, 2013), y este es el paradigma de base que se utiliza en este estudio de Epidemiología crítica (Breilh, 2013) o Escuela latinoamericana de Medicina social (Alames).

En el marco teórico se aborda el Enfoque Inter seccional y su contraste con el discurso Breilh de la Interculturalidad, lo cual para estas comunidades se centra en los procesos holísticos sociales-culturales en sus diferentes aspectos y que nacen desde la población estudiada para

llevar políticas de salud bien sustentadas y que buscan resultados más efectivos en los espacios estudiados.

Este enfoque cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo (Almeida-Filho, et. al, 1999) (Breilh, 2003). Sus fundamentos se anclan en el materialismo histórico, las teorías del conflicto y las teorías críticas en ciencias sociales (Breilh, 1979) (Samaja, 2006). Se destaca el papel de Juan Cesar García, María Isabel Rodríguez, y Miguel Márquez en la consolidación del movimiento de la medicina social (Iriarte, et al, 2002) (Galeano, et al, 2011); así como los trabajos de Sergio Arouca, Almeida Filho, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, Saúl Franco y María Testa, entre otros (Rojas, et al. ,2009).

El capítulo 1 plantea el Problema de la Investigación, la pregunta de estudio, los objetivos y la justificación del estudio. Gira alrededor del tema principal que es la determinación social de la salud de la infancia indígena en los resguardos del municipio de Riosucio, Caldas. Los resguardos indígenas de Riosucio, Caldas nacieron de la mano de la organización del estado colombiano hace más de dos siglos, sin embargo, la recuperación de su autonomía ha sido un largo proceso de reconocimiento de tierras y autoridad, afianzado con la Constitución Política de Colombia de 1991. De tal forma, los resguardos indígenas se han sometido a la organización política administrativa del municipio de Riosucio al cual pertenecen, esto ha conllevado por años a un desconocimiento de su cultura y tradiciones que lentamente han tratado de recuperar. En cuanto a la salud, existe una amalgama de saberes, tradiciones, actores y protagonistas como los menores de 5 años, sometidos a procesos de interculturalidad no solo en la prestación de los servicios de salud, sino de la crianza y los procesos escolarizados. En esta tesis se pretende

realizar una aproximación a la al concepto de la salud en la forma cómo se concibe, cuáles son las prácticas de crianza a niños de primera infancia, cómo son los usos y costumbres, y finalmente como es el proceso de determinación social de la salud.

El capítulo 2 presenta el contexto histórico, el referente teórico, conceptual e investigativo, que sostiene no solo los resultados del estado del arte que se encontró sobre los temas de investigación en salud en las poblaciones indígenas, sino también los conceptos epistemológicos de la epidemiología crítica, y en particular del concepto del proceso de la dimensión en salud.

El capítulo 3 describe la metodología aplicada en el estudio basada en el paradigma de Jaime Breilh (2013). Se explica cómo se desarrolla la primera fase de familiaridad y selección de las fuentes primarias, realizando una preparación-planificación-acción que se llevó a cabo con momentos de concertación con las autoridades indígenas, y una reflexión y acción, en el momento de socialización del proyecto de la investigación con la comunidad indígena. También se describe el proceso de la segunda fase donde la observación del participante predomina, aplicando las metodologías de grupos focales en los 4 resguardos que conforman las comunidades indígenas en Riosucio. En cada resguardo indígena, se identifica grupos de la comunidad en general, grupo de líderes comunitarios quienes serían los cabildantes y grupos de líderes espirituales, médicos tradicionales y los Chamanes. Se describe como enfocados hacia los objetivos de la investigación, se obtuvo abiertamente los conceptos, percepciones, dificultades y necesidades que tiene la comunidad indígena, expresada por diferentes protagonistas de esta comunidad. Con la utilización de la entrevista como instrumento de recolección de información,

y el procesamiento de los programas Excel, SPPS y Atlas ti, se logra una consolidación y análisis de los datos obtenidos.

El capítulo 4 describe la Dimensión General del proceso, enfocándose específicamente hacia la Contextualización socio histórica de los Resguardo indígenas Embera-Chamí en Riosucio, en el departamento de Caldas. Basándose en el estado del arte donde se encuentra la información de los antecedentes culturales, sociales, económicos y políticos, se realiza una contextualización de los indígenas en el tema de la salud en la zona regional de Caldas. La aproximación político-cultural se organiza de acuerdo a cada resguardo de Riosucio. Caldas.

El capítulo 5 presenta la Dimensión particular o sea la Caracterización de la tipología de los Modos de Vida y establecimiento de procesos críticos de determinación social en salud, de los cuatro Resguardos indígenas en los resguardos Embera-Chamí de Riosucio, Caldas: Escopetera-Pirza, San Lorenzo, La Montaña y Cañamomo-Lomapieta además de la Asociación de Médicos tradicionales y parteras-ASOMETROC- con el fin de comprender las subjetividades y las prácticas de salud de las comunidades para lograr un acercamiento a la comprensión de la cosmovisión de la salud y las relaciones con los servicios médicos existentes por lo cual se realizó el mismo trabajo con un grupo focal de la Medicina Occidental. Se concluye que cada resguardo en particular tiene su visión propia del proceso de salud enfermedad que va desde el ámbito de la madre tierra y la relación de los sujetos con la naturaleza, las relaciones interfamiliares y comunitarias, la forma cómo se educa a los niños y que pasa también, aunque con menor significancia para ellos, por los servicios médicos existentes.

El capítulo 6 presenta la Caracterización de los Estilos de Vida cotidianos en salud en los niños indígenas menores de 5 años en los Resguardos Embera-Chamí, Riosucio, Caldas, que se

tomó como dimensión individual o singular. Para esta parte se realizó con madres de niños menores de 5 años, de cada resguardo con una entrevista sobre sus modos de crianza y de vida y su vivencia como indígenas. La observación principal muestra que las enseñanzas y prácticas ancestrales se ven amenazadas por la interculturalidad, los medios de comunicación y tecnología actual y las formas en que el Estado Colombiano se representa principalmente con los Centros de Desarrollo Infantil y Hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que, aunque facilitan el proceso de crianza por la posibilidad de que los padres trabajen, no discriminan que es para la población indígena y aplican métodos similares que para toda la población. Se recurre a las tablas, a las imágenes de Redes semánticas y a la Cartografía social para presentar más claramente los resultados en estos últimos tres capítulos.

Las dificultades que se presentaron para este estudio se encontraron en la falta de información que tiene el Instituto Nacional de Salud de estas comunidades con respecto a sus indicadores de salud y la generalización con que se toma a nivel país la población indígena cuando en realidad son más de 107 pueblos de diferentes etnias.

Finalmente se plantean las conclusiones y las recomendaciones logradas en el proceso de determinación social de la salud de las poblaciones indígenas Embera Chamí de Riosucio, Caldas, se visualizan posibilidades para futuras investigaciones y como conclusión importante derivado de esta investigación se propone la creación de un Observatorio Social Indígena, para instaurar un sistema de investigación propio para las comunidades indígenas que muestre sus propios indicadores de acuerdo a sus condiciones de vida para buscar la realización de políticas propias para esta micro cultura.

Este trabajo plantea la importancia de métodos de investigación alternativos para nuestras micro culturas que permitan articular el trabajo que realizan las entidades gubernamentales con las prácticas tradicionales de sus saberes ancestrales y modos de vida, con reconocimiento de las habilidades propias de cada cultura y respeto por la diferencia que permitan impactar los resultados de la salud colectiva.

1. Capítulo 1. Problema de investigación

1.1 Presentación

“En el panorama de la salud pública en Colombia se observa cómo el concepto de esta disciplina ha evolucionado desde los primeros movimientos en Europa con Virchow (1848), con la hegemonía del positivismo por más de un siglo hasta los años 80 cuando surgen alternativas en Latinoamérica que colocaron en discusión la salud pública, tales como la salud colectiva y la epidemiología crítica. Esta discusión se manifestó principalmente en países como Ecuador, Brasil México y Cuba, tanto en sus políticas como en la academia; en Colombia se desarrolló parcialmente la tendencia latinoamericana y no logró los niveles de desarrollo en políticas públicas, ni en el área académica que consiguió en los otros países. (Estrada, 2012)”

La vinculación de una lectura interdisciplinaria con perspectiva intercultural frente a la determinación social es una nueva forma de conceptualizar la etiología y el control de las enfermedades, cuando las formas clásicas no han logrado los resultados esperados. El criterio ético de la salud colectiva es comprobar un nuevo camino para solucionar patologías de perfil colectivo, buscando bajar los indicadores de su incidencia. Éticamente se conserva el respeto, principalmente hacia los conceptos socioculturales de los indígenas y no se altera la forma del sistema de salud actual. Buscar nuevas formas alternativas frente a la salud indígena y la disminución de morbilidad en una etnia que día a día va limitando su población, inicia el proceso de esta investigación.

1.2 Antecedentes de la investigación

El presente estudio analiza el concepto de determinación social en salud de la población menor de 5 años de la etnia Embera-Chamí en Riosucio, departamento de Caldas. El marco teórico identifica tres modelos que permiten comprender el objeto de indagación: 1) el Modelo Canadiense de determinantes sociales: Blum-Lalonde; 2) el Modelo de Determinantes Sociales de la Comisión de Determinantes de la OMS y 3) el modelo de Determinación Social del Proceso salud enfermedad.

Considerar las posturas de un solo modelo es incompleto. En el marco teórico se aborda el Enfoque Interseccional y su contraste con el discurso Breilh de la Interculturalidad. Sin embargo, el paradigma de base que se utiliza en este estudio es el llamado Epidemiología crítica por la Escuela latinoamericana de Medicina social (Alames).

El enfoque citado cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo (Almeida-Filho, et. al, 1999) (Breilh, 2003). Sus fundamentos se anclan en el materialismo histórico, las teorías del conflicto y las teorías críticas en ciencias sociales (Breilh, 1979) (Samaja, 2006). Se destaca el papel de Juan Cesar García, María Isabel Rodríguez, y Miguel Márquez en la consolidación del movimiento de la medicina social (Iriarte, et al, 2002) (Galeano, et al, 2011); así como los trabajos de Sergio Arouca, Almeida Filho, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, Saúl Franco y María Testa, entre otros (Rojas, et al. ,2009).

“La línea principal del trabajo en el paradigma de la Epidemiología Crítica en la cual se adscribe la investigación y sus desarrollos de Jaime Breilh (1989) aplicando los conceptos de la determinación social en salud y la metodología propia de este autor”.

La determinación social en salud de una comunidad indígena pretende ampliar la visión que actualmente se tiene en las políticas públicas en salud para estos grupos vulnerables. Se describe la trayectoria del concepto de determinación social en salud, en tres momentos de su desarrollo. El primer momento de las teorías del Siglo XIX, de autores como Alison, Villermé, Virchow, Neumann y Grotham, donde se reconocen las causas ambientales, infecciosas y sociales como etiología de las enfermedades.

El segundo momento, que se propone en América Latina a partir de 1975, con García, Laurell, Breilh, Abad Gómez, y Vasco, quienes plantean los conceptos de la salud pública, la medicina social y la medicina colectiva.

El tercer momento, que se plantea en dos posturas; la primera se desarrolla en Europa a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, con Berlinguer, Diderichsen, Lalonde, Dahlgren & Whitehead y Marmot, quienes consolidan en la salud pública, el concepto de determinantes sociales en salud, y la metodología de promoción y prevención en salud. La segunda postura, se desarrolla en América Latina en el Siglo XXI con Asa Cristina Laurell, Juan Samaja, Naomar Almeida-Filho y Jaime Breilh, enfocada principalmente hacia la determinación social en salud, en la medicina social y la salud colectiva.

Nos enfocamos en la última postura, la concepción de Desarrollo y el Desarrollo Humano de los pueblos Indígenas, siguiendo a Batzin, quien considera que estas poblaciones construyen

su conocimiento a partir de sus cosmovisiones siendo la base de ello la práctica social.

Interesante para este estudio, es hacer un acercamiento a la comprensión de la esencia del modelo de vida del sistema propio comunitario indígena, en tanto la concepción integral de vida y del desarrollo.

Se busca caracterizar la determinación social en salud propios de una comunidad indígena específica desde su propia fuente y enfocada a la infancia como grupo vulnerable por tanto analizar desde este concepto la situación actual de la salud de esta población en búsqueda de alternativas de manejo de sus condiciones sociales de salud. Es un diálogo de saberes para mejorar la salud de una comunidad indígena en situación de vulnerabilidad.

1.3 Planteamiento del problema

La presente investigación se basa en la propuesta de la epidemiología crítica del Dr. Jaime Breilh y la Asociación latinoamericana de medicina social-ALAMES, que propone que todo alrededor del individuo, el grupo cultural y aún las políticas nacionales, pueden ser decisorias para un estado de salud de las micro culturas. Desde esta perspectiva, la Constitución Política de Colombia (1991), señala como principio fundamental que “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana”. Sin embargo, preocupa la acentuada incidencia de morbilidad y mortalidad en razón de altos niveles de desnutrición que padecen los niños y niñas indígenas en el país, así como la prevalencia de enfermedades prevenibles entre su población, situación que muestra la diferencia de la política y su aplicación.

En octubre del 2012 en el Cuarto Conversatorio sobre Salud Indígena: Justicia social para la permanencia y el vivir bien de los pueblos, realizado en Medellín en la Facultad Nacional de

Salud Pública Héctor Abad Gómez de la Universidad de Antioquía, se elaboró una cartilla de avances y retos de los Sistemas de salud interculturales. Se destacó que en Colombia aún no existe un reconocimiento del derecho a la salud que asegure un adecuado nivel de vida o bienestar en las comunidades indígenas. Se evidencian barreras lingüísticas, culturales y geográficas, que no han sido tomadas en cuenta para la atención en salud (Figueroa-Saavedra, Miguel, 2009). En la mayoría de los pueblos étnicos no hay información precisa sobre el perfil epidemiológico, ni tampoco para un buen manejo de la salud mental.

Para el año de 2013 se realizó el primer Perfil epidemiológico propio de las comunidades indígenas del municipio de Riosucio, Caldas, el cual recobra la historia y conocimientos que se han conservado por tradición oral por cientos de años. Presenta un enfoque propio de la salud y lo que consideran enfermedades.

En el año 2015 la Revista Cubana de Salud Pública publica el artículo “Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo Embera-Chamí de Colombia” escrito por Cardona, et al, donde destaca que en Colombia a través de la ley 691 de 1991 se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema de seguridad social en salud, de tal manera que en los planes y servicios de salud pueda existir pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad con el objetivo de determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud (Wikira-Ekni o salud vida) en un pueblo indígena.

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no

emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. (López Arellano, O, et al, 2008)

La perspectiva de la interculturalidad en la salud y el tratamiento de las enfermedades, es la práctica que se observa actualmente en la población indígena de Riosucio. Caldas. El Sistema Nacional de Salud con el manejo administrativo de la medicina occidental, la cual cubre a los indígenas colombianos como población especial en un régimen subsidiado, es aceptado por la cultura indígena. Sin embargo, esto no ha conllevado a la desaparición de su propio concepto cultural de la enfermedad con sus médicos tradicionales y las parteras que aplican su cosmovisión de la enfermedad y su salud. No se observa un acercamiento entre las dos medicinas, pero tampoco un impedimento para que se practiquen simultáneamente sobre el mismo paciente si este así lo desea, y por ello la tradición continúa perdurando. Se observa compensación en las prácticas tradicionales, particularmente en el ámbito de las parteras tradicionales.

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: 1) las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y 2) la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, es el más complicado por cuanto implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y social. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad.

La población indígena Embera-Chamí, como micro cultura, aclara que, mediante reuniones organizadas por ellos mismos, han obtenido un concepto sobre la enfermedad de los

chamanes, jaibanás, médicos tradicionales y parteras de su propia comunidad. La conceptualización propia de enfermedades por energías, por la madre naturaleza y por espíritus, que son tradicionales e históricas, y que la medicina occidental no las puede curar (Cardona, 2012) resumen este proceso que aplicaron.

En el año 2015, se cumplió el plazo límite señalado por las Naciones Unidas para lograr la cuarta meta del milenio en salud. A pesar del desarrollo de nuevas técnicas de acopio de información, y con la nueva capacidad de georreferenciación de los casos de morbimortalidad, se ha podido inferir que Colombia está aún muy lejos de lograr las metas trazadas. De acuerdo con el Programa Presidencial Indígena (2013), “las razones que subyacen a esta situación se relacionan con el desconocimiento de la geo localización real de las comunidades indígenas, lo que dificulta procesos de planeación e intervención. La diferencia idiomática entre las comunidades indígenas y la población no indígena genera dificultades para los registros de identificación y de los lugares de procedencia de los niños y niñas” (Figuroa-Saavedra, Miguel, 2009). Así mismo, otros fenómenos estructurales adversos aparecen reflejados en indicadores que muestran que, “el acceso a servicios y beneficios relacionados con los derechos fundamentales son más limitados para los indígenas que para el promedio nacional, haciendo evidentes problemas de discriminación e inequidad en el acceso a los beneficios generales del desarrollo del país (Programa Presidencial Indígena, 2013, p. 6).

Algunos datos preocupantes sobre los valores de indicadores referentes a pueblos indígenas en relación con el valor promedio nacional son:

La asistencia escolar entre la población de 3 a 5 años es del 30.9% frente al 51.1%; (DNP, 2010).

En cuanto a la situación nutricional, el retraso en talla es de 29.5% en los indígenas menores de 5 años frente al promedio nacional de 12.6%; se registra bajo peso al nacer en el 7.5% de la población indígena frente al 3.1% nacional; también se presenta una mayor presencia de anemia, siendo del 32.6% en los indígenas menores de 5 años frente al 26.3% nacional; y deficiencia de vitamina A en el 34.1% de la población indígena menor de 5 años frente al 22.9% promedio nacional (Programa Presidencial para los Pueblos Indígenas: ODM e Indígenas, (2010).

Algunas diferencias en las tasas X 1,000 encontradas entre el municipio de Riosucio y el departamento de Caldas son las siguientes: Tasa de Mortalidad General en Riosucio es de 5.3 y Caldas 5,5; Tasa de Mortalidad Infantil en Riosucio 14.92 frente a 12.31 en Caldas; Tasa de Mortalidad en niños menores de 5 años es de 16.58 en Riosucio, frente a 15.17 en Caldas; y finalmente Tasa de Mortalidad Perinatal en Riosucio es 13.27 y 15.87 en Caldas. La Mortalidad Infantil y Mortalidad en menores de 5 años en Riosucio, están sobre el departamento de Caldas.

De acuerdo con los datos anteriores, en el Informe Final de Auditoría para la Política Pública en Primera Infancia 2010-2014 (2014), concluye que:

Los grupos étnicos demandan mayor atención y respuesta estatal puesto que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad o riesgo, por lo que es vigente la necesidad de formular modelos de política pública a partir de análisis de las circunstancias culturales, en los cuales exista la participación de la población sujeto de atención, y donde se promueva el desarrollo integral respetando la diversidad en todas sus formas (étnica, cultural, religiosa, física, de género, sexual, etc.) (p. 270).

En la Ley 1450 del 16 de junio de 2011 que aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos, se referencian los acuerdos con los pueblos indígenas para la ejecución con perspectiva diferencial de las directrices trazadas en el mismo. Esta ley contiene orientaciones explícitas para todas las entidades del sector público, así como para las carteras ministeriales y las entidades descentralizadas (Porrás Mena y Moreno, 2011, p. 14). Sin embargo, la Contraloría General de la República, pudo establecer que existen debilidades relacionadas con la coordinación interinstitucional para atender los problemas estructurales de los destinatarios, y es insuficiente la articulación y complementariedad para llegar al objetivo de brindar una atención integral a la infancia de la Política “De Cero a Siempre”.

En consecuencia, según los informes anteriores, persisten deficiencias en la respuesta institucional inmediata y adecuada en los temas de educación y salud con enfoque diferencial, falta de agua potable y saneamiento básico, desnutrición severa, desplazamiento y violencia sexual, entre otros (Política Pública Integral de Desarrollo y Protección Social, 2014). Todo lo anterior indica que “los requerimientos para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre infancia y adolescencia son mayores entre los pueblos indígenas y exigen acciones afirmativas e integrales por parte del conjunto de la institucionalidad, de las autoridades y organizaciones indígenas y de la sociedad en general, para lograr el goce pleno de los derechos de la población menor indígena” (Programa Presidencial Indígena, 2013, p. 7).

Circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y la discriminación social, la inadecuada calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral, constituyen procesos que inciden en buena parte a las

desigualdades e inequidades, que existen en las poblaciones indígenas, específicamente en relación a su estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

Lo anterior resume una situación de determinación social en salud en la población indígena donde la idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. Por ello que además de denunciar también revela, informa y moviliza, ya que no solo destaca enfoques aislados de la problemática, sino que también demuestra su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas eco sociales, entran en una dinámica determinante. (Morales et. 2013).

En resumen, el problema de la tesis se concentra en comprender la salud de la comunidad indígena: ya que al observar en los niños menores de 5 años de la comunidad Embera Chamí de Riosucio, Caldas, predomina la mirada de la medicina occidental, invisibilizando la determinación social en salud propia. Para lograrlo, la investigación se sale del modelo anglosajón y aplica el modelo utilizado en la epidemiología crítica, buscando una interpretación de la determinación social en salud de la comunidad. Se acoge una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, analizando lo general, particular e individual en sus aspectos históricos, culturales, económicos, y sociales, buscando la inferencia de estos espacios en la salud de la comunidad y las personas.

1.4 Pregunta del estudio

De acuerdo al problema planteado esta investigación se concentra en la determinación social en salud y buscar cómo está afectando la salud de los niños en la comunidad Embera Chamí en Riosucio, Caldas.

Por esto, la pregunta del estudio es: ¿Cómo se expresa la Determinación social en la salud de los niños menores de 5 años de la población Embera Chamí de Riosucio, Caldas? Aplicando la pregunta a la población en estudio, y con los conceptos de la Epidemiología crítica, en las tres dimensiones que plantea este paradigma, como es la dimensión general, la particular y la individual o singular.

1.4.1 Objetivo general

Interpretar la determinación social en salud de los niños menores de 5 años de edad, en la comunidad indígena Embera Chamí del municipio de Riosucio, Caldas

1.4.2 Objetivos específicos

Analizar el contexto socio-histórico de los Resguardos indígenas Embera-Chamí (San Lorenzo, Escopetera-Pirza, La Montaña y Cañamomo-Lomapieta)

Caracterizar la tipología de los Modos de vida y establecer los procesos críticos de determinación social en salud en los Resguardos Embera-Chami, Riosucio, Caldas

Identificar los Estilos de Vida cotidianos en salud en los niños menores de 5 años en los Resguardos Embera-Chamí, Riosucio, Caldas.

Sugerir líneas de acción en salud basadas en un enfoque de Determinación Social aplicables a los distintos micros culturas en búsquedas de la mejora de sus estados de salud.

1.5 Justificación

En Colombia en los territorios indígenas llamados resguardos, se han generalizado las condiciones que se han investigado en toda la población en general, y se han aplicado en estos espacios. La política siempre ha sido llevar de lo general a lo específico con respecto a la disciplina que se está manejando sin identificar previamente lo específico que se está viviendo en un territorio en particular. Y esto no ha sido distinto con respecto a la salud, creando políticas de salud a nivel nacional, trasladándolos como programas a nivel departamental y creando la aplicación a nivel de los municipios, con la supervisión nacional por medio de las territoriales de salud, de que si se cumplió con esta política nacional.

Cada espacio tiene condiciones, oportunidades, problemas diferentes y más se destaca esto en las micro culturas indígenas. Aunque son escasas, las investigaciones anteriores sustentan la identificación del problema y algunos indicadores de salud lo apoyan. Sin embargo, las investigaciones con la mentalidad de estudiar de lo individual a lo general para sugerir una política de apoyo en salud son pocas en Colombia, y menos en las áreas indígenas.

Lo anterior, apoya la propuesta de esta investigación, lo cual es estudiar el espacio en donde una población vive, su cultura, su forma de vida, sus patrones de crianza y todos los

aspectos socioculturales, sin olvidar los aspectos económicos, reconociendo que estos aspectos hacen mella en un resultado que puede ser demasiado importante para estas etnias.

En otras palabras, analizar la determinación social en salud específica de una población indígena para identificar lo trascendental que lleva a un resultado de su condición de salud colectiva e individual, viene a ser un modelo innovador y justifica el estudio.

La presente investigación se basa en la epidemiología crítica del Dr. Jaime Breilh y la Asociación latinoamericana de medicina social-ALAMES, las investigaciones específicas sobre la determinación social en salud en estos grupos poblacionales son escasas y el aporte que se puede establecer aplicando la determinación social en salud, es que se puedan sustentar políticas públicas de salud en estos grupos étnicos y otras micro culturas, utilizando metodologías basadas en las ciencias sociales.

El producto de la investigación sería la base para iniciar una línea de investigación específica en los contextos indígenas en Colombia, inicialmente en salud, pero con la visión de expandir esto en todas las disciplinas, procurando tener una información real, propia de las poblaciones indígenas, para crear políticas específicas hacia esos territorios y su cultura. La creación de un Observatorio indígena nacional manejado por los gremios indígenas sería la propuesta.

1.6 Ética

Todos los participantes del estudio, expresaron por escrito su consentimiento informado. La investigación garantiza el cumplimiento de los principios éticos expresados en la Declaración

de Helsinki de la WMA. Los líderes y comuneros de los resguardos indígenas Embera-chamí de Riosucio, aceptaron el proceso de investigación, y por su aporte actuaron como co-autores.

2. Capítulo 2. Revisión teórica

2.1 Marco histórico

2.1.1 Aproximación histórica político-cultural

Esta reflexión surge de la revisión de datos, hechos, relatos y documentos históricos que compendian memorias, discursos, alcances y tensiones de los modos de “lo indígena” que marca la herida historia de la conquista europea de las Américas como vínculo entre el presente y el pasado. El problema del sufrimiento -expresado en los distintos relatos en los que se evidencia desposesión territorial, pérdida de autonomía, lucha por la tierra y resistencia- permiten dar cuenta de un significado histórico, político, cultural y ético respecto a la salud indígena que es urgente reconocer.

En la historia de Colombia, donde los indígenas juegan un papel importante, se reconocen tres períodos: precolombino, nuevo Reino de Granada antes de las reformas Borbónicas (incluye la conquista y la colonia), y la primera mitad del Siglo XIX (Quevedo, 1993). Como parte de la etapa precolombina, los arqueólogos sitúan los primeros asentamientos humanos con características de cazadores y recolectores en los valles y montañas de la cuenca media del río Cauca, o sea el actual territorio caldense, desde hace más de 10,000 años.

“La región fue habitada por agricultores y mineros de oro y sal, alfareros y orfebres. Los antropólogos distinguen este periodo, por la proliferación de unidades sociales independientes, con una interrelación e influencia mutuas, y con la consiguiente fragmentación política” (Calderón, 1993).

A comienzos del siglo XVI, las tribus de los Pirza, ocupaba la cuenca del Imurrá o Riosucio; otras tres, se extendían por la cuenca de los ríos El Oro y Aurría o Estancias, una de ellas la de los Ipá; y otra, la de los Zopía, que se extendió desde el actual municipio de Supia hasta la región del río Aguas Claras actual San Lorenzo. (Alcaldía de Riosucio, 2014)

En la conquista, los españoles identificaban a los indígenas como a los otros, o “como habitantes recientemente incorporados al reino y vasallos libres de la corona en igualdad de derechos y de sus formas de protección, en igualdad de circunstancias que sus “iguales” europeos” (Domínguez, 2008) , obviamente, no se cumplía con este concepto de respeto, porque era notorio el maltrato y la explotación de los indígenas por parte de los españoles, toda vez que la situación de los indígenas en la conquista fue de sumisión, sometimiento y explotación por parte de los españoles y sus descendientes, situación que los llevó a generar formas de resistencia y negación de la conquista

La tendencia del indígena que vivía en las tierras nuevas de Colombia siempre fue de vivir dispersos, y no de crear agrupaciones pobladas llamadas pueblos; la incidencia de los españoles era lo contrario, crear pueblos. Para defenderse de la conquista los mismos indígenas quemaban sus poblaciones, y esto fue una manifestación indígena de negación al sometimiento (Sánchez, 2012).

En 1573 Felipe II ordenó poner fin a la llamada conquista, y se inició la “pacificación”, con lo que se dio estructura legal para la penetración misionera a las áreas marginales de los dominios hispanos en las Indias.

Esto dio lugar a la “República de Indios” (1549), diferenciada de la de los conquistadores

o “República de Españoles”, en la que funcionarios públicos llamados oidores-visitadores del siglo XVII, quienes indagaban si estos asentamientos marginales coloniales vivían libres de intrusos, si habían recibido agravios y si tenían tierras suficientes para su manutención y para hacer el pago del tributo. En estas funciones había usurpación por conquistadores y corrupción (Domínguez, 2008). Posteriormente, los indígenas contaron con un recurso llamado “tutela” como medio político legal para quejarse ante la corona.

La asignación de los resguardos en la Nueva Granada reformó la propiedad agraria mediante dos procesos. El primer proceso de la configuración de los pueblos, fue motivado por una razón de interés religioso, que, en términos estratégicos, resultaba fundamental para controlar los pueblos sometidos, y el segundo proceso de la asignación de los resguardos (siglo XVI), tuvo como interés por apropiarse de las tierras indígenas. Al crear el resguardo, legitimaba el despojo de aproximadamente del 95% de las tierras indígenas conquistadas. (Domínguez, 2008)¹

Para el siglo XVII el número de indígenas había disminuido a causa de trabajo forzado y enfermedades no controladas. Hizo además desaparecer la encomienda y se debió recurrir a la población negra, procedente del continente africano, fuerte y resistente, como esclavos para relevar esta función.

¹ Aquí, operó un ordenamiento espacial específico, en la medida en que actúa como un elemento legitimador de una determinada estructura política y social. M. Foucault sustenta este concepto de poderosa herramienta en manos del sistema político en su libro *Vigilar y Castigar*. (Foucault, 1979). El distribuir en dos tipos de pueblos, el español y el indígena, se consideró de vital importancia dentro del proceso de imposición de un nuevo orden religioso y político. A los ideólogos de esa época no se les escapó el problema del espacio: su carácter de escenario imprescindible para la acción humana y la importancia de su ordenamiento para reflejar e inculcar determinados valores. Bordeau lo llamaría el ordenamiento espacial. (García, 2016) Hay otros autores como James Duncan y Lefebvre, que relacionaron el espacio con el culturalismo y la sociología. Sin embargo, el iniciador oficial de la geografía cultural fue Carl O. Sauer a principios del siglo XVIII. (Sánchez, 2012)

Lo anterior llevó a una reubicación de los grupos indígenas prehispánicos en nuevos asentamientos como pueblos coloniales para impulsar la implantación del nuevo modelo económico colonial de desarrollo de la hacienda, la mina y el obraje, lo cual se expresó en términos de aculturación forzada y transformación de las raíces indígenas, como espacios en donde los “naturales” aprendiesen a vivir “a la manera española”. Esto provocó la transformación étnica y la alteración del equilibrio del medio ambiente que habían mantenido las comunidades indígenas por milenios. (Mayorga García, F. 2002)

La política de segregación, como la de protección de las tierras comunales, operó hasta mediados del siglo XVIII, cuando se introdujeron modificaciones importantes, los indígenas iniciaron desde entonces una lucha que se basa en tres ejes que fueron tierra, autonomía y cultura contra los regímenes hegemónicos desde la Colonia y la República.

Un hito importante de la historia indígena fue el «Decreto del Libertador», expedido en la Villa del Rosario de Cúcuta, el 20 de mayo de 1820 mediante el cual ordenó la devolución de las tierras de los resguardos, usurpadas a los indígenas. (Sánchez Gutiérrez, et al., 2010).

“Los principios utilitaristas en boga en esa época en toda Europa, se asociaron con el establecimiento de la llamada política de cercados, que buscaba poner en producción privada individual todas las tierras comunales existentes.” (Domínguez, 2008). Con esta nueva política se consolidó el proceso de demolición de los pueblos de indios y la venta de las tierras comunales a favor de grandes propietarios y de pequeños campesinos, intensificándose así el latifundismo como fenómeno crítico socioeconómico de inestabilidad continua de Latinoamérica.

El quiebre definitivo del sistema protector de los indígenas, se produjo con la independencia de las colonias, cuando las nacientes repúblicas equipararon a los indígenas, integrantes de los pueblos comunales, con el resto de los ciudadanos libres. Los indígenas despojados de la tutela que, hasta entonces, los había hecho sujetos de un tratamiento jurídico particular, las llamadas leyes de indias, fueron puestos frente a derechos y obligaciones desconocidos, y se les forzó a negociar de igual a igual con el blanco. (Mayorga García, F. 2002).

Tras la liquidación de las tierras de propiedad común y el fomento del mestizaje étnico como cauce de asimilación, varias comunidades se incorporaron definitivamente a la sociedad bajo la influencia del paradigma liberal burgués opuesto a todo tipo de diferenciación étnica. (Mayorga García, F. 2002).

En los Andes la crisis agraria, ocasionada por la resistencia indígena cuando se buscó dividir sus resguardos y liquidar sus cabildos, se trató de resolver desde el punto de vista legal con la expedición de la Ley 89 de 1890. Con esta ley, el proceso de disolución de los resguardos y la repartición de sus tierras, reafirmaba el papel de tutela y civilización de las misiones religiosas, y establecía asimismo un procedimiento sucinto para que los indígenas registraran sus títulos antiguos. (Pineda Camargo, R. 2002). Los sectores contrarios a los indígenas lograron la expedición de la Ley 55 del 29 de abril de 1905, que confirmaba la potestad de los entes territoriales para extinguir los resguardos.

En esa misma época, se daba el inicio de las luchas del caudillo indígena del pueblo nasa, Manuel Quintín Lame (1883-1967), quién promovió un levantamiento entre 1914 y 1918 en el departamento del Cauca. La década de los sesenta del siglo pasado corresponde a un período trascendental en la historia indígena por darse por vez primera un debate público de nivel

nacional sobre los problemas que vivían estos pueblos. Este proceso provocó masacres en el Casanare, Meta y Vichada de indígenas luchadores.

La Ley 135 de 1965 de Reforma Agraria trajo una luz de esperanza a los indígenas de la selva y de los Andes. El artículo 29 y el Artículo 61 aclaran que no se les podrá tocar los territorios que son parte de un resguardo indígena o son habitados por los indígenas. Esto representa un respeto hacia el concepto del resguardo indígena. (Pineda Camargo, R., 2002).

En 1971, se formó la primera organización político-administrativa indígena del país, en Toribio, Cauca, que desde entonces continuó defendiendo los principios indígenas en colectivo y en los diferentes frentes de Colombia. La defensa del resguardo, que sumaba los tres ejes que siempre se lucharon, tierra, autonomía y cultura, se resumía con el reconocimiento de un espacio propio de cada pueblo indígena.

Las conquistas legales indígenas obtenidas a todo lo largo de la vida republicana fueron elevadas a rango constitucional en la Carta Política de 1991. A través de la Ley 21 de 1991 se aprobó el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76ª. reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo OIT., realizada en Ginebra (Suiza) en 1989.

La Constitución de Colombia de 1991, hace el reconocimiento y protección a la diversidad étnica y cultural; el reconocimiento de la autonomía de los grupos indígenas y de sus formas propias de gobierno; la reafirmación del carácter inalienable de los territorios indígenas y protección de las tierras comunales; la protección a los recursos naturales; y la creación de las entidades territoriales indígenas dentro del ordenamiento territorial de la nación. (Sánchez

Gutiérrez, E. et al 2010) La Ley 160 de 1994, en su capítulo XIV, refuerza el concepto de Resguardos Indígenas, apoyando la solución territorial, social y económica de estas zonas. El Decreto 2164 de 1995, reglamenta parcialmente la Ley 160.

Los Resguardos Indígenas actualmente se consideran zonas de protección, sin embargo, históricamente, se observa que realmente los Resguardos fueron una forma de concentrar a la población indígena en una porción de terreno relativamente pequeño, comparada con la porción tomada por los españoles. La mayor parte de los indígenas fueron desplazados y obligados a vivir en estas nuevas zonas de concentración, que no eran las mejores tierras, tampoco eran un reflejo de la verdadera zona de donde originalmente procedían y tenían sus raíces ancestrales antes de la llegada de los españoles.

Desde la creación de los resguardos, además de la incursión religiosa en su cultura y la obligación de cambios en hábitos a nivel de las condiciones socioeconómicas, no hubo cambios positivos en la forma de vida de los indígenas, ni frente al respeto de su propia cultura y propia decisión indígena.

2.1.2 Aproximación histórica de la medicina

De acuerdo con Foucault “La práctica médica no es un dado puro, sino que está inscrita en un sistema histórico y cruzada por sistemas económicos y de poder” (Foucault, M. (1979), se sustenta el problema de salud indígena actual, enfocado en la historia que ha vivido Colombia y su comunidad indígena.

“La medicina precolombina, aunque variaba de cultura en cultura de acuerdo a las creencias propias de cada población indígena y sus recursos, en general se basaba en medicina naturista y medicina espiritual.” (Quevedo, E. (1993). “Los chamanes y curanderos, representantes de la salud de estas poblaciones indígenas, eran los protagonistas de aplicar su medicina dentro de unos parámetros combinados entre la ciencia y la magia.” (Tzvetan, T., 1987).

Se conoce el estado social y de salud de los indígenas en el momento de llegada de los españoles, por los vestigios arqueológicos y su abordaje paleo patológico, la salud y la enfermedad de las cerámicas antropomorfas, los relatos históricos de los conquistadores y las prácticas médicas y rituales, conservadas aun en comunidades indígenas en el departamento.

Existían enfermedades propias de América con unas características específicas por el espacio geográfico, natural, biológico, que no existían en Europa y así se manejaban, como era la malaria y la disentería, siendo el principal protagonista de su manejo, el chamán de la población. Sin embargo, existían otras enfermedades en Europa, que los nativos americanos no conocían, y no tenían una defensa inmunológica, ni tampoco experiencia médica, como la lepra, la fiebre amarilla, viruela, sífilis, cólera y tifo epidémico, que fueron traídas por los barcos españoles y portugueses. (Gonzales López, F., 2005). Estas enfermedades provocaron más muertes en los indígenas que las mismas batallas de la conquista.

La medicina en la conquista y colonización, se identificó inicialmente por las nuevas enfermedades que los indígenas no conocían, ni tenían defensa inmunológica, que diezmaron a los nativos. Pizarro en Méjico, enviaba a soldados infectados con viruela a los territorios indígenas, como estrategia de guerra. La fiebre amarilla originaria de las américas, era controlada por la medicina indígena por su poca transmisión, pero al llegar los barcos negros

del África, importaron el vector *Aedes Aegypti*, y extendió la enfermedad por todo el continente (Gonzales López, F., 2005).

En el Siglo XVI con la unidad de dos reinos en España, Castilla y Aragón, se creó una unidad ideológica, que fue la unidad de la fe. Se logra integrar la cristiandad europea y utilizan la inquisición, como arma para desarrollar esta política de unión, que se refleja en los nuevos territorios conquistados. (Gonzales López, F., 2005). Una de las cosas que logró desarrollar este proceso político, fue el modernismo en la ciencia, y por ello en la medicina. La orientación que toma la actividad médica durante la segunda mitad del Siglo XVIII y comienzos del Siglo XIX en el Nuevo Reino de Granada, están directamente enmarcadas en el contexto de las reformas que los reyes de la Casa de Borbón, las cuales introducen las ciencias útiles y la reforma de las profesiones sanitarias (López Piñero, J.M. ,1976).

Promover la instauración de hospitales, así como escuelas de medicina, lideraron esta época. personajes como José Celestino Mutis, quien al llegar a Cartagena en 1761 como médico de cabecera del Virrey Messía de la Zerda, inicialmente se concentró en la educación, en la capital Santa Fe de Bogotá. En 1783, bajo el liderazgo de Mutis, y por orden del rey Carlos III, se iniciaron las expediciones botánicas buscando conocer la biodiversidad y riqueza botánica de los nuevos territorios conquistados (López Piñero, J.M. ,1976). La orientación y apoyo indígena en las expediciones botánicas, en todo el continente, tuvieron un protagonismo especial, y ayudaron a preservar conocimientos propios de estas culturas nativas. (Díaz Piedrahita, 2009).

En el Siglo XIX en la Nueva Granada, y en la República, la renovación conceptual en la medicina, como la mentalidad anatomoclínica de Marie Francois Bichat, y la división de la

medicina en las líneas de la medicina fisiológica de Broussais (López Piñero, J.M. ,1976), se dieron tardíamente. Los conceptos de la Ilustración continuaron y la orientación en la República aparece en la ley del 18 de mayo de 1826, expedida por el General Francisco de Paula Santander. Continúa un concepto que no es antirreligioso, ni materialista. (López Piñero, J.M. ,1976). Los hospitales en el nuevo gobierno, continuaron con el paso de secularización y medicalización, concepto que iba en contra de los de la Ilustración. Las Ordenanzas de Cundinamarca en 1834 definidas por Bolívar, legisla las condiciones de los hospitales hacia una administración civil, no religiosa, y con un enfoque hacia la atención de los pobres e indígenas.

Entre 1910 a 1930, la visión más amplia de la época, converge el concepto anatómico-clínico de la medicina, con el soporte de los resultados que ahora podrían dar los resultados de la bacteriología en los pacientes. En Colombia, la medicina norteamericana coge auge, apoyándose en los conceptos de Carl Bernard. En salud pública, hay un énfasis en las enfermedades infecciosas como la peste bubónica, el cólera, pian, la viruela, la lepra, la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla, entre otras. Se inició la vacunación masiva y la construcción de los Lazaretos para los enfermos que sufrían de lepra, que incluía la población indígena (Solano, F. & Tzvetan, T., 1987). En 1939 en el gobierno del presidente liberal Alfonso López Pumarejo, se comienza la modernización de la medicina actual. Pasa del concepto medicina europea, hacia la medicina norteamericana.

Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativas de salud enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del

modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia, las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual. La dimensión conceptual de los sistemas médicos está determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales (Alarcón, et. al, 2003).

2.2 Contextualización de los estudios sobre los indígenas

Al realizar una revisión teórica de las investigaciones enfocadas en los temas relacionados a la salud y la etnia Embera-Chamí en Riosucio y otras zonas del país, se encontró una variedad de enfoques. Lo anterior permitió analizar la pertinencia y articular los trabajos que han realizado los últimos años, investigadores y estudiosos, sobre las poblaciones indígenas, y en particular sobre los indígenas del eje cafetero en Colombia.

Se buscaron investigaciones específicas de estos temas en la población indígena del municipio de Riosucio, Caldas, particularmente de la etnia Embera Chamí, y no se encontraron muchas investigaciones sobre estos temas enfocados específicamente hacia estas etnias en

Colombia en los últimos 5 años. Por ello se amplió más el período de tiempo de cobertura desde 1993 hasta ahora. Estas investigaciones cubren los temas como el concepto de salud indígena, derechos indígenas, desplazamiento indígena, determinación social en salud, determinantes sociales en salud, enfermedades de grupos étnicos, enfermedades en indígenas, genética indígena, interculturalidad, política indígena, salud en indígenas, sistema de salud indígena y situación de salud indígena. Las diferentes fuentes se agruparon en las siguientes categorías:

2.2.1 Salud y enfermedades indígenas

En 1998, Maria Claudia Duque Paramo en la 4th General Conference of the Federation for International Cooperation of Health Services and Systems Research Centers (FICOSSER).

Cuernavaca, México, en la exposición titulada “Sistemas tradicionales de salud en comunidades Indígenas colombianas”, describe las condiciones de los pueblos indígenas de Colombia, con la insuficiencia de la información estadística existente al momento. Define los sistemas sociales a partir de esquemas de reciprocidad, redistribución y cosmovisiones que integran los componentes sociales, culturales, económicos, políticos y naturales de sus sistemas de vida y de sus territorios, que en el caso de las minorías étnicas es fundamental, para advertir el aislamiento de estas comunidades de la realidad nacional, su limitado acceso a los servicios de salud del Estado y el gran desconocimiento por parte de los profesionales y técnicos acerca del cuidado de la salud en la realidad cotidiana de estos grupos.

En el artículo “Los Cruces del Sendero: cosmovisiones y sistema jurídico de los Embera Chamí de D’Abbraccio” (2001), se asume el concepto de salud indígena desde el punto de vista del mundo de los mitos y de la ritualidad Embera Chamí, y aclara la concepción de vida de cosmovisión que maneja esta etnia y el concepto de salud que se asocia al concepto de vida colectiva.

En el 2003, en el Boletín de Antropología de la Universidad de Antioquia, en el artículo “Identidades y alteridades en los rituales Embera-Chamí” escrito por Villegas, se hace una descripción de la experiencia de los rituales de los Emberá en el municipio de Cristiania, Antioquia. Se sugiere que las prácticas rituales son un lugar privilegiado para analizar las ideas que los agentes sociales se hacen sobre la pluralidad de identidades y alteridades, porque en estas

prácticas dicha pluralidad es producida, transformada, re significada e imaginada. El proceso ritual cuestiona profundamente la identidad y la alteridad, puesto que produce una suspensión temporal de los significados constituidos en la cotidianidad.

En el año 2012, la Revista de Salud Pública, publica el artículo “Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Embera-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia”, escrito por Cardona Arias, donde se profundiza en el conocimiento del cúmulo de experiencias y saberes de grupo sobre el proceso salud enfermedad y ayuda al fortalecimiento de la articulación del saber ancestral y el occidental, potencia la interculturalidad, contribuye la formación de estudiantes de las áreas de la salud, recupera y sistematiza el saber acumulado por los comuneros de los resguardos, fortalece la transmisión de sus cosmogonías y cosmovisiones, potencia la identidad étnica y rescata saberes relevantes para el sistema médico occidental.

La Revista Cubana de Salud Pública en el 2012, los autores Cardona y Rivera publican el artículo “Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas Embera Chamí de Colombia”, que pretende comprender las representaciones sociales sobre medicina tradicional y algunas enfermedades foráneas en indígenas Embera Chamí de Colombia. Plantean como elemento central para fomentar la interculturalidad en salud y la identidad étnica a partir de la conservación y reivindicación de los saberes acumulados por este grupo.

A pesar de las iniciativas de la OMS por potenciar la interculturalidad en salud, aún falta mucho camino en Colombia, lo que representa un problema frente a la salud para los pueblos indígenas, dado que en este país existen 102 pueblos indígenas con 1.378.884 personas, distribuidos en 710 resguardos con cosmologías diversas.

El Journal Immigrant Minority Health, en el artículo “Immigration, acculturation and chronic back and Neck problems, among latino americans”, (Bui et al, 2011), plantea que la alta a culturización con los migrantes procedentes de culturas con prácticas en salud proteccionistas, experimentan empeoramiento de su salud al ingresar a espacios con una nueva cultura y comienzan a practicar hábitos no sanos.

Avalo, et.al. 2010, en la investigación “La morbilidad por parasitosis intestinal en la comunidad indígena Drua Dó de la etnia Embera Chamí, del municipio de Trujillo, Valle del Cauca”, plantea la situación deficiente del saneamiento básico, hacinamiento, inadecuada disposición de excretas, residuos sólidos y líquidos, y su relación directa con los problemas de salud de quienes conforman el resguardo indígena.

El artículo de la Revista Chilena de Nutrición (Rosique et al del 2010), sobre el “Estado nutricional y hábitos alimentarios en Indígenas Embera de Colombia”, es de los pocos estudios sobre el estado nutricional de los Embera Chamí. A partir de los datos obtenidos, concluye que en la comunidad estudiada persiste la pobreza, junto con precarias condiciones ambientales, falta de oportunidades educativas, deficiencia en la ingesta de energía y de nutrientes y deterioro del estado nutricional durante el período de crecimiento.

En el 2011, la Revista Desacatos, número 35, publicó el artículo “Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas de Colombia”. Inicialmente presenta algunas percepciones de las comunidades indígenas Piaroas, Curripacos, Piapocos, Paeces, Guambianos y Tikunas de Colombia. Especifica que las situaciones sociales que circundan las realidades indígenas en el país han incrementado las interacciones de esta población con otras poblaciones, exponiéndolas a enfermedades virales desconocidas y al VIH-

Sida. La comprensión de la pobreza, el etnocentrismo, la violencia, la religión, las desigualdades sociales, el estigma social, la homofobia y las diferencias culturales son elementos fundamentales para abordar la epidemia del VIH-Sida en los grupos étnicos y raciales.

En el año 2012, Castillo, et al., en la Revista Ciencias Biomédicas publica el artículo “Hallazgos del uro análisis y coprológico en niños indígenas Embera y Huitoto de Florencia, Caquetá- Colombia”. El artículo evalúa la alta presencia de parasitismo intestinal e infección urinaria en poblaciones indígenas Huitoto y Embera por la falta de hábitos de higiene y de condiciones sanitarias óptimas.

La Revista en Salud Pública, publica el artículo “Estado nutricional y determinantes sociales asociados, en niños Arahuacos menores de 5 años de edad”, de (Arias y Granados , 2013) reconoce la desinformación de la situación de las comunidades indígenas como obstáculo para la aproximación a sus condiciones de salud, plantean que es incuestionable el rol de la malnutrición en su morbimortalidad; los niños indígenas tienen dos veces más posibilidades de tener desnutrición crónica y su perfil de morbimortalidad se considera similar al de grupos socioeconómicos menos favorecidos.

El artículo “Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomapieta, Caldas-Colombia”, (Cardona y Arias, 2014), muestran como la desnutrición, el parasitismo intestinal y la anemia son graves problemas de salud, que comparten factores de riesgo y se manifiesta en forma conjunta, principalmente en grupos con condiciones de vida de alta vulnerabilidad como los niños indígenas.

El artículo “Análisis microbiológico de la etno farmacología empleada por el pueblo Misak (Guámbianos), Cauca”, escrito por (Benavides, et al, 2014), evalúa la presencia, tipo y cantidad de microorganismos en algunos de los principales productos etno farmacológicos de administración oral.

Se encontró un artículo sobre el tema de etno genética, publicado en la Revista Journal Pone. El artículo da cuenta de la mezcla y patrones de distribución diversa de linajes no recombinados de los ancestros nativos americanos en la población colombiana, escrito por (Xavier, et al, 2015), y plantean que la diversidad genética de las poblaciones americanas actuales, resultan de eventos demográficos muy complejos, que implican diferentes tipos y grados de mezclas. Colombia fue la principal entrada en Suramérica durante la colonización por los Paleo indígenas.

La composición genética de la población colombiana ha demostrado ser consistente con respecto a otras poblaciones suramericanas con mezclas claras demostradas. Lo anterior, demuestra que desde el punto de vista genético aún hay linajes sin mezcla, que pueden ser la base o la explicación de ciertas actitudes socio culturales, y los Embera chamí, la población objetivo en nuestro estudio, es una de ellas.

2.2.2 Sistema de salud indígena

En el año 2000, se publicó el libro “Geografía Humana de Colombia: Variación Biológica y cultural en Colombia”, publicado por el Instituto de Cultura Hispánica. En el capítulo Sistemas de Salud de las comunidades Indígenas y negras de Colombia 1992-1996, escrito por Ardón, et al, se encuentra un estudio de casos en 3 comunidades indígenas colombianas, la de los

Arahuacos de la Guajira, la de la Reserva indígena de la Asunción del Vaupés, y la comunidad Chimila de la llanura del Magdalena hasta el César.

Plantea que parece claro que los elementos socioculturales propios de cada grupo humano son, en conjunto, una importante barrera que no ha podido ser abordada exitosamente por quienes se encargan de planificar la prestación de servicios de salud a estos grupos.

En el 2011, Calvo, presentó una Tesis llamada “Construcción del Sistema Eco-Salud a partir de las Emergencias estéticas de la relación biológica salud-ambiente-calidad de vida; Estudio de caso con el Resguardo Indígena de San Lorenzo, Riosucio, Caldas”. Es un estudio complejo, que busca construir una propuesta sistémica de eco-salud a partir de la interpretación de las estéticas de la relación biológica salud-ambiente-calidad de vida en el Resguardo Indígena de San Lorenzo de Riosucio Caldas. El enfoque utilizado emerge del pensamiento ambiental complejo para integrar de forma dinámica, caótica, rizomática la trama del actual sistema de salud.

Carmona y Lince (2001) describen con respecto a cuatro grandes tipos de factores que determinan el estilo de vida de una persona: el primero sería las características individuales, o sea las genéticas o adquiridas; el segundo las características del entorno micro social, definidas como aquellas donde se desenvuelve el individuo, vivienda, familia, escuela, entre otras; el tercero, las características del entorno macro social, es decir que influyen directamente sobre las características micro sociales como lo son el sistema social, la cultura predominante, los medios de comunicación, etc. y por último tenemos el medio físico geográfico, reconocido como la ubicación geográfica de los factores macro sociales que adquiere el individuo.

En diciembre 2014, en la Revista Salud Colectiva se publicó el artículo “Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia”, de los autores Patiño y Sandín, quienes plantean como demanda principal de las comunidades indígenas el ser escuchadas cuando se tomen decisiones que afectan a su salud o a su manera de entenderla. En Colombia, el derecho a la salud para pueblos indígenas, tal como está consagrado en los instrumentos internacionales, no existe. El acceso a los servicios de salud que están bajo el control del Estado puede estar restringido por factores como la ubicación, los costos, la lengua y los valores culturales.

En 1993 la Premio Nobel de la Paz, Rigoberta Menchú Tum, publicó la ponencia con que se inauguró el taller Situación de la Niñez Indígena en América, la cual se llamó “Nuestra última esperanza: la niñez indígena en América”, donde planteaba los graves problemas que enfrentan la niñez y la juventud indígena. Se registran situaciones principalmente en la educación, porque educación formal no ha llegado a la población indígena, negándole la oportunidad de la universidad; si hay una tradición educativa propia de estos pueblos que no se pueden desechar.

Confirma la creación de la “callejización” de los niños indígenas como un hecho, y que se da por los cientos de cambios, la industrialización, la moda, el turismo y todos los proyectos nacionales gubernamentales o no, que vive la sociedad en su conjunto, y que afectan a la niñez, provocando una tensión de los niños indígenas que se vuelve masiva, porque cada vez los sacan del hogar.

En el 2009, la autora Sánchez, participa en la autoría del libro “Los Pueblos Indígenas en Colombia; Derecho, políticas y Desafíos”, patrocinado por la UNICEF. El capítulo 2, escrito por la autora mencionada, llamado “Análisis de la situación indígena en Colombia”, muestra la

situación actual de los indígenas en Colombia, y como la guerra ha afectado estas poblaciones. Es una revisión bibliográfica que plantea varios problemas. Entre ellos, está la falta de información que manifieste el reconocimiento a la existencia de los indígenas.

En octubre del 2011, Higueta, presenta su investigación como la medida desde la medicina tradicional: El caso de una comunidad Embera Chamí, desde un punto de vista de Etno matemática, la investigación, que se realiza en Valparaíso, Antioquia, tenía como propósito analizar la relación que se puede tejer entre las prácticas cotidianas de la siembra de los pueblos indígenas Tule y Embera Chamí en un contexto escolar indígena”.

En la Revista Promoción de la Salud, los autores (Mantilla, et al, 2013) publican el artículo “Educación para la Salud: Una experiencia con población Indígena del Departamento de Choco”. El problema que maneja es la inseguridad alimentaria, los indicadores de pobreza y la calidad de vida en las comunidades indígenas Embera Chamí del Choco. Es una investigación de tipo Investigación-Acción-Participación, donde se realizaron en diversos momentos de conversación con familias y líderes comunitarios, para adquirir información sobre su nutrición. Estos momentos de conversación los denominaban encuentros de saberes, que constituyeron en un insumo para identificar las estrategias de educación pertinentes para realizar el trabajo con las comunidades indígenas.

La situación encontrada en relación con las barreras de acceso a los servicios de salud (distancias, escasez de transporte), culturales (diferencia de lenguas), económicas (precios de consultas, medicamentos, desplazamientos, entre otros) de las poblaciones indígenas del departamento de Chocó, han sido reportadas en otros escenarios, como México y Guatemala, en donde se encontraron dificultades percibidas por la comunidad indígena para el uso de los

servicios de salud por el desconocimiento de las características diferenciales, que los grupos étnicos tienen en el proceso salud, enfermedad y atención. Es así como, las condiciones de inequidad identificadas ponen sobre la mesa la importancia de reorientar las políticas y programas que tomen en consideración las realidades, características, tradiciones y necesidades de las comunidades indígenas.

2.2.3 Derechos y políticas indígenas en Colombia

Con respecto al Derecho de los Indígenas en Colombia, Olsen (2001), en su libro “Marco legal para los derechos de los pueblos indígenas en Colombia”, maneja el concepto desde el área legislativa relacionada directamente a la población indígena. Muestra el marco legal para los derechos de los pueblos indígenas, donde los territorios y recursos naturales no se limitan al concepto de derechos de propiedad, sino también se trata de derechos fundamentales que está inseparablemente vinculada al concepto de territorio como son el derecho a la vida y a la salud, el derecho a la integridad étnica, social y cultural.

En la tesis “Responsabilidad Patrimonial del Estado por Omisión Legislativa, el caso: La mutilación sexual femenina en la comunidad Embera Chamí de Risaralda – Colombia”, de Marrugo y López (2014), enfrena una costumbre cultural con la responsabilidad del Estado de no permitir esta costumbre.

En diciembre del 2007, la Revista del Observatorio Indígena de Políticas Públicas de Desarrollo y Derechos Étnicos, publicó un artículo titulado “Parques nacionales y territorios indígenas. Plantea que en Colombia cuenta con 51 áreas protegidas regidos por la Unidad Administrativa Especial del Sistema de Parques Naturales (UAESPNN)”, de las cuales al menos

23 (43%) se superponen con territorios indígenas, configurando un escenario de conflicto de jurisdicciones entre autoridades indígenas y la UAESPNN. Busca señalar algunos elementos relevantes para avanzar en la perspectiva de un futuro posicionamiento político indígena e invita a iniciar un camino de análisis colectivo sobre las implicaciones en la autonomía indígena tienen los traslapes de parques nacionales naturales con territorios indígenas.

En mayo 2009, el Proyecto DEC/OEA Bernard Van Leer, Alvarado presenta los hallazgos de investigación sobre las transiciones escolares, una oportunidad para el desarrollo integral de niños y niñas indígenas en Colombia: tendencias de las políticas de transición en las comunidades rurales, indígenas y de frontera. Este informe recoge la intencionalidad propuesta por el equipo del proyecto en sus diferentes reuniones técnicas sostenidas entre los años 2007 y 2009, centrada en comprender la forma en que acontecen las transiciones educativas de los niños y niñas de seis familias pertenecientes a la comunidad rural-indígena Embera Chamí ubicada en el municipio de Riosucio, Departamento de Caldas, Colombia. El estudio hizo un análisis desde la perspectiva del desarrollo humano integral de niños y niñas.

En el año 2011, los Cabildos del Resguardo Indígena de San Lorenzo Etnia Emberá-Chamí, publicaron el “Informe Estudio de pautas de Crianza Resguardo Indígena de San Lorenzo, municipio de Riosucio, Caldas”. Esta investigación, se enfoca en la descripción de los procesos de crianza en el Resguardo de San Lorenzo.

Describe las concepciones sobre la infancia, las significaciones, actitudes y prácticas familiares-comunitarias de la etnia Embera Chamí de este Resguardo de San Lorenzo, con relación a la gestación, nacimiento y hasta los 6 años, particularmente con relación a la crianza y al desarrollo en este ciclo vital. En la cosmovisión Embera la naturaleza está conformada por

elementales que son la esencia espiritual de cada ser y son fundamentales para mantener el equilibrio entre la naturaleza y todos los seres que la conforman.

2.2.4 Sobre desplazamiento de indígenas

La investigación “El desplazamiento del Embera Chamí y su nueva cotidianidad en la ciudad de Pereira” (Tapasco 2008), presenta el desplazamiento forzado generado por los grupos fuera de la ley o por la migración económica a las ciudades cercanas a los distintos resguardos, que agudiza más los problemas sociales que se registran en las ciudades porque se convierten en grupos marginales urbanos, lo que implican no solo el desarraigo ancestral, sino que además exige nuevas adaptaciones culturales. La causa principal del desplazamiento que se plantea en este trabajo es la violencia, tanto de tipo guerrillero, como de tipo paramilitar. La lucha entre el gobierno y los guerrilleros se presenta en la tierra indígena, y son los indígenas, quienes quedan en la mitad de la lucha, acusando cada lado de ayudar al otro lado, sin tener un protagonismo real en la disputa.

La tesis “Interpretaciones de la migración y el desplazamiento Embera, en el caso de familias embera katio en Bogotá”, (Cortes Muñoz, 2013), estudia el desplazamiento de indígenas embera katio residentes del Resguardo Tahamí Alto Andágueda, del departamento del Choco. Acoge la migración desde las motivaciones de salida de Andágueda y llegada a Bogotá; el viaje y sus protocolos de salida (preparación, despedidas, rutas, medios de transporte) y de llegada (recibimiento, instalación, recorridos etc.); y de asentamiento y vida en la ciudad. Como en el estudio anterior, la principal causa de la migración es la violencia que se da en los territorios indígenas, donde habitan originalmente.

2.2.5 Interculturalidad y determinantes sociales en salud

La Revista Perspectiva Antropológica, (Mesa 2015), publica un artículo titulado “Algunos procesos indígenas que establecen perspectiva intercultural hacia la sociedad nacional”, presenta como una característica fundamental de los planes de vida, que no son procesos terminados; y tienen que ver con los ciclos de vida de las comunidades y de sus miembros. Dice que solo es posible avanzar en su materialización, si se entiende que son procesos en permanente construcción.

El artículo reconoce las culturas occidentales y la indígena, conviviendo en un mismo espacio y compartiendo las actividades de vida, que los obliga a acercarse y a intercambiar rasgos propios de cada cultura, y que lleva al fenómeno que se llama interculturalidad.

Duarte, et. al. en el año 2011, analiza “Un modelo de atención en salud del pueblo wayuu en la frontera colombo venezolana”, busca identificar elementos que contribuyan a establecer un modelo de atención intercultural para el pueblo wayuu, teniendo en cuenta que histórica y culturalmente es uno solo, y que su territorio ancestral es el mismo y que algunos de los problemas y determinantes de salud son similares en ambos lados de la frontera.

Hasen, en el año 2012, publica el artículo “Interculturalidad en Salud: Competencias en prácticas de salud con población”. En este escrito se discute y reflexiona en torno a la manera en la cual los servicios del sistema de salud inmersos en territorios con alta presencia de comunidades Mapuche se adecuan a la idiosincrasia cultural de esta población, investigando las dificultades en los servicios de salud a la hora de ejercer la práctica de atención de salud en contextos pluri étnicos. La salud es entendida de forma holística, llevando necesariamente a una

visión epidemiológica distinta, incorporando las categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de la población de diferente cultura.

En octubre del 2012, en el “Cuarto Conversatorio sobre Salud Indígena: Justicia social para la permanencia y el vivir bien de los pueblos, realizado en Medellín, en la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez de la Universidad de Antioquía”, elabora una cartilla de avances y retos de los Sistemas de salud interculturales. Destaca que, en Colombia, aún no existe un reconocimiento del derecho a la salud, que asegure un adecuado nivel de vida o bienestar en las comunidades indígenas. Se evidencian barreras lingüísticas, culturales y geográficas, que no han sido tomadas en cuenta para la atención en salud. En la mayoría de los pueblos étnicos, no hay información precisa sobre el perfil epidemiológico, ni tampoco para un buen manejo de la salud mental.

La salud en las comunidades indígenas deber ir acompañado de la comprensión y llevar a la realidad aspectos propios del vivir en paz, tener control sobre sus territorios, valoración de la identidad cultural y participación política. El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) lo constituye el proceso de construcción, validación e implementación de una política pública en salud para los pueblos indígenas de Colombia.

Hernández (2013), publica una reflexión sobre “El paradigma epistemológico en la atención de salud pública a los pueblos indígenas en Honduras”, reconociendo la necesidad de entender el contexto cultural; aunque aún se está fortaleciendo la formación del personal de salud en el correcto entendimiento de la aplicación de la interculturalidad, término que no ha logrado interiorizarse en su quehacer y que requiere ser convertido en eje transversal, particularmente en las zonas de mayor población indígena para contribuir a disminuir las desigualdades.

En el primer semestre del 2013 se publicó el Artículo “Otras Prácticas de crianza en algunas culturas étnicas de Colombia: un dialogo intercultural”, de los autores (Álvarez, et al,) en la Revista AGO.USB Medellín-Colombia. Se plantea que, para el caso de Colombia como país intercultural, es necesario que el indígena y el afrocolombiano, tengan derecho a la educación y formación de sus niños y niñas partiendo de sus propios discursos, es decir, desde sus intereses, necesidades, opiniones, deseos, en otras palabras, descolonizar el ser y el saber. En este sentido, se busca tener conocimiento sobre salud, nutrición, desarrollo socio afectivo, entre otras prácticas de crianza no convencionales a la hora de formar al infante desde un discurso pre-científico.

(Constructor cultural), en otras palabras, desde una “sabiduría popular”, partiendo de la idea de que educar es integrar el sujeto a su cultura y ponerlo en diálogo con otras culturas.

En el año 2015, la Revista Cubana de Salud Pública, publica el artículo “Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo Embera-Chamí de Colombia”, escrito por Cardona, et al, destaca que en Colombia, a través de la ley 691 de 1991, se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema de seguridad social en salud, de tal manera que en los planes y servicios de salud pueda existir pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad con el objetivo de determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud (Wikira-Ekni o salud vida) en un pueblo indígena.

En este estudio se describieron algunas concepciones y prácticas del saber ancestral EmberaChamí, relacionado con aspectos contextuales, conceptuales y prácticos de la interculturalidad en salud, coherentes con múltiples esfuerzos por lograr una adecuación sociocultural del Plan Obligatorio de Salud colombiano.

En el tema de determinación social en salud, no hay estudios propios en la población indígena Embera Chamí. Se revisaron 10 publicaciones desde 1999 hasta el 2014, de las cuales 4 se referían específicamente a las comunidades indígenas.

Murray, Gakidou, & Frenk (1999), en su escrito “Las desigualdades sanitarias y diferencias entre grupos sociales, se pregunta ¿qué debemos medir?”, reconoce en general que hay importantes desigualdades de salud y diferencias sanitarias entre grupos sociales en muchos países, tanto de altos como de bajos ingresos, pero se desconoce el significado de estos por falta de definiciones normalizadas, de medición y de indicadores, vacío que ha limitado las comparaciones dentro de los países y entre los países a lo largo del tiempo y los análisis comparativos de los determinantes de las desigualdades sanitarias lo que limita la adopción y aplicación de políticas.

En el documento “Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables” de Wilkinson y Marmot, (OMS-2003), plantean el problema de cómo la atención médica puede prolongar la supervivencia después de algunas enfermedades graves, pero que las condiciones sociales y económicas determinan que las personas se enfermen o no, y son más importantes para las ganancias en salud de la población en general, y resumen en diez subgrupos los principales determinantes sociales en salud.

En el año 2005 surgen estudios enfocados en los determinantes de salud indígenas en diferentes zonas del país. Arias (2005), en la Revista Cad Saúde Pública del Brasil, el artículo “Determinantes próximos de la fecundidad: comportamiento reproductivo de las indígenas

Chamibida de Antioquia, Colombia”, en el que plantea que los perfiles de fecundidad de los pueblos indígenas son poco conocidos, y por la ausencia de registros regulares y falta de fuentes, hay una precariedad en estos datos. En esta investigación se trabaja con factores contextuales, económicos y sociales, y de la reproducción, entre dos sistemas de normas culturales: la indígena y la occidental.

En el 2010, la Revista de la Universidad del Norte, Opinión e investigación, publica el artículo “Salud de los Wayuu en cuerpo y alma”, escrito por Fancineth y Arismendy. El segundo autor es de origen Wayuu, realiza un estudio con las madres de la comunidad del Cabo de la Vela en Guajira, Colombia, evidenciando que el sistema de salud necesita reorientarse para solucionar la problemática de los niños de la etnia, y también respetar las creencias conocimientos de esta cultura.

“El desafío de la salud en las ciencias sociales: el caso de Brasil”, de Therezinha (2011), menciona la historia de las ciencias sociales y las historias de enfermedades, individuales y colectivas, y de su etiología social. Sustentado en las teorías de Foucault, Marx, Engels y Levi Strauss. El concepto principal es de historias de enfermedades individuales y colectivas, y de su etiología social.

El trabajo “Los Determinantes Sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación, de Santos” (2011), expresa que estas investigaciones han demostrado casi sin objeciones, que los principales factores determinantes de la salud, no se relacionan directamente con los sistemas sanitarios, sino con el ingreso económico, la educación, los derechos humanos y el acceso a servicios básicos, la situación ambiental, entre otros.

Ramos (2012), publica un artículo titulado “Determinantes en salud en niños menores de 5 años”, A.H. Bellavista. Chimbote, basándose en el modelo Lalonde, desarrolla la investigación sobre la situación de niños entre 1 a 4 años, concluye que tienen una madre con grado de instrucción secundaria completa o incompleta, sus padres trabajan de manera eventual, el ingreso es menos de 1000 soles al mes y la mayoría no recibe ningún apoyo social natural, en el que se advierte la necesidad de estudios analíticos y comprensivos.

“¿El trabajo Determinación social o determinantes sociales?, Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, de Morales et al (2013), enfrenta los conceptos de la determinación social y los determinantes sociales de la salud, reconoce que ambos conceptos tienen perspectivas ético-políticas. No obstante, estos conceptos conllevan rutas y apuestas divergentes, explicaciones distintas sobre la causalidad y el riesgo en salud, con implicaciones esenciales en las relaciones de poder, en la concepción de la ética y en la comprensión del proceso salud enfermedad. La determinación social asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social.

En el año 2014, Linares en el artículo “Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba”, pone en debate renovadas estrategias de la salud pública y reconoce el pensamiento de la medicina social que privilegia el enfoque basado en la población y la inclusión de un amplio rango de determinantes de la salud. Presenta un conjunto de ideas que muestran las oportunidades en favor de un cambio real en el uso de los enfoques de salud de la población y la determinación social de la salud en la práctica de la salud pública. Los conceptos principales de la Medicina Social se basan en vincular el proceso salud-

enfermedad y los servicios de salud con los aspectos sociales, políticos y culturales, y también el papel activo del estado en la solución de los problemas de la salud.

2.3 Interculturalidad y medicina social

Una de las características particulares de la población de Riosucio, Caldas, es la diversidad étnica en que está constituida. Aunque la etnia principal es la Embera Chamí, por su historia se han asentado etnias como la afro descendiente y del grupo descendientes de colonos europeos, tanto de España, como de otros países. El mestizaje ha sido importante. Cada una de estas poblaciones y su cultura, ayudaron a instaurar en Riosucio y zonas aledañas, una multiculturalidad e interculturalidad, que aún se vive.

La multiculturalidad, se define como la coexistencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico. Debido a las jerarquías tanto sociales como políticas, se crean conflictos y se menosprecian otras culturas. Este no es el objetivo de la multiculturalidad, sino por el contrario, es el de promover que todos tiene los mismos derechos. Pretende promover la igualdad y diversidad de las culturas. (De Castro Cid, 2003: p.304).

La interculturalidad es el intercambio o interacción de dos o más culturas a través del dialogo. A pesar de que existen diferencias entre diversas culturas, no existe ninguna cultura hegemónica, es decir por encima de otra. Todos son iguales en el sentido de derechos humanos.

“La interculturalidad se da por diferentes formas como la comunicación entre culturas y la inmigración. Es una hibridez cultural, o sea que diversas culturas conviven y se mezclan entre sí, sin hacerse un mestizaje.” (Walsh, 1998).

En el municipio de Riosucio y sus Resguardo indígenas, estas definiciones se aplican, aclarando que dentro de la multiculturalidad no ha habido menosprecio entre culturas por ellas mismas, sino se busca la igualdad, ya que los derechos se basan en el espacio de los Resguardos indígenas y quienes habitan en esa zona, y no de la procedencia étnica realmente del habitante de ese resguardo.

Con respecto a la interculturalidad, el mestizaje se ha dado, y no solo desde el concepto étnico, sino desde el concepto social y cultural, y aun de su característica de sustento económico.

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones.

“Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro.” (De Castro Cid, 2003: p.304).

La aplicación de la interculturalidad en la salud y para el tratamiento de las enfermedades, es lo que se observa actualmente en la población indígena de Riosucio, y prácticamente en todas las culturas indígenas del país. El sistema nacional de salud, sus hospitales y todo lo que implica la medicina occidental, es aceptado por la cultura indígena, sin embargo, esto no desplaza, ni ha hecho desaparecer su propio concepto cultural de la enfermedad. Continúan por su lado los representantes culturales de la salud, principalmente los médicos tradicionales y las parteras, y aplican su concepción de la enfermedad, respetando la medicina occidental.

No hay un real acercamiento entre las dos medicinas, pero tampoco un impedimento para que se practiquen simultáneamente sobre el mismo paciente, si este así lo desea, y por ello la tradición continúa perdurando, a pesar de los avances de la medicina occidental. Si se ve, compensación en las prácticas tradicionales, particularmente en el ámbito de las parteras tradicionales. Qué tanto incide una medicina u otra sobre la supervivencia de la población indígena, es un buen tema, para una futura investigación.

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad. (De Castro Cid, 2003: p.304).

A mediados del Siglo XIX autores como Villermé en Francia, Chadwick y Engels en Inglaterra, observaron una clara relación entre la alta mortalidad y la pobreza. Aunque todos tenían hallazgos similares, ninguno encontraba las causas o soluciones. Para Villermé (s.f), citado por Santos, et. al. (2011), la pobreza y las adicciones eran la causa de las enfermedades y su solución era mejorando los principios morales y una economía laissez-faire o libre. Chadwick, enfatizaba la importancia del medio ambiente, orientado hacia el control de la suciedad y la pobreza, proponiendo cuidados sanitarios y del medio ambiente para aminorar la enfermedad. Engels decía

que el capitalismo y la explotación de clases producían pobreza, enfermedad y muerte, y la única forma de enfrentarlos era con la revolución socialista (Pellegrini, 2011; Santos, s.f).

Virchow (1821-1902), considerado el padre de la medicina social, afirmaba que “la ciencia médica era intrínsecamente y socialmente una ciencia social” y que “las condiciones económicas y sociales tenían un efecto importante en la salud y la enfermedad, y que tales relaciones deberían ser objeto de una investigación científica”. Incluía que “el termino de salud pública expresa su carácter político y su práctica, que debería necesariamente orientar hacia la intervención en lo social y en la vida política, para identificar y remover obstáculos que disminuyeran la salud de la población” (Pellegrini, 2011; Santos, s.f)

Actualmente, la Salud Pública es la rama de la Medicina que más se acerca a las ciencias sociales. A nivel internacional y según Terris (1990), propone una adaptación contemporánea a la definición de Winslow planteada en 1920, expresando que la salud pública queda definida como: La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, s.f)

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, define la salud pública como la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial,

individual, colectivo y comunitario, logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida (Ministerio de Salud de Colombia, s.f).

Esta definición coloca la medicina más en lo social, planteando una alternativa no clínica, en los modos de apreciar la medicina y ejercerla, con resultados masivos en las poblaciones implicadas, como lo pensaba Virchow.

La Promoción y Prevención de la Salud se inicia primero con la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1946 y luego con la Declaración de Alma Alta en 1978; expresa los parámetros a seguir en la salud pública, orientándose específicamente hacia la educación de la población sobre las enfermedades y sus riesgos (Organización Panamericana de la Salud, s.f). Basados en estos parámetros la medicina moderna en el mundo occidental dio un giro buscando disminuir los indicadores de morbimortalidad de las diferentes enfermedades y hacia la educación, comprometiendo a los mismos pacientes en la responsabilidad de su salud. La Declaración de Ottawa en 1986 reafirma estos principios de salud.

Sin embargo, la medicina social, como línea de la salud pública, que luego se independizó, continuó con un acercamiento más político-social de la salud. Se destacan el matrimonio de Sídney y Kirk (2006), con su trabajo en Pholela, Sudáfrica, Salvador Allende en Chile y el Che Guevara en Cuba y Bolivia, médicos que utilizaron distintos elementos de la medicina social para desarrollar sus ideologías. Todos los anteriores investigadores, incluían los determinantes sociales como parte de su ideología.

De acuerdo a lo anterior, uno de los primeros y más influyentes investigadores que comenzó a concretar los determinantes sociales fue Lalonde en 1974, quien identificó como

determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención (The Social Determinants of Health SACOSS, 2008).

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead (2006) y adoptado por Acheson en su informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña (THE Social Determinants of Health SACOSS, 2008).

En lo que respecta a los determinantes sociales, de acuerdo con Morales, et al, 2013, son un derivado del saber epidemiológico clásico convertido en epidemiología social anglosajona, que destaca como elemento central, las desigualdades sociales en salud donde corroboran que las condiciones de vida determinan la manera como las personas enferman y mueren.

En resumen, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Roberts et. al., s.f). Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Por su parte en Latinoamérica se desarrolla el movimiento de la salud colectiva bajo la influencia del pensamiento marxista, la revolución cubana y las luchas antiimperialistas. La idea central es que la salud y enfermedad, deben entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser en el contexto social que las

determina. Fundamentados en las vertientes epistemológicas de Kuhn y de Bourdieu, se enfocan hacia la determinación y la define la determinación, como proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades. Más adelante se profundizará este concepto de determinación social en salud, que es el que me baso, en esta la investigación.

2.3.1 Contraste entre Medicina Anglosajona y Medicina Social Latinoamericana

Como hemos visto, las diferencias de la Medicina anglosajona y la Medicina social latinoamericana no son únicamente conceptuales, sino que incluyen diferencias históricas, y ético-políticas. En la segunda mitad del siglo XX se derivaron dos enfoques epidemiológicos; el primero nace del saber de la epidemiología clásica, convertido en la epidemiología anglosajona donde su principal enfoque son los determinantes sociales en salud, y el segundo, un surgimiento de alternativa al primero, basados en la medicina social y la salud colectiva, donde su enfoque principal es la determinación social en salud. Las dos vertientes de la epidemiología social reconocen la importancia del campo social de la salud en interacción con la biología. (Morales et. Al, 2013) Pero las diferencias de los enfoques aparecen al analizar sus supuestos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos. La siguiente tabla visualiza sus contrastes:

Tabla 1.

Contrastes entre determinantes sociales en salud y determinación social en salud.

Determinantes sociales en salud	Determinación social en salud
1. Derivado del saber epidemiológico clásico pero convertido en epidemiología social anglosajona.	Ejercido como propuesta alternativa a la Epidemiología clásica y devenida en la medicina social y salud colectiva latinoamericana, base del enfoque de la determinación social de la salud.
2. Sostienen una perspectiva funcionalista de la sociedad, con privilegio de la idea de homeostasis como pauta y de cualquier alteración como desviación.	Sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social.

Determinantes sociales en salud	Determinación social en salud
<p>3. Ven lo subjetivo referido al individuo y separado de lo objetivo y de lo social que lo contiene. De allí que las condiciones de vida se entiendan como factores de riesgo sin historia, cuya relación con el individuo está dada por la probabilidad, en un lugar y tiempo definido.</p>	<p>Identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades.</p>
<p>4. Definen la estratificación social con base en los contextos sociales los cuales determinan la salud por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos y los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferenciales de los individuos.</p>	<p>No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general.</p>
<p>5. Entienden que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder de la sociedad.</p>	<p>Los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos, ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social.</p>
<p>6. Buscan evidenciar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la vulnerabilidad diferencial del individuo y al tiempo de exposición a nivel de lo empíricamente observable. Ambas propiedades individuales son asignadas al sujeto, aunque se señalen factores estructurales que funcionan como determinantes de dicha exposición.</p>	<p>Releva las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia.</p>
<p>7. La intervención del Estado es sobre cada actor responsable de la cadena causal. La estrategia es la coordinación de actores para afrontar la corresponsabilidad del fenómeno mórbido.</p>	<p>Reconoce el fuerte vínculo de la ciencia y la política, y establece como propósito central de la investigación y de la acción, la transformación social. Implicaciones praxiológicas</p>
<p>8. Confieren mayor potencial de cambio a las acciones estatales orientadas a fortalecer las políticas y programas sociales, los acuerdos económicos y la gestión política sin cuestionar las bases estructurales de las inequidades en salud que están relacionadas con el modelo de acumulación capitalista.</p>	<p>Otorga peso a los cambios en la correlación de fuerzas sociales y a la transformación de la calidad de vida con base en la contra-hegemonía de las clases subordinadas frente al poder económico, ideológico y político de las clases dominantes</p>
<p>9. Se inscriben en la noción liberal de justicia, según la cual se acepta como justo la acción individual moralizante que conlleva castigo sobre los enfermos. La política de salud desde esta noción, propende por el logro de igualdad mediante acciones de justicia distributiva con subsidios cruzados, beneficencia y cooperación. Para los enfermos esto conlleva un grado de vulnerabilidad o victimización para acceder a este tipo de política.</p>	<p>La inequidad social es entendida como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación. Dichas relaciones enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de “triple inequidad” conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social. Dicha matriz se articula a las formas de producción capitalista y produce inequidades sociales e inequidades en salud.</p>

Fuente: Morales et al, 2013.

2.4 Epistemología de la determinación social en salud

El concepto determinación social en salud, se debe aclarar para entenderlo y profundizarlo. Se puede entender fácilmente desde un punto de vista descriptivo positivista, pero limita su alcance real. Por ello a continuación se profundizará en la frase del subtítulo del problema.

El concepto de determinación, en contraposición a la noción de causa, permite pensar el objeto de estudio de la salud colectiva. En lugar del determinismo causal, basado en la triada agente-huésped-ambiente utilizado comúnmente en la salud pública, se entiende la salud como lo plantea la salud colectiva de Breilh (1989), como un proceso salud-enfermedad desde la totalidad constituida por las formas específicas en que la sociedad se organiza y se reproduce política, económica y culturalmente.

De esta forma, el carácter social e histórico de la salud y la enfermedad puede explicarse asumiendo que son momentos de un mismo proceso; que, si bien tiene que ver con la plasticidad del organismo para responder “a través de sus condiciones de desarrollo”, también ocurre en un contexto de existencia de los individuos en la sociedad y en un momento de devenir histórico.

De manera general, la salud pública asume la causalidad como principio que existe en sí mismo y que puede ser observado en la naturaleza, que regula toda sucesión de fenómenos, y a través del cual pueden establecerse relaciones verificables y predecibles. Esta postura asume que los fenómenos son condiciones objetivas entendiéndolo como existencia propia e independiente de cualquier interpretación. Es decir, que solo se puede conocer a través de los sentidos (Rodríguez y Soto, 2011).

La causalidad según Humé (2012), puede ser entendida de dos maneras: 1) de un objeto A se sigue uno B, y 2) si un primer objeto no tiene lugar, un segundo no puede existir. La causalidad probabilística puede explicarse a través de relaciones condicionales, según la necesidad y la suficiencia de los elementos que están presentes en la relación. De esta manera, dado que a la causa no siempre le sigue un efecto, se pueden establecer distintos tipos de relaciones (Rodríguez y Soto, 2011).

Según Kant (1996), el carácter objetivo de la causalidad solo puede ser explicado a priori, debido a que el concepto de causa se funda en el entendimiento porque, que A siga a B es una representación mental que hace posible conocer algo como objeto, donde la sucesión no es más que una representación de tiempo que permite organizar los fenómenos.

Una representación a priori implica ideas, conceptos, juicios o raciocinios que no surgen de la experiencia, sino que se han producido a partir de razonamientos. No obstante, las representaciones a priori deben poder ser aplicadas a objetos de la experiencia, porque de otro modo no tiene ninguna utilidad. Kant (1996), cita que “no hay una prevalencia de los sentidos sobre la razón, o de la razón sobre los sentidos.”

La causalidad como representación a priori es necesaria y universal; necesaria porque si tal concepto no estuviera formado en el entendimiento, antes de tener alguna experiencia no se podría conocer; y universal porque se aplica a todos los fenómenos de la experiencia. Sin embargo, aquí no se está hablando de la necesidad en el mismo sentido en que se expuso cuando se hablaba del modelo condicional. Hay que tener claro que el carácter necesario de la causalidad no se refiere a que una relación causal sea necesaria, sino a que el esquema general

de la causalidad debe estar en el entendimiento para poder establecer que una relación entre fenómenos es una relación de tipo causal (Rodríguez y Soto, 2011).

Por tanto, si el principio de causalidad no deriva de la experiencia, sino de la razón, es decir, es una determinación a priori, entonces no es posible establecer, a través de la medición de la sucesión de fenómenos en el tiempo, la causa de la enfermedad. Lo que sí puede hacerse, es determinar apriorísticamente la relación entre fenómenos: aplicar un concepto abstracto (causalidad) a objetos de la experiencia. Al hacer esto, el valor objetivo del conocimiento obtenido a partir de establecer esta relación no yace en su carácter empírico, sino en la acción subjetiva del sujeto que conoce (Rodríguez y Soto, 2011).

En este caso, “determinar”, debe entenderse desde el punto de vista fenomenológico, es decir, agregar un predicado real a un concepto para ampliar su conocimiento. La determinación en este sentido no es una determinación real, sino lógica. De esta manera, hay determinaciones que tienen su origen en la experiencia, y determinaciones que tienen su origen en la razón. Por su carácter apriorístico, la causalidad es una determinación lógica y no una determinación empírica.

Desde cierta perspectiva, el determinismo se ha entendido como una relación causal necesaria y unívoca. Sin embargo, estas características de la causalidad no son las que la hacen ser determinante. Si bien la causalidad es una determinación, no toda determinación es causalidad; por tanto, no se puede decir, desde un punto de vista ontológico, que causalidad es igual a determinación, entendida como una relación total y absoluta entre una causa y su efecto. La tendencia a confundir o reducir la determinación a la causalidad es un problema al que se enfrenta la formación científica que ha estado presente desde etapas muy antiguas del

conocimiento, y que en el campo de la salud ha sido columna vertebral del pensamiento explicativo de su objeto de estudio.

En la salud colectiva la determinación es una categoría central en la explicación del proceso salud-enfermedad. El planteamiento básico es que las condiciones materiales de existencia determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos. En un trabajo posterior, McKeown (1972) dice que las condiciones sociales son las causas fundamentales de la enfermedad, ya que el mejoramiento de la salud que experimentó la sociedad durante este período se debe más a las mejoras en las condiciones económicas que a los avances en medicina o las intervenciones en salud pública.

La salud colectiva atiende al proceso colectivo en el que se producen y reproducen las condiciones sociales que llevan a enfermar de una manera específica a los grupos humanos; según su inserción en el proceso de producción y consumo son considerados determinaciones fundamentales del proceso salud-enfermedad, pues es a partir del estudio de las contradicciones entre valores de uso y fuerzas deteriorantes, generadas por el modo en que se organizan y reproducen socialmente los grupos humanos, que se pueden entender los problemas salud- enfermedad (Breilh, 1989).

Al concebir la salud-enfermedad como un proceso colectivo de producción y reproducción social, la salud colectiva argumenta que este proceso está determinado por el desarrollo de las fuerzas productivas, las relaciones de producción y la ideología del grupo dominante, porque son estas formas específicas con las que el hombre entra en contacto con la naturaleza y la transforma socialmente. Es decir, que la forma en la que el ser humano se apropia de la naturaleza está determinada por el modo de producción en una formación social

determinada, pero, además, por cómo se articulan entre sí distintos modos de producción o formaciones sociales en un momento histórico específico. Lo que los hombres hacen, determina la salud-enfermedad como fenómeno material, que todavía no es pensado por el hombre: la forma en que es caracterizado el fenómeno material define el proceso salud-enfermedad. Este carácter doble: ideológico y material del fenómeno biológico individual, es lo que le da su carácter de determinación social (Breilh, 1989).

El proceso salud-enfermedad adquiere historicidad porque los procesos donde tiene lugar son circunstancias de los individuos que han construido en el devenir, y cada una de esas circunstancias está definida en condiciones y contextos específicos de la sociedad; es decir, que no se puede dar cuenta de ello al margen del momento histórico en el que se desarrolla (Breilh, 1989).

Breilh (1989), basado en Bunge en 1972, apunta tres definiciones que son utilizadas frecuentemente en el campo científico. La primera es la determinación como característica definida de un proceso, la segunda tiene que ver con correlaciones de univocidad, y la tercera con modos de devenir. Esta última acepción, explica mejor la génesis de los procesos sin llevar hacia el determinismo. Esto conduce a la fenomenología, y, por ende, determinación no tiene que ver con la medición de relaciones, ya necesarias, ya probabilísticas, sino con la condición subjetiva de la humanidad.

Un acontecimiento histórico no es algo que ha quedado atrás en el tiempo, sino que adquiere permanencia en y a través de la actividad humana, y es esta misma permanencia lo que hace que se continúe. Así, la enfermedad como determinación, no es sólo un acontecimiento que ocurre en el tiempo, sino que el tiempo transcurrido del sujeto en su entorno de producción y reproducción social es el que explica la presencia de la enfermedad.

El ser humano, está representado en la filosofía de Heidegger por el “ser ahí”. Ser ahí implica “ser en”, es decir que no solo es en sí mismo, sino que es en algo y ese algo es el mundo. Por ello, ser, hace referencia a estar siendo en el mundo. Pero el mundo no es solo lo que está ahí afuera, sino que el mundo es también ahí adentro. El mundo no es independiente del ser humano, es parte de él (Rodríguez y Soto, 2011).

Considerando que, desde una perspectiva ontológica, determinación es la manifestación de ser del humano en el mundo, en la que se agregan significados a los objetos de la experiencia, permitiendo ampliar el conocimiento que se tenga de ellos, y que los modos de ser posibles sean siempre modos temporarios, se puede establecer una explicación fenomenológica.

Desde la perspectiva de Heidegger, se pueden retomar las categorías de la salud colectiva como: determinación es la manifestación de la subjetividad del sujeto que se desenvuelve en el espacio social, dando significado y sentido a los objetos, acciones y relaciones que establece en ese espacio. Lo que no cambia y que es la esencia del sujeto, es su carácter temporal; el sujeto no puede liberarse del tiempo como base a través de la cual interpreta todo lo que capta mediante los sentidos. El tiempo sirve para comprender, como resultado de un proceso de interacción social, el fenómeno biológico al que se determina salud-enfermedad (Rodríguez y Soto, 2011).

Determinar, es el decir del sujeto sobre los objetos de la experiencia; pero el decir del sujeto está siempre fundado en su carácter de ser-en-el mundo, o sea, en la posición que guarda en el espacio social; pero este decir también se funda en su propio carácter temporal, porque interpreta el mundo siempre desde su posición temporal/finita, es decir, en un momento histórico en el que están dadas de cierta forma las características del espacio social,

donde se enfrenta a ciertas condiciones que le permiten relacionarse con cosas y sujetos de una manera específica (Rodríguez y Soto, 2011).

En la fenomenología de Heidegger determinación e historicidad son conceptos que permiten comprender al “ser-ahí” en su forma de ser cotidiana, como un ser que conoce no solo interiorizando los objetos de la experiencia, sino también expresando en los objetos su subjetividad.

No se puede concebir la historicidad como “fuera de nosotros”, porque todo acontecimiento es posible en tanto relación de representaciones determinada por la conciencia. El cambio no es un carácter de tiempo en sí, sino de los fenómenos en el tiempo, y como éste no puede ser percibido en sí mismo, se debe buscar en sus determinaciones (los fenómenos), lo que no cambia que es el substratum de toda simultaneidad y sucesión.

En esa perspectiva, lo que hay que entender es que con “determinación” se significa algo distinto a lo que comúnmente se representa en la concepción empirista de causa; se quiere hacer latente “algo más” allá de la experiencia que muestra el puro poner “ante los ojos juntas” cosas que suceden.

De otro modo el argumento cartesiano sustancialista triunfa y todo el conocimiento estaría dado por la razón, y no tendría ningún fundamento empírico. Si se piensa la determinación como la relación necesaria entre fenómenos, cualquiera que sea la naturaleza de estos, cualquier reflexión, cualquier intento de ir más allá de lo que aparece ante los ojos, será vacío. Así la única posibilidad de salvar el sustancialismo es preguntar por la existencia. Esto hace necesariamente interrogar por “quien” y no por “que”. La pregunta planteada así abre la posibilidad de acceder al ser en su esencia; es decir en su modo de ser histórico. De

esta manera, se puede conocer la historicidad del ser si se comprende el “ser ahí” como un ser determinante (Rodríguez y Soto, 2011).

En tal sentido, comprender desde un punto de vista histórico comienza en ocuparse de los enunciados sobre ciertos acontecimientos que ocupan el interés, detenerse ante proposiciones que los sujetos construyen en el “decir algo”, y avanzar después hacia la comprensión de eso que se dice. Aquí es donde el interpretar fenomenológico permite el acceso a aquello que la palabra guarda en su decir.

Sin embargo, como el lenguaje no es el lugar primario de la verdad y no toda interpretación lleva a la verdad, se debe ir hacia la articulación de una fenomenología hermenéutica para la salud colectiva que permita pensar dialécticamente las prácticas concretas que los sujetos individuales y colectivos realizan ante situaciones de salud-enfermedad y en su específica manera de insertarse en el movimiento general de la reproducción social (Breilh, 1989).

Esta articulación fenomenológico-hermenéutica puede plantearse a partir de estudiar los diversos discursos sobre la salud-enfermedad y buscar en ellos su esencia a través de interpretarlos. Heidegger al colocar el lenguaje como una forma en la que el “ser-ahí” puede ser comprendido históricamente, abre esta posibilidad. A través del lenguaje, la esencia del ser se manifiesta, pero para poder acceder a ella, hay que hacer las preguntas pertinentes, y esas preguntas deben estar dirigidas al ser (Rodríguez y Soto, 2011).

La representación del tiempo no puede derivarse de la experiencia, sino que más bien, puede ser aplicada a la experiencia, tiene un carácter a priori. En ese sentido, es que se entiende el

tiempo en la fenomenología-hermenéutica. La importancia que tiene esta concepción del tiempo es que, en primera instancia, la objetividad del conocimiento no está ya dada en la observación de hechos que se conocen tal y como se dan a los sentidos, sino en el carácter a priori de los conceptos, siendo estos los que hacen posible la observación empírica. Si no se tiene en el intelecto la noción de causa anterior a una experiencia, no es posible establecer reglas de causalidad.

Otra implicación en este concepto de tiempo es que permite darle un papel fundamental al sujeto, el “ser-ahí”, porque el tiempo es la esencia original del humano, no algo independiente de él. El humano es temporal, no sólo por su finitud, sino porque el tiempo se gesta en él y al mismo tiempo lo constituye. Preguntar por la relación de los fenómenos en el tiempo es preguntar por la manera en que el humano se manifiesta, pero también como es afectado por su forma de ser y la forma de ser del otro con el que se enfrenta al estar siendo (Rodríguez y Soto, 2011).

La determinación supone una organización de fenómenos que se suceden en el tiempo, entendida como la dimensión de existencia del humano, la esencia del “ser ahí”. Es una representación a priori, lógica, organizadora de la complejidad y de la totalidad. Es un poner en perspectiva dimensiones y procesos que permiten el entendimiento de la existencia del ser como universalidad y como concreción que conserva la esencia de lo que ha cambiado y al mismo tiempo el cambio de lo que permanece (Rodríguez y Soto, 2011). Es así, una forma de comprender la salud-enfermedad como producto de la propia existencia del humano; pero no el humano aislado, en su pura individualidad, sino como productor y partícipe de la propia acción transformadora de la sociedad en que se desenvuelve; y por lo tanto, como génesis y consecuencia de la enfermedad, la salud, el bienestar.

La noción de complejidad donde los sujetos se desenvuelven, desde la mirada ontológica de la realidad recortable para su análisis o la imposibilidad de abarcamiento del todo, representa en los hechos, un posicionamiento que lleva a interpretar la causa como eventos aislados del sujeto, su devenir y sus nexos relacionales. En cambio, a través del pensamiento fenomenológico se puede ir más allá de los límites de la experiencia, es decir hacia lo trascendental sin caer en el terreno de lo aparente, al que puede conducir el uso absolutamente a priori de los conceptos.

La determinación social en salud, asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual. Sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social. Identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general. Reconoce el fuerte vínculo de la ciencia y la política, y establece como propósito central de la investigación y de la acción, la transformación social. (Morales et. al, 2013).

El nuevo paradigma de la epidemiología crítica es la base teórica principal utilizada en este estudio, ya que cuestiona la epidemiología clásica lineal, y supera esa noción restrictiva. Propone una construcción innovadora del espacio de la salud retomando los aportes de la teoría crítica del espacio y la geografía, y articulando estos avances con los de la propia epidemiología desde una perspectiva de la determinación social de la salud. Desde esta óptica

se repiensa la relación urbano-rural a la luz de los procesos históricos de aceleración, drástica pérdida de sustentabilidad y profunda inequidad urbanas, así como del papel de la nueva ruralidad capitalista monopólica, en avivar el cierre del espacio de la vida. Aplica una metodología propia, donde la perspectiva general, particular e individual, son el eje del análisis, y que la profundizaremos a continuación (Breihl,2010).

3. Capítulo 3. Metodología

3.1 Enfoque del estudio

El enfoque de estudio es la epidemiología crítica, la cual abarca la investigación cualitativa y cuantitativa, considerando el contexto histórico-social del problema. Acoge instrumentos de la investigación cuantitativa, como los indicadores de salud, el número de población indígena en cada resguardo y la descripción que se hace sobre la dimensión general y la dimensión particular en el estudio. La investigación cualitativa utilizando la epidemiología crítica, es el eje de la investigación, en las todas las dimensiones, principalmente la particular e individual. Según Breilh usa la narrativa meta crítica que se basa en una propuesta intercultural en la que se evidencia una estrecha relación entre la construcción de esa epidemiología crítica y una concepción emancipadora de la praxis, y no simplemente un nuevo arreglo de viejas ideas y fórmulas funcionalistas. A las cuestiones científicas y políticas se agregan las cuestiones éticas, que según Breilh es la ética del modo de vida. Ilustra de manera ejemplar lo que la teoría crítica propone tanto en el sentido de lo que significa la palabra ‘crítica’, en cuanto a lo que se refiere a la crítica interna (análisis riguroso de la argumentación y del método), y lo que hace al sentido de la relación entre los análisis de las condiciones de regulación social, desigualdad y poder.” (Jaime Breilh, 2003)

El objeto de este análisis es la determinación social de la salud, que si bien anima una profundidad inquietud intelectual, la motivación central para presentar esta reflexión pormenorizada, es la inquietud ético-política de aportar a la defensa del pensamiento crítico de la salud colectiva latinoamericana y de la epidemiología específicamente, en momentos de

remozamiento y penetración del espíritu tecnocrático. La determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales de nuestra propuesta para una epidemiología crítica, que se enunció in extenso por primera vez en 1976/77 y luego en diversas obras que se han sumado a la de otros autores de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza, que comentaremos luego ha conformado desde el inicio de los años 70 el eje teórico con el que se ha construido un proceso de ruptura con el paradigma de la vieja salud pública, basado en un nuevo contenido y articulación de la práctica, el desarrollo conceptual y metódico-instrumental de la epidemiología.

En el empeño de esta investigación teórica sobre el desarrollo del pensamiento epidemiológico se busca integrar el poder explicativo de una relectura- desde el realismo crítico de dos vertientes epistemológicas encabezadas por Tomas Kunh y Pierre Bordieu (Breilh).

El método es un movimiento dialéctico. Visto así el orden de las cosas, significa que la determinación social va en ese doble y opuesto movimiento, donde juegan un papel importante para el cambio tanto la resiliencia y la movilización individual que busca generar nuevas condiciones y se expande hasta adquirir una fuerza material colectiva; así como la Resiliencia de las formas sociales generales (lógica de acumulación, poder político y cultura) que tiende a reproducir su esencia. Es decir, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, se reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos individuales, su curación y la prevención individual o colectiva.

El reto de establecer procesos de construcción científica con grupos vulnerables demanda una actitud de compromiso con la transformación de los contextos sociopolíticos donde prevalecen condiciones de inequidad y opresión. Así, Breilh (2013) afirma que, la noción de determinación social de la salud propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizadados, como el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis. (Breilh, pág.14, 2013).

Bajo esta lógica, la metodología de la presente investigación sobre la determinación social de la salud en la primera infancia indígena, se inscribe en el paradigma de realismo crítico, propuesta por el Dr. Breilh quien utiliza como método la epidemiología crítica, en tanto disciplina que articula bajo la teoría de la determinación social de la salud, el estudio de la crítica de la economía, la ecología, la historia y la geografía, como marcos disciplinarios hermanos que permiten un estudio profundo de las realidades sociales y de los procesos que impactan la salud humana (Breilh 2004).

El concepto de la salud en este nuevo paradigma, es un objeto polisémico: la salud como objeto real; la salud como sujeto del conocimiento; y la salud como campo de praxis. La salud, para este autor, está conformada por estas tres interpretaciones, como objeto o ser, como sujeto o pensar, y también como praxis que es el hacer de la salud (Figura 1).

La salud: noción polisémica y compleja



Figura 1. La salud, noción polisémica.

Fuente: Jaime Breilh, 2008

Metodológicamente se observa el despliegue de dos momentos; uno de orden cuantitativo y otro del orden cualitativo, que en este caso corresponden al análisis y explicación de las condiciones que se observan en la salud de los niños y niñas menores de 5 años de la población indígena Embera Chamí, de Riosucio, Caldas. Es decir; se indaga, desde una dimensión general, particular e individual, entrando de lo general a lo específico y de la vía contraria, como lo muestra la figura- 2 a continuación. Se observa también una relación entre la naturaleza y la sociedad, que se determina como metabolismo y son los procesos que inciden de una u otra forma, en los espacios de cada sector. Todo lo anterior se resume en la Figura-2.

Esto implica reconocer la forma de valoración cualitativa de la población en estudio, y en cada dimensión identificar lo que se llama las 4S en este paradigma, que son la Sustentabilidad, Soberanía, Solidaridad y la Seguridad. Cada dimensión (General, Particular y Singular), tiene

unos conceptos propios, a los cuales se les aplica estas 4S para interpretar y analizar como en la dimensión se está apoyando o deteriorando el espacio estudiado, como se presenta en la figura-3.

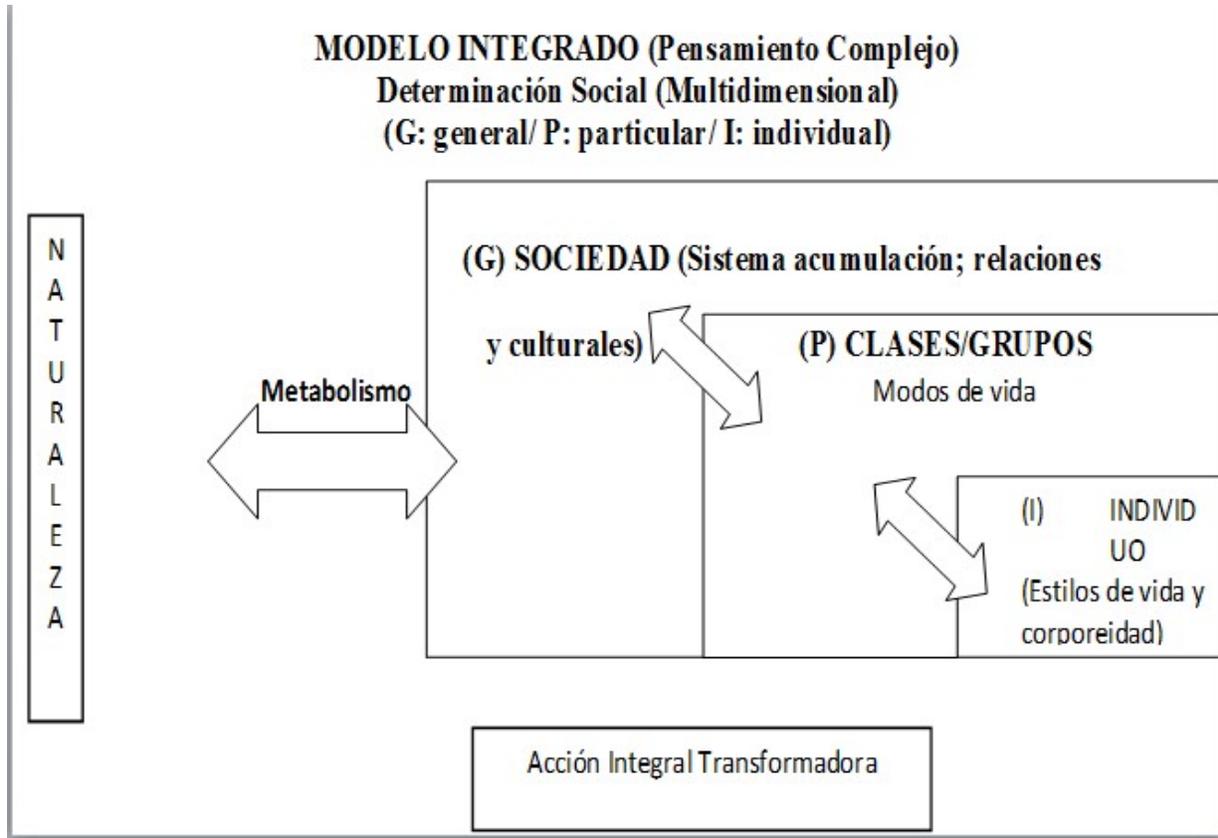


Figura 2. Modelo integrado.

Fuente: Jaime Breilh, 2008

Igual que lo anterior, para abordar los procesos críticos en la Determinación del vivir saludable, las 4S (sustentabilidad, soberanía, solidaridad y bioseguridad integral), se aplican en el espacio de la producción y lugar de trabajo; el espacio de consumo, hogar y movilidad; el espacio de soportes colectivos y espacios o medios políticos; el espacio de la construcción de la subjetividad, construcciones de género y etnicidad; y finalmente los espacios de relación con la naturaleza y ecosistemas. Estos procesos críticos de la determinación social, pasan entre estos espacios de ida y vuelta como lo muestra la Figura-3.



Figura 3. Procesos críticos en la determinación del vivir saludable.

Fuente: Aceleración agroindustrial: peligros de la nueva ruralidad del capital en ¿agroindustria y soberanía alimentaria?. Brassel, Breilh y Zapata, 2011.

“La dimensión General, es la sociedad, como sistema de acumulación de capital y construcción histórica de intercambios materiales y relaciones en territorios y ecosistemas; lógica general de la reproducción social: relaciones de poder y modos civilizatorios.” (Breilh, 2003)

Los Grupos sociales o dimensión particular, son los modos de vivir patrones de metabolismo diferenciados por sistemas productivos con grupos y relaciones de poder en la matriz de poder: clases, género y etno culturales. El modo de vida incluye a) Las condiciones grupales de trabajo, que es la posición en la estructura productiva y los patrones laborales, b) la calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo, como el tipo de cuota, construcciones de necesidad, sistemas de acceso, y patrones de consumo, c) la capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales e identidad, d) la capacidad objetiva del grupo para

empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo, y e) la calidad de las relaciones ecológicas del grupo o sea las relaciones con la naturaleza. (Breilh, 2003)

La dimensión individual, son los individuos, sus familias y las relaciones familiares e individuales. Se resumen en los estilos de vida cotidianos por libre albedrío individual, variabilidad cotidiana y grados de libertad. Incluye la valoración de a) el itinerario típico personal en la jornada de trabajo, b) patrón personal y personal de consumo como la alimentación, descanso, vivienda, acceso y calidad de servicios y recreación, c) las concepciones y valores personales, d) la capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud, y e) el itinerario ecológico personal. (Breilh, 2003)

Es claro que, en esta investigación por el sujeto de la investigación, niños indígenas menores de 5 años, no se puede aplicar todas estas descripciones, pero nos enfocamos hacia las condiciones de los genotipos y fenotipos, subjetividad y vida cotidiana.

En cada dimensión existen procesos los cuales protegen la salud y las propiedades de cada grupo en estudio, pero así mismo existen procesos destructivos, llamados malsanos, los cuales afectan la salud y las propiedades de cada grupo en estudio.

La primera dimensión, identificada dimensión general (G), y en este caso se enfoca al “espacio” o territorio municipal de Riosucio, departamento de Caldas. La segunda dimensión, refiere a lo Particular o Grupal (P), se enfoca en los cuatro Resguardos Indígenas del Municipio de Riosucio, porque son las unidades grupales territoriales/espaciales, sociales, políticas y culturales de los indígenas Embera Chamí de Riosucio. Finalmente, la tercera dimensión, la individual o singular, se concentra en los estilos y condiciones de la salud en los niños y niñas

menores de 5 años. Es de resaltar que las dos primeras dimensiones son de carácter colectivo y la tercera dimensión, de carácter individual.

Los procesos críticos en la determinación en la salud en los indígenas se evalúan de acuerdo a las 4S, enfocando la dimensión general de acuerdo al metabolismo Sociedad-Naturaleza, a la dimensión particular de acuerdo con los procesos de modo de vida, y la dimensión individual, de acuerdo a los estilos de vida. Esta es la base de la ética de la salud colectiva, la cual nos lleva a las actividades a realizar en la comunidad, que se resume en esta imagen a continuación.

3.2 Ética de la salud colectiva

“La ética de la salud colectiva encuentra sus inicios desde los trabajos sobre el desarrollo humano y los cuestionamientos de utilidad que hace Amartya Sen en sus obras.” (Bedoya Abella, 2010). Para este trabajo, se acogen los principios éticos del Documento programático de la Red Colombiana de Salud Colectiva, como es “reconocer en la Salud Colectiva un campo de pensamiento crítico dentro del campo de la Salud, con perspectivas emancipadoras y trayectorias teórico-metodológicas”.

En este mismo documento, se propone “una superación dialéctica del enfoque teórico metodológico de la salud pública tradicional y la epidemiología positivista hegemónicas, creando y recreando instrumentos metodológicos de investigación y gestión participativas, colectivas, y democráticas, que aporten a la comprensión y solución de las necesidades en salud construidas de forma colectiva”.

Finalmente, se comprende la salud como un objeto-concepto-campo social, histórico y complejo, y como un bien público, y en la salud colectiva, se defiende el goce pleno a los servicios de salud y protección social como derechos universales y como elemento esencial para la vida digna.

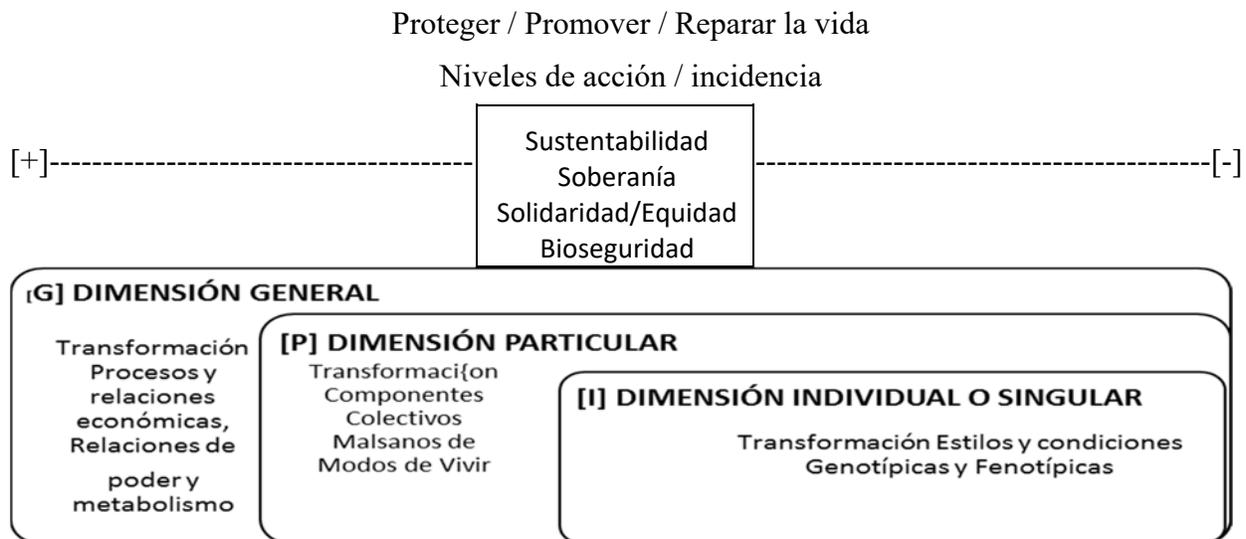


Figura 4. Proceso de determinación social en salud.

Fuentes: Tomada de Documento de Jaime Breilh, La Determinación social de la salud como herramienta de la ruptura hacia la nueva Salud pública (Salud Colectiva)

Desde la epidemiología crítica, la dimensión general corresponde a la determinación estructural, la dimensión particular corresponde a la determinación por mediaciones y la dimensión singular a los procesos terminales en el individuo. Lo estructural o dimensión general, es la sociedad en un todo con su orden general, sus relaciones y políticas económicas, políticas y culturales; e incluye también la relación de lo social y la naturaleza, que se denomina metabolismo. La dimensión particular o de dimensión de mediaciones, incluye el orden de salud grupales y los modos de vida. Esto se manifiesta en los perfiles epidemiológicos. Finalmente, la dimensión singular o individual, se manifiesta en los

procesos terminales, que incluye el orden individual y estilos de vida. En esta dimensión, influyen los genotipos, fenotipos, subjetividad y energía de los individuos, ya que estos se manifiestan en las enfermedades, defensas y soportes de cada persona. La siguiente figura consolida lo explicado (Breilh, 2003);

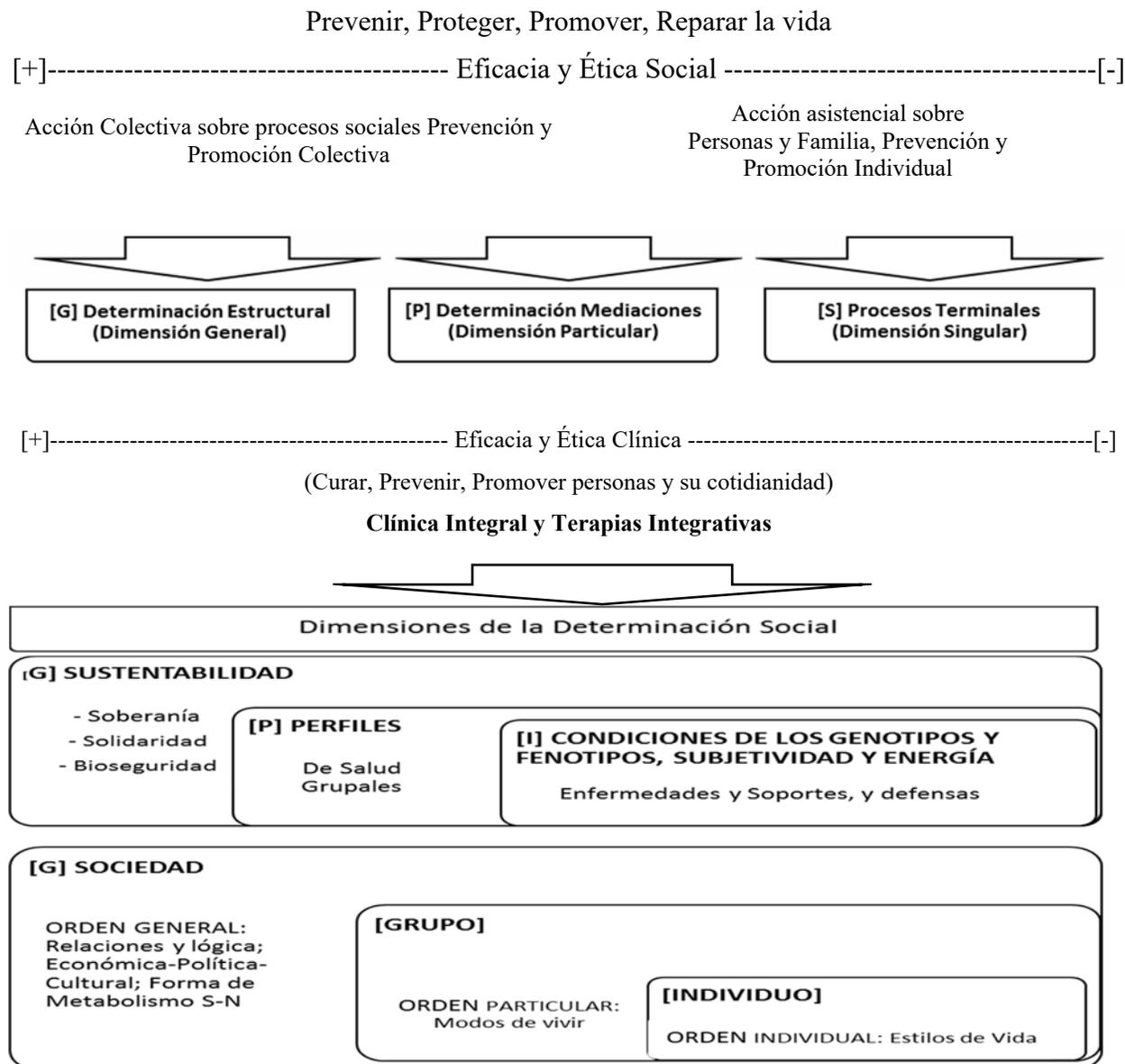


Figura 5. Epidemiología clínica.

Fuente: Tomada de Documento de Jaime Breilh, La Determinación social de la salud como herramienta de la ruptura hacia la nueva Salud pública (Salud Colectiva)

Como lo cita el Dr. Breilh en su libro *Epidemiología, Economía, Política y salud* (2010), “la epidemiología crítica, es la comprensión del movimiento histórico de la determinación socio ambiental de la salud y de la sustentabilidad”, es decir el vínculo dialéctico entre la reproducción social (general, particular y singular) con sus respectivos espacios y salud; relación entre dichas formas de reproducción social y los patrones de exposición a los procesos protectores y destructivos, con su dialéctica; comprensión de la relación entre los procesos colectivos descritos y los procesos individuales de la salud, con sus patrones fisiológicos y fisiopatológicos (tanto en el fenotipo como en el genotipo)”.

De acuerdo con lo antes expuesto, a continuación, se presenta una síntesis de la configuración de las dimensiones y categorías de la determinación social en salud, y se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2.

Determinación social de la salud: Visión panorámica de las dimensiones y categorías para el análisis de acuerdo al modelo de Epidemiología crítica.

Espectros de la determinación social	Categorías y elementos para el análisis				
Formas de Movimiento o de transformación Social	Automovimiento-causalidad-retroalimentación-probabilidad-movimiento fractal				
Modos de Determinación	Dimensiones de la Determinación social		Modo de devenir: Carácter y Potencialidades	Distribución social de Modos de vivir y probabilidades (formas de subsunción o autonomía relativa, exposición y vulnerabilidad, diferenciación, de defensas y resistencias)	Configuración del genotipo y fenotipo (embodiment)
	Lógica de la reproducción social	Formas de producción	<i>Sustentabilidad – No sustentabilidad</i>	Modos de Vivir (Dimensiones): Espacio de producción y lugar de trabajo Espacio de consumo, hogar y movilidad Espacio de soportes colectivos/comunitarios y espacios/medios políticos	Desarrollo, fortalezas y defensas fisiológicas – formas fisiopatológicas
		Formas de consumo			
	Relaciones de poder y sus Formas		<i>Soberanía –</i>		
Relaciones culturales y sus formas	Modos de civilización				
Espacialidad y metabolismo	Estructuración del discurso		<i>subordinación</i>	(empoderamiento frente a la conducción público social, control social y rendición de cuentas público y privadas), gremialidad y capacidad para “si”	Desarrollo, fortalezas, estabilidad genotipo – vulnerabilidad, inestabilidad y daño genotipo
	(sentido amplio)				
	Configuración espacio social				
	Configuración espacio geográfico		<i>Solidaridad - No solidaridad</i>	Espacio de construcción de la subjetividad (emancipadora, pensamiento crítico, y desarrollo intercultural, espiritualidad o no), construcción de género y etnicidad	Desarrollo, fortalezas, sensación y disposición de vivir bien deterioro, vulnerabilidad del psiquismo, sensación y disposición de estar mal.
	Configuración espacio Ecológico				
Configuración Ciberespacio		<i>Bioseguridad Integral - No bioseguridad</i>	Espacios de metabolismos con la naturaleza, ecosistemas, geográfico		
Ámbito de la vida social	General (g)		General (g) y Particular (p)		Individual (i)

Fuente: Breilh, Jaime (1989) Critical Epidemiology (Oxford University Press).

Se utiliza la matriz de procesos críticos que se plantea a continuación (Tabla 3), para destacar los perfiles estructurales y los perfiles generativos, que incluyen los procesos protectores y los procesos destructivos de cada uno de estos grupos.

Los perfiles estructurales son espacios de exposición inherente, permanente o de imposición, que van ligados al modo de vida. Los perfiles generativos, son propios de los estilos de vida, la cotidianidad de las familias y las personas, y la actitud de los individuos a su vida. Puede ser una exposición eventual o crónica. (Breilh, 2003)

Tabla 3.

Matriz de procesos críticos.

Dominios	Perfiles estructurales		Perfiles generativos	
	Procesos Destructivos	Procesos Constructivos o Protectores	Procesos Destructivos	Procesos Constructivos o Protectores
Grupo General				
Grupo Particular				
Modos de Vida				
Grupo Individual				
Estilos de Vida				
	Promoción	Prevención	Promoción	Prevención

3.3 Procedimientos de investigación

De acuerdo con los objetivos de la investigación y la metódica descrita anteriormente, en esta investigación se utilizaron las siguientes técnicas de investigación, e instrumentos orientados específicamente a cada objetivo en estudio. La siguiente tabla resume todo el proceso metodológico (Tabla 4).

Tabla 4.
Objetivos específicos en el estudio.

Objetivos Específicos en el Estudio	Categoría	Preguntas Científicas	Técnicas de Investigación	Instrumentos
1-Realizar la contextualización socio histórica de los Resguardos indígenas Embera-Chamí en Riosucio, Caldas.	General	a. ¿Cómo ha sido la historia indígena en la zona territorial en estudio? b. ¿Cómo ha sido la historia social indígena embera chamí? c. ¿Cuál ha sido la evolución sociocultural de la población indígena embera chamí?	Análisis bibliográfico a profundidad Grupos focales	Revisión histórico bibliográfico del municipio de Riosucio - Revisión histórico bibliográfico de los Resguardos indígenas Charla Grupos focales indígenas
2-Characterizar la Tipología de los modos de vida y establecer los procesos críticos de Determinación social en salud en los Resguardos Embera-Chamí, Riosucio, Caldas.	Particular	a. ¿Cómo se caracteriza la tipología de los modos de vida de la etnia embera chamí? b. ¿Cuáles son los procesos críticos que determinan la salud de los Embera chamí?	Análisis bibliográfico a profundidad Observación Entrevistas	-Observación de modos de vida, desde el punto de vista social, cultural y política -Charla a grupos focales de dirigentes políticos, comuneros y representantes de salud autóctona
3-Characterizar los Estilos de Vida cotidianos en salud en los menores de 5 años en los Resguardos Embera-Chamí, Riosucio, Caldas.	Individual	a. Cuáles son los estilos de vida cotidianos en los indígenas menores de 5 años, en Riosucio? b. Cómo es el espacio de vida, el itinerario, los aspectos ecológicos de los menores de 5 años? c. Cuáles son los procesos críticos étnicos, culturales, sociales y políticos que determinan la salud en los menores de 5 años, en los Resguardos indígenas?	Análisis bibliográfico a profundidad Grupo focales	-Encuestas profesionales de equipo de Salud local -Estudios de estados de servicios e indicadores de salud oficiales -Estudio de los perfiles epidemiológicos oficiales en los indígenas menores de 5 años -Estudio de los perfiles epidemiológicos propios en los indígenas menores de 5 años -Entrevistas a madres indígenas de menores de 5 años
4- Sugerir líneas de acción en salud basadas en un enfoque de Determinación Social aplicables a población indígena menor de años en búsquedas de la mejora de los estados de salud de estos grupos poblacionales.		a. Cuáles cambios se sugieren en salud, para mejorar el estado de salud de los indígenas Menores de 5 años? b. Cuáles procesos se deben de realizar para lograr un mejor estado de salud en los indígenas menores de 5 años?	Análisis a profundidad	- Proceso analítico de información y con SPSS

Fuente: Creación Propia

El enfoque a utilizar en este estudio, tiene en cuenta “el conocimiento que ayuda a mantener la vida cultural, la comunicación y los significados simbólicos”, respecto a la determinación social en la salud respaldado por la metodología cualitativa, cuya lógica sigue un proceso circular que parte de una experiencia. Se trata de interpretar en su contexto y bajo los diversos puntos de los implicados. No se buscan verdades últimas sino relatos. El diseño está abierto a la invención; la obtención de datos al descubrimiento; y el análisis a la interpretación” (Crabtree y Miller: 1992).

Pensar en reconocer la problemática en salud Embera Chamí desde la determinación social en la primera infancia, basada en prácticas culturales propias de esta comunidad, en clave de proceso social, permite identificar algunos elementos en su transformación, así como de su permanencia, para la comprensión del discurso ofrecido por los actores y la significación que podría tener para cada uno de ellos.

Es así, como algunos elementos claves son la descripción del conjunto social sobre la salud en comunidades indígenas, basada en documentos históricos desde sus características junto con los efectos estructurales, políticos, económicos y sociales que inciden en ellos (Borda: 1961, p. IX).

Es una categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir (Breilh, 2013). El método se desarrolla mediante una acción dialógica con los actores participantes desde sus propios saberes y situaciones en salud para contribuir a la movilización de la comunidad indígena participante, auto-reconocerse e intervenir y modificar la realidad, que mejoren las condiciones de salud integral para los/as niños y niñas indígenas, en las que se valore el conocimiento propio y se privilegie el diálogo intercultural.

El primer paso para la construcción de la mirada del problema en torno a los factores a estudiar es la revisión documental de algunos puntos específicos: caracterización social de la comunidad Embera Chamí. Después de esto, la construcción de los modelos de entrevista y observación (como acercamiento al trabajo de campo), toman como punto de referencia algunas categorías de análisis que sirven para ahondar aún más la experiencia de los actores participantes de la investigación. Lo anterior se enmarca en un escenario histórico-social, donde condiciones tales como la precariedad de la subsistencia y las características de las relaciones territoriales y urbano-rurales, entre otras, modifican tanto el sistema de valores, así como la expresión del conjunto de dinámicas médicas propias. Esta situación erosiona las posibilidades de transmisibilidad de conocimientos tradicionales y prácticas médicas autónomas, que comienzan a integrar y depender de las pautas y protocolos de salud propios del sistema biomédico.

3.4 Caracterización de la unidad de trabajo o población

Se tomó la unidad de trabajo de acuerdo a la dimensión general, particular e individual de la metodología aplicada. En la dimensión general la Unidad de trabajo fue la etnia Embera Chamí y los indígenas en general del suroccidente colombiano. La Unidad de trabajo en la dimensión particular fueron los Resguardos indígenas de Riosucio, Caldas, que fueron los cuatro existentes o sea Cañamomo-Lomapieta, Escopetera-Pirza, San Lorenzo y La Montaña. La última Unidad de trabajo que correspondió a la dimensión singular o individual, fueron los niños menores de 5 años habitantes de estos resguardos.

La Unidad de trabajo de la dimensión general, se basó en la revisión bibliográfica extensa sobre los escritos propios de las comunidades indígenas Embera Chamí del departamento de Caldas y del municipio de Riosucio, con una búsqueda amplia sobre el tema en salud y aspectos

sociales afines, tomando en la cuenta también la literatura local. En la dimensión particular la unidad de trabajo fueron los resguardos indígenas, para lo cual en cada resguardo se trabajó con tres grupos focales a saber: el grupo de las autoridades indígenas o pertenecientes a los cabildos, el grupo de los comuneros o población indígena en general, y el otro grupo fue el de los médicos tradicionales y parteras, esos tres grupos realizaron un trabajo con grupos focales con preguntas orientadoras y así se convirtieron en las fuentes primarias de información. Se realizó un trabajo de grupos focales con participación diversa de adultos provenientes de todas las áreas del resguardo y de todas las edades desde los 18 a 80 años, a los cuales se les entregó unas preguntas orientadoras y en jornadas de 4 a 5 horas realizaron una amplia discusión, para lo cual el investigador realizó uno diarios de campo y observación a los grupos focales y les solicitó al final realizar unos resúmenes de los puntos de vista más importantes donde coincidieron o se apartaron los participantes. En la dimensión individual o singular, de donde se obtuvo la información de la población menor de 5 años, se realizó un muestreo aleatorio simple a las madres con hijos de esta edad en cada resguardo, pertenecientes al programa Familias en acción manejadas por el gobierno.

Se trabajó con 45 personas del grupo focal de los Médicos tradicionales, 20 médicos profesionales del grupo focal de la medicina occidental, y el siguiente número de personas por grupos focales de cada resguardo (Tabla 5).

Se les entregó las preguntas orientadoras y ellos escogían un líder, se discutieron los temas, luego el líder realizó una exposición oral comparando los diferentes puntos de vista de cada grupo y se llegó a un consenso realizado por ellos que condensaba la postura de todos los participantes del grupo focal, y finalmente del Resguardo. Estas reuniones fueron en total 10 lo

que implicó un desplazamiento a cada resguardo a veredas lejanas de la cabecera municipal, por lo que se permitió la visualización de los rituales de limpieza de inicio de sus sesiones, del respeto por sus bastones de mando y por sus autoridades indígenas.

Tabla 5. *Grupos focales por resguardos.*

Resguardos Indígenas	Cabildantes	Comuneros	Familias en acción	Total por resguardo
Escopetera-Pirza	32	70	24	126
Cañamomo-Lomaprieta	16	60	26	102
San Lorenzo	66	40	24	1130
La Montaña	47	50	26	123
Total por grupo	161	220	100	481

Nota: Es por número de personas

Fuente: Recursos propios

Para el análisis de la información obtenida se siguieron los criterios de credibilidad y transferibilidad, saturación de categorías, triangulación metodológica y teórica desarrollada con la población y autoridades de los Resguardos Indígenas.

Para asegurar los principios de participación voluntaria, se realizó el consentimiento previo e informado por escrito (Ver anexo-3). Los aspectos éticos y legales manejados en la investigación se fundamentaron en la normativa Resolución 008430 de 1993 la cual establece las bases conceptuales y logros de la investigación en salud. Esta se clasifica como “sin riesgo ético”. A las autoridades representantes de estos Resguardos, se dio a conocer los objetivos para lograr su participación de su comunidad a través del consentimiento y charlas introductorias previas a la recolección de la información.

Las fuentes secundarias, fueron documentos de políticas en salud propias y de la medicina de occidente. Se agruparon cuatro aspectos de información: 1) sociodemográfica, 2) condiciones socioeconómicas, 3) percepciones relacionada con la determinación social que influyen en la salud (contexto sociopolítico, circunstancias materiales, factores biológicos incluidas las condiciones sociales de los primeros años de la vida, así como aspectos de los factores relacionados con las condiciones de vida), y 4) condiciones étnico-geográficas de los resguardos. Se seleccionó epidemiología crítica porque su naturaleza, permitió generar descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que fueron observables. Al aplicar la observación del participante, obliga a sus practicantes a experimentar en un nivel tanto intelectual como corporal, las vicisitudes de la traducción. Requiere de un arduo aprendizaje del lenguaje, y a menudo un desarreglo de las expectativas personales y culturales. (Clifford, 1983)

La epidemiología crítica es similar a la investigación etnográfica ya que es cosmogónica, por tanto, recoge una visión global del ámbito social estudiado desde distintos puntos de vista: un punto de vista interno (el de los miembros del grupo) y una perspectiva externa (la interpretación del propio investigador). Esta investigación se basa en la experiencia y la exploración de primera mano sobre un escenario social que es la visión de los comuneros respecto a su salud, a través de la observación participante y la entrevista como principal estrategia para obtener información. A partir de aquí se van generando categorías conceptuales y se descubren regularidades y asociaciones entre los conceptos encontrados que permiten establecer modelos, hipótesis y posibles teorías explicativas de la determinación social de la salud de los indígenas.

Como técnicas e instrumentos de investigación, se utilizaron entrevistas y encuestas sobre la visión de la salud que describen los comportamientos que son observables. Se incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe. (González y Hernández, 2003).

Se procura que los indígenas Embera Chamí participen en el proceso investigativo desde sus prácticas ancestrales, sus tradiciones, saberes y creencias con el fin de construir interculturalmente una lectura para comprender como se da la determinación social en salud para la primera infancia. La pretensión, es conocer, para transformar a partir de los intereses, motivaciones y cosmovisiones de las comunidades y de la acción desde y con ellos.

4. Capítulo 4. Resultados y discusión contextualización sociohistórica de los resguardos indígenas Embera Chamí en Caldas

4.1 Dimensión general

La determinación se toma como un proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades (Breilh, 2011), se inicia con la dimensión general. Esta dimensión general evalúa la determinación estructural que compromete lo histórico, lo social y lo político-cultural de la población indígena Embera-Chamí a que nos acercamos. Se realiza inicialmente una descripción histórica del espacio estudiado, y terminamos con el momento actual de la medicina que se está practicando actualmente en este territorio indígena.

4.2 Aproximación histórica político regional

El primer español que pisó estas tierras de Caldas fue el conquistador Sebastián de Belalcázar, quien venía del Perú. A fines de 1538, el conquistador Juan de Vadillo, quien venía desde el Urabá, al pasar por la confluencia del río Supía con el Imurrá puso a éste el nombre de “Río Sucio” por el lodo invernal que entonces arrastraba. El nombre se extendió a la región circundante y a la ciudad que más tarde habría de fundarse. (Alcaldía de Riosucio, 2014).

El 20 de enero de 1540 un grupo de colonos españoles encabezados por el conquistador Ruy Vanegas, el sacerdote Camilo Pinzón Copete y Cequera y el minero Miguel Morón se establecieron en tierras riosuceñas hasta lograr, en un año subsiguiente, fundar el Real de Minas de Quebralomo, que pronto se convirtió en el más rico del país por aquel entonces, y fue un centro esclavista en donde se perpetuó la impronta de la raza negra. A fines del siglo

XVI fue establecido el Real de Minas de La Montaña, al cual fueron llevados los Turzaga, indígenas mineros de la tribu Umbra del actual Anserma. Al tiempo las tres comunidades de la hoya de los ríos El Oro y Aurriá, fueron congregadas en una aldea agrícola denominada “Nuestra Señora de la Candelaria de La Montaña”. (Alcaldía de Riosucio, 2014).

El 15 de marzo de 1627 el Oidor Lesme de Espinoza y Sarabia entregó a estos indígenas el Resguardo de La Montaña, y el 22 del mismo mes, entregó tierras a un grupo de indígenas traídos del sector de Sonsón en la Provincia de Arma (Sur de Antioquia y Norte de Caldas) en lo que había pertenecido a los Zopías y luego habría de constituirse como Resguardo de San Lorenzo. (Alcaldía de Riosucio, 2014) Además, el Oidor sacó de sus tierras en el actual Bonafont a los Pirzas, y a lo Umbras que habían sido traídos del actual municipio de Anserma, y les entregó tierras en la Vega de Supia. Poco después, en fecha desconocida, se les permitió salir de la Vega y unidos a otro grupo étnico Anserma, el de los Cumba, fundaran el pueblo de “Cañamomo”, y se les concede el Resguardo llamado “Lomaprieta”. (Alcaldía de Riosucio, 2014).

Pedido el título original, los indígenas de Riosucio, reciben nueva posesión de sus tierras el 4 de noviembre de 1722 por el alcalde de Anserma, Juan Jiménez Gamonares, por orden del Virrey Jorge Villalonga. A mediados del siglo XVIII La Montaña y Quiebralomo invadieron simultáneamente un predio de Lomaprieta. Pasaron a disputárselo y aunque inicialmente fue ganado por La Montaña, Quiebralomo logró apropiárselo, y se declaró la enemistad mortal entre Quiebralomo y La Montaña. Este solo pudo ser zanjada cuando en la época de la Independencia sus respectivos curas párrocos José Ramón Bueno (oriundo de Popayán) y José Bonifacio Bonafont (oriundo de El Socorro, Santander) lograron que se unieran, en un proceso de traslado al pie del Ingrumá en la zona del conflicto. El 28 de

noviembre de 1814, los vecinos de ambos pueblos se reunieron y firmaron un acta de convenio para trasladarse, y lo fueron haciendo poco a poco. (Alcaldía de Riosucio, 2014)

En 1815 el pueblo de La Montaña inició su traslado, dando surgimiento a la Plaza de la Candelaria, cuyo trazado, el de sus calles, realizó el Juez Mayor Joaquín Venancio Álvarez Ramírez. En 1818 comenzó a trasladarse el pueblo de Quiebralomo conformando la plaza y sector de San Sebastián, trazados por el ingeniero alemán Juan Federico Bayer. Puede asumirse, pues, la fecha tradicional de fundación, el 7 de agosto de 1819 como el día que se dio por concluido oficialmente el traslado de Quiebralomo quedando completos los elementos básicos del conjunto urbanístico de la ciudad. (Alcaldía de Riosucio. 2012) Los distritos de Quiebralomo y La Montaña fueron fusionados en uno solo con el nombre “Riosucio”, mediante el Decreto del 17 de junio de 1846, dictado por el Doctor José Laureano Mosquera, Gobernador de la Provincia del Cauca. Este decreto comenzó a regir el 1 de julio de 1846. Es esta, pues la fecha de erección de Riosucio como municipio. En la década de 1850 se inició la inmigración antioqueña hacia Riosucio, que hasta entonces había sido región netamente caucana; era un fenómeno esbozado ya desde la década de 1820 durante el comienzo de la explotación de las minas por los ingleses, alemanes y franceses. Enrique Jaramillo, Gregorio Naranjo y Serapio Navarro, procedentes del Carmen de Viboral, sureste antioqueño fundaron un caserío en tierras del Resguardo de La Montaña; fue erigido en “Aldea” en 1854 bajo el nombre de “Oraida”. En 1855 el gobierno del Cauca le fijó límites, tomando de La Montaña por lo menos su tercera parte. Así surgió la actual zona de El Oro, caracterizada por el tipo blanco de sus gentes. En el año de 1884 (año más posible), cinco familias de la Parcialidad de La Montaña, impulsadas quizá por la guerra civil desatada al posesionarse como presidente de Colombia Rafael Núñez,

fundan el poblado de “Bonafont”, en el sitio llamado “Escopetera”, al parecer correspondiente al antiguo establecimiento minero de Pícara. (Alcaldía de Riosucio. 2012).

Riosucio perteneció durante la Colonia a la Provincia de Anserma de la Gobernación de Popayán; a partir de 1819 al Cantón de Supía del Departamento (luego Provincia) del Cauca con capital primero en Popayán y después en Buga; desde 1863 al Municipio de Toro, con Capital en Riosucio, dependiente del Estado Soberano del Cauca; en 1886 Riosucio fue capital de la Provincia de Marmato del Departamento del Cauca, y desde 1905 forma parte de Caldas. En lo Eclesiástico, Riosucio perteneció desde 1.546 a la Diócesis de Popayán; desde 1900 a la Diócesis de Manizales; y desde 1954 hasta la actualidad a la Diócesis de Pereira. (Gonzales López, F., 2005).

Actualmente en Colombia hay una población de 1.392.623 indígenas (DANE, Censo-2005) que conforman un total de 87 pueblos establecidos en 710 resguardos, en 32 de los 33 departamentos (Dane, 2007). En el occidente del Departamento de Caldas existen 49.031 habitantes indígenas dentro de los resguardos ubicados en los municipios de Riosucio, Supía, Belalcázar y Risaralda principalmente. En municipio de Riosucio, con aproximadamente 38.000 habitantes indígenas distribuidos en 4 Resguardos legalmente constituidos y reconocidos ante el Ministerio del interior, a saber: el Resguardo de Cañamomo-Lomaprieta, el Resguardo de San Lorenzo, el de Escopetera-Pirza y el Resguardo Indígena de Nuestra Señora Candelaria de La Montaña. En estas zonas, los Embera-Chamí y Embera Katios, siempre han preferido vivir dispersos en zonas rurales extensas y no en poblaciones, cercanos entre ellos, y se obligaron a crear las poblaciones de acuerdo a los delineamientos de los españoles. Desde la creación de los resguardos, además de la incursión religiosa en su cultura, y la obligación de cambios en hábitos,

a nivel de las condiciones socioeconómicas, no hubo cambios en la forma de vida de los indígenas. La sociedad granadina cambio, el país cambio, el sistema político, económico y social del país cambio, viendo a nivel general un progreso a través del tiempo. Sin embargo, en las zonas tomadas como resguardos, no se notaron estos cambios, y sus condiciones a nivel general, no tuvieron el mismo progreso, que tuvo el resto de la sociedad colombiana.

Esta sociedad mostró grupos étnicos minoritarios, como los indígenas y afro descendientes, principalmente, donde se destacaron las características propias de una sociedad en situación de pobreza. Las características propias de estos grupos sociales reflejaron unas condiciones económicas y socioculturales, que se proyectan en el estado de salud colectivo de estas sociedades con menos oportunidades.

A pesar del reconocimiento de sus tierras indígenas, la Ley 160 de 1994, en su capítulo XIV, refuerza el concepto de Resguardos Indígenas, apoyando la solución territorial, social y económica de estas zonas, y con su reglamentación parcial por el Decreto 2164 de 1995, no hubo un plan de progreso o de mejoramiento de estado de vida por parte del gobierno, en estas zonas y sus poblaciones, de pronto respetando su propia cultura y propia decisión indígena.

Es de anotar como un aspecto importante en la historia contemporánea de Riosucio, la inmigración de alemanes, ingleses y franceses a esta población con el objeto de buscar oro. Ellos trabajaron muchas de las minas, conformaron sus familias contrayendo matrimonio con personas nativas y contribuyendo al progreso del municipio. (Gonzales López, F., 2005). Actualmente se tiene que reconocer que no existe una cultura pura, sin influencia de otras culturas, y menos en este momento que ya han pasado más de 500 años de historia en América. En particular la zona de Riosucio y Supía, por la historia citada anteriormente, tiene una particular interculturalidad,

ya que además de los indígenas Embera-Chamí y Embera Katios propios de la zona, habitaron los españoles y sus descendientes como conquistadores y colonizadores, y las poblaciones afro descendientes, quienes fueron los trabajadores de las minas de oro de esta zona. Además de lo anterior, en el siglo pasado, ingresaron a la zona, descendientes europeos que iniciaron una nueva línea cultural en esta zona.

4.3 Aproximación histórica de la Medicina regional

De acuerdo a la historia citada, la salud de los habitantes de Riosucio y de los Resguardos indígenas, tiene una salud particular, y muy propia de la zona, con un perfil epidemiológico específico. Existe un perfil como resultado de un estudio con enfoque intercultural, que se observa desde el punto de vista de la medicina occidental y un perfil de enfermedades indígenas (Izquierdo Torres, 2007).

La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre médicos y pacientes. (Alarcón, A. M., et. al. 2003). Las enfermedades odontológicas, la hipertensión arterial primaria, las infecciones urinarias, la rinofaringitis, la enfermedad diarrea aguda, la lumbalgia y los traumas, son las principales enfermedades de consulta externa en los hospitales locales. (Dirección Local de Salud, Riosucio, 2011). Las primeras causas intrahospitalarias de la población de Riosucio son la Neumonía, dolores abdominales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la infección de vías urinarias, las colelitiasis, la apendicitis, trauma en cabeza, insuficiencia

cardíaca congestiva, traumas en otra parte del cuerpo y finalmente las anemias. (Dirección Local de Salud, Riosucio, 2011).

La primera vez que se realizó un Perfil epidemiológico propio de las comunidades indígenas del municipio de Riosucio, fue en el 2011. Culturalmente este perfil recobra la historia y conocimientos que se han dado por cientos de años. Presenta un enfoque propio de los indígenas de la salud y lo que ellos consideran enfermedades. Se aclara por reuniones que los mismos indígenas han tenido dentro de su población, y con los chamanes, jai banas, médicos tradicionales y parteras, de la cultura Embera-Chamí, lo que su población, como comunidad étnica, realmente determina como enfermedad. La conceptualización propia de enfermedades por energías, por la madre naturaleza y por espíritus, que son tradicionales e históricas, y que la medicina occidental no las puede curar (Dirección Local de Salud, Riosucio, 2011) resumen la conceptualización que ellos aplicaron.

Las comunidades indígenas actuales, respetan estos conocimientos ancestrales sobre la enfermedad, y las clasifican como afueranas y propias en primera instancia. Luego las organizan en subgrupos como enfermedades de la mujer, enfermedades energéticas, enfermedades espirituales, enfermedades naturales y enfermedades postizas. Las enfermedades afueranas son aquellas enfermedades que fueron traídas durante la conquista y que aún persisten en el territorio ancestral, afectando a la población indígena. Estas son principalmente infecciosas. (Dirección Local de Salud, Riosucio, 2011). Las enfermedades Propias, son aquellas enfermedades que en ocasiones no se presentan síntomas corporales, pero si espirituales y que no se pueden diagnosticar por medio de exámenes o laboratorio. Son enfermedades que las personas han venido sufriendo de forma histórica en los territorios, con

nombres propios y son producidas de forma sobrenatural por espíritus o por energías provenientes de una fuerza negativa. Solo pueden ser diagnosticadas por los dones de los médicos tradicionales, producidas por el ambiente y aspectos sociales, y tratadas por elementos elementales de la madre naturaleza. (Dirección Local de Salud, Riosucio, 2011)

No existe en el sistema de salud oficial, una conceptualización de lo que la población indígena toma como enfermedades afueranas y enfermedades propias, ni se hace un reconocimiento de los protagonistas de la medicina tradicional como los jaibanás, médicos tradicionales y parteras. Estos protagonistas si se han organizado en asociaciones como ASOMETROC-Asociación de Médicos Tradicionales y Parteras de Caldas-, que busca conservar sus tradiciones y reconocimiento cultural por parte de la población general y las entidades gubernamentales. En conclusión, no se presenta un trabajo correlacionado entre la medicina oficial y la medicina tradicional.

4.4 Aproximación Político-Cultural por Resguardos

Una de las características particulares de la población de Riosucio, Caldas, es la diversidad étnica que la constituye. A pesar que las etnias principales son la Embera Chamí y la Embera Katios, también existen otros pequeños grupos, que han tenido asentamientos, como los afros descendientes y el grupo descendientes de colonos europeos, tanto de España como de otros países. El mestizaje ha sido un proceso muy importante dando origen a una multiculturalidad e interculturalidad entre las diferentes poblaciones, enriqueciendo y cambiando su cultura para siempre.

Cuando se aplican en el municipio de Riosucio y sus Resguardo indígenas estas definiciones, se encuentra que dentro del proceso de la multiculturalidad no ha habido menosprecio entre culturas, por el contrario se ha buscado la igualdad ya que los derechos se basan en el espacio físico de los Resguardos indígenas y quienes habitan en esa zona y no solamente en la procedencia étnica del habitante de cada resguardo, dando origen a que por ejemplo en el casco urbano del municipio compartan cultura y modos de vida personas de todos los resguardos con los mestizos y que se conjugan en fiestas como el Carnaval del Diablo (El País, 2013) y el Encuentro de la Palabra, (El Mundo, 2015) donde tienen espacio las expresiones artísticas y culturales que cobijan a todos los habitantes por igual.

Esta conjugación también se observa en el área de la salud, en estas poblaciones para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como prácticamente en todas las culturas indígenas del país. Se encuentra que hay procesos aislados de acercamiento entre las dos medicinas y también prácticas rutinarias donde simultáneamente se aplican las dos medicinas sobre el mismo paciente, si este así lo desea, por ejemplo, en las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, y particularmente en el ámbito de las parteras tradicionales con el acompañamiento durante el embarazo y parto que en muchos casos finalmente sucede en el hospital local. De tal manera que la tradición continúa perdurando en el tiempo, sobreponiéndose a los ciclos vitales de los individuos.

4.4.1 Organización Política del Resguardo

El Cabildo es considerado como “la máxima autoridad político administrativa” legalmente reconocido por la Ley 89 de 1890 y posteriormente, ratificado por la Constitución Política Colombiana de 1991. De acuerdo con lo planteado en la Ley 89 de 1890, el período de

governabilidad de un Cabildo es de un año comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre. La elección del Cabildo en cada Resguardo, se realiza mediante voto popular, por eso al Cabildo cesante le corresponde presentar a los postulados oficiales. En Riosucio, Caldas, existen 4 resguardos indígena y por ende 4 cabildos, Resguardo de La Montaña, Escopetera-Pirza, San Lorenzo y Cañamomo-Lomaprieta. (Figura 6).



Figura 6. División por Resguardos y Veredas de Riosucio, Caldas

Fuente: Carnaval Riosucio.org (2014)

Según la actual estructura organizativa, el cabildo está conformado por el Gobernador Principal y Gobernador Suplente; Alcalde Primero y alcalde Segundo; Regidor Primero y Regidor Segundo; Alguacil Primero y Alguacil Segundo; cabildantes y Consejo de Gobierno (representado en los ex gobernadores del resguardo), quienes asumen niveles de decisión y representatividad. El Gobernador principal, es el representante legal de la comunidad y quien representa los intereses colectivos del pueblo indígena al interior y exterior del resguardo. El Gobernador suplente, tiene su función similar a la del Gobernador Principal, pues representa los intereses colectivos del pueblo indígena y apoya a éste en sus labores políticas, organizativas, comunitarias, entre otras.

A inicio de 2007, el cabildo tomó la decisión política de reorganizar la parte administrativa de tal manera que se diera respuesta a las demandas reales de la comunidad y que sirviera de fortalecimiento organizativo y social, por eso se definió una nueva estructura conformada por cuatro grandes áreas: 1) Identidad, Cultura y Multiculturalidad, 2) Área de Justicia Propia, 3) Área de Territorio y Autonomía, y 4) Área de Administración, planeación y gestión. Su funcionalidad va acorde con el pensamiento indígena, que funciona en doble vía; es decir, del Cabildo a la comunidad y de la comunidad al Cabildo.

En relación con aspectos culturales, los mayores conservan y comparten la memoria oral representada en los cuentos y relatos de mitos y leyendas, y otras manifestaciones culturales, sobre todo, la música de cuerda, a través de las manifestaciones con los grupos de cuerdas, conformados por dúos, tríos y cuartetos que interpretan con gran maestría la lira, el tiple, el requinto y la guitarra. El bastón de mando es un símbolo de Autoridad y Autonomía, que portan las autoridades Indígenas de los Resguardos, representadas en los ex gobernadores, el

gobernador principal y el suplente y los 32 cabildantes. Quien porta el bastón de mando es un líder ejemplar con reconocimiento y respeto en su comunidad, por su sentido de servicio y trabajo colectivo desarrollado en la comunidad. A continuación, se describirá cada uno de los Resguardos indígenas del Municipio de Riosucio Caldas, para ubicar al lector en el espacio donde se desarrolló la tesis sobre la determinación social en salud de la población indígena.

4.4.2 Resguardo Cañamomo Lomaprieta

El Resguardo Indígena Cañamomo Lomaprieta está situado a 1.183 msnm, en las estribaciones de la cordillera Occidental, en la vertiente del río Cauca, entre los municipios de Riosucio y Supía en el Departamento de Caldas. En total tiene una extensión de 4.826 hectáreas que equivalen a 37,6 km².

De acuerdo con la división político-administrativa, el resguardo está constituido por 32 comunidades distribuidas de la siguiente forma: 20 corresponden al municipio de Riosucio y son: La Tolda, La Rueda, Panesso, Portachuelo, La Iberia, Planadas, El Palal, Miraflores, Aguacatal, Amolador, Cañamomo, Pulgarín, San Juan, Quiebralomo, Jagual, El Rodeo, Tabuyo, La Unión, Tumbabarreto y Sipirra. Las 12 comunidades restantes están ubicadas sobre el municipio de Supía son: San Pablo, Cameguadua, El Brasil, Dosquebradas, Tizamar, Alto Sevilla, Bajo Sevilla, Santa Ana, San Cayetano, San Marcos, Santa Cruz y Guamal, la población de esta última comunidad es descendiente de población de esclavos traídos durante la Colonia.

Algunos índices demográficos indicaron que para el año 2016 en la relación hombre-mujer es 98, o sea por cada 100 mujeres hay 98 hombres, Índice de dependencia infantil fue 25 o sea por cada 100 personas de 15 a 65 años hay 25 menores de 15 años y el índice de friz para

Cañamomo-Lomaprieta fue de 95 lo que indica que su población es predominantemente adulta. EL resguardo cuenta con el registro de 86 sabedores de medicina tradicional de estos 25 son parteras, 18 curanderos, 15 médicos tradicionales, 11 sobanderos y 17 aprendices de medicina y partería. Igualmente se cuenta en el censo con aproximadamente 702 habitantes con perfil universitario de estos 180 son profesionales del área de la salud solamente, en el momento se encuentran laborando aproximadamente 70 de ellos, en las entidades afines como IPS indígena, ESE municipales de Riosucio y Supía, EPS Indígenas como AIC EPSI, Mallamas EPSI y otras.

Según la estructura organizativa del Resguardo Cañamomo Lomaprieta el programa por la defensa de la salud indígena, realiza la atención primaria social a través de atenciones médicas por medicina ancestral en cada una de las comunidades indígenas , desplazando el recurso humano conformado por medico tradicional auxiliar de enfermería quienes en los centros culturales de cada comunidad atienden a la población en general, además se desplazan a realizar visitas domiciliarias a personas con discapacidad o adultos mayores.

Las Mingas comunitarias, son jornadas de integración comunitaria, donde se articula la medicina tradicional y la medicina occidental con el fin de hacer atención en salud integral a la comunidad de acuerdo a las necesidades que se encuentren en salud pública. De cada atención que se realizan en salud a la comunidad se registran en una base de datos con el fin de obtener registros individuales de la prestación de servicios en salud indígena, la cual se consolida se sistematiza y se analiza cada año para aportar a los perfiles epidemiológicos propios. A cada comunero se le lleva un registro de las atenciones que recibe en medicina tradicional las cuales quedan consignadas en el formato de historia clínica tradicional, para poder llevar el histórico del proceso de enfermedad por el cual consulta a nuestros médicos tradicionales. Las planillas de

cada atención son digitadas en bases de datos en Excel para poder fortalecer los sistemas de información del Resguardo en relación a salud, y de esta información poder procesar y sacar estadísticas en salud que pueden determinar la morbilidad que afecta a los comuneros del Resguardo Cañamomo Lomaprieta y que es utilizada para la toma de decisiones y priorización de los proyectos de inversión en salud. Es así que del 2015 se consolido por el municipio de Riosucio 1,719 atenciones por medicina tradicional.

4.4.3 Resguardo indígena de San Lorenzo

En la actualidad el Resguardo Indígena de San Lorenzo está asentado en un territorio de 6.764 hectáreas, con una división socio cultural de 21 comunidades y con una población de 11.000 habitantes aproximadamente a 6 km del casco urbano del municipio de Riosucio. Las 21 comunidades que conforman el resguardo indígena de san Lorenzo son: Bermejál, San José, Piedras, Veneros, Blandón, San Jerónimo, Lomitas, Buenos Aires, Aguas claras, Sisirra, Pasmí, Costa rica, Llano grande, Honduras, La línea, Tunzara, Danubio, El Roble, Playa Bonita, La Pradera y el corregimiento de San Lorenzo.

Esta comunidad ya no conserva su lengua propia. El resguardo indígena cuenta con una estructura organizativa denominada Cabildo Central, conformada por una junta directiva, Cabildantes de cada una de las comunidades y representantes de los ex gobernadores. Las áreas y secretarías son las encargadas de desarrollar acciones de tipo social en las comunidades, como son: Secretaría de educación, Mujer y género, Cultura, Jóvenes y Salud, y las áreas de territorio, organización y Planeación. La sede del Cabildo central se encuentra ubicada en el centro poblado de San Lorenzo.

El uso actual de los suelos de territorio que ocupa la comunidad indígena de san Lorenzo es de Cultivo de café asociado con plátano (1.531 Has), Cultivo de Caña Panelera 469 Has, Pastos Naturales 465 Has, Frutales 43 Has, Cultivos de pan coger 107 Has, Área de Construcción 83 Has, Zonas de Reserva y protección de aguas 55 Has, y Zonas de montaña y bosques naturales 457 Has. Cultivos importantes en el territorio son los frutales, los pastos y el plátano, de igual manera el pan coger (maíz, fríjol, yuca, arracacha, entre otros) son también importantes ya que se destinan en su gran mayoría para el autoconsumo de las familias.

Para el año 2016 el índice de friz fue de 137 o sea que el Resguardo tiene una población joven pero madura, relación hombre/mujer fue de 103 ósea que por cada 100 mujeres hubo 103 hombres, el índice de dependencia infantil fue de 37, o sea que por cada 100 personas entre 15 a 65 años hubo 37 menores de 15 años. Del total de la población que habita en el resguardo de San Lorenzo, el 82% se encuentra afiliada al régimen Subsidiado a través de la Empresa Promotora de Salud Indígena Asociación Indígena del Cauca, el 15% se accede a servicios de salud a través del régimen contributivo y el 3% restante no se encuentra afiliado al servicio de salud.

Del total de viviendas ubicadas en el territorio, el 95% cuentan con energía eléctrica, tan sólo el 37% cuentan con servicio de alcantarillado y el 10% acceden al servicio de recolección de basura. El 80% de la población cuenta con servicio de acueducto, estos en su mayoría son acueductos comunitarios que no cuentan con sistemas de potabilización del agua, este servicio de potabilización sólo está disponible para las familias que habitan el centro poblado; mientras tanto el 9% de las viviendas se surten de agua directamente de fuentes o nacimientos, mientras que el 11% no cuentan con acueducto. Un 4% de las familias no cuenta con unidad sanitaria en su vivienda. Se reporta que 1.868 familias cuentan con vivienda propia, mientras que 1.281 habitan en viviendas prestadas,

familiares o alquiladas; lo que muestra que 41% de las familias cuentan con condiciones poco estables de la vivienda. Además, un total de 425 familias tienen sus casas en zonas de amenaza de desastre; mientras que 820 manifiestan que sus viviendas se encuentran en condiciones regulares o malas (579 regulares, 241 malas); un total de 1.671 viviendas se encuentran construidas en bahareque. Según la caracterización socio demográfica, según el censo socioeconómico poblacional realizado por el Cabildo Central con corte a diciembre de 2015, el resguardo cuenta con una población aproximada de 12.002 habitantes, de los cuales 1.055 son niños y niñas entre los cero y los cinco años de edad y 1083 entre los 6 a 10 años. La población económicamente activa (16 a 70 años), está representada por un total de 7.432 personas. En el territorio la población sisbenizada es mínima debido precisamente a su condición de población indígena.

Existe una salud propia indígena en este resguardo, la cual se observa también en los otros, y de esta salud, el ejemplo más frecuente es el “mal de ojo”. La medicina tradicional dice que se presenta cuando ciertas personas que acumulan mucha energía, puede ser buena o mala, irradian esa energía proyectándola por los ojos. La mirada ocasiona una perturbación biológica que recibe el nombre de «el mal de ojo»; un niño queda ojeado con una simple mirada provocándole diarrea, tiene un pie más corto y se le achiquita un ojo. El niño si no es atendido oportunamente por las personas entendidas en la materia, muere. Para evitar este mal se recomienda “coral rezado” y puesto en la muñeca. Actualmente y debido al alto grado de aculturación influenciado por la permanencia durante 4 siglos en permanente contacto e intercambio con otros sectores de la población mayoritarios y por la imposición de la religión católica, la comunidad no posee una cosmovisión y cosmogonía propia en esta materia sino una gran mezcla de culturas y creencias.

4.4.4 Resguardo Escopetera Pirza

La comunidad indígena de Escopetera y Pirza se encuentra asentada en 18 veredas o comunidades y en la cabecera urbana del corregimiento de Bonafont, jurisdicción del municipio de Riosucio y 10 veredas en jurisdicción del municipio de Quinchía, en los departamentos de Caldas y Risaralda respectivamente. El territorio está situado sobre la vertiente oriental de la cordillera occidental, región de clima cálido y medio con una temperatura promedio de 20°C, entre 800 y 2.000 metros sobre el nivel del mar.

Hoy el territorio está distribuido política y administrativa entre municipios de Riosucio (Caldas) y Quinchía (Risaralda), Es de resaltar que en tierras de esta parcialidad encontramos la mayor concentración de petroglifos como testigos de la originaria cultura Umbra. Algunos índices demográficos para el año 2016, tomados del perfil epidemiológico propio indican que la relación hombre/mujer es 103, o sea que por cada 100 mujeres hay 103 hombres; el Índice de infancia es 24, o sea que por cada 100 personas 24 son menores de 5 años y el de juventud indica que de cada 100 personas 28 están entre los 15 a 29 años. También hay un alto índice de envejecimiento que indica que por cada 100 personas 14 son de 65 años o más, y el índice de friz fue de 133, o sea que la población es joven pero madura lo que genera unos índices de dependencia infantil económica altos. Este índice es de 36, o sea que de cada 100 personas entre 15 y 65 años hay 36 menores de 15 años en este resguardo.

El Cabildo lo conforman 28 cabildantes, y representan a su respectiva comunidad que los eligió como su autoridad. Los cabildantes exponen las necesidades e inquietudes y comunica actividades, son los voceros de la comunidad ante el cabildo y la Junta Central; una especie de gobernador menor. Reunidos en pleno, los cabildantes constituyen el segundo grado jerárquico de

autoridad. La Guardia Indígena la integran un coordinador, hombres y mujeres que ingresan voluntariamente a prestar servicios de apoyo al Cabildo y a la Comisión de Justicia. La Junta Central, está conformada por cinco dignatarios, así: Gobernador (a), suplente del Gobernador(a), fiscal, tesorero y secretaria. Representa la parte visible de la administración, es la instancia que gobierna y orienta todas las actividades de la comunidad. A excepción del gobernador(a), los demás son elegidos por la asamblea de cabildos. El Gobernador Principal, es el representante legal de cabildo y del Resguardo en todos los asuntos administrativos y judiciales hacia dentro de la organización y hacia fuera, en las relaciones de cualquier índole con instituciones públicas y privadas. Es la única persona del cabildo central que se elige por voto popular de la comunidad y es quien por derecho propio convoca, orienta y coordina las actividades del cabildo y la comunidad.

Algunas de sus expresiones culturales más importantes son la chirimía, la artesanía y la danza. La chirimía es una manifestación cultural que combina la música y canto ancestral, expresada a través de las flautas de carrizo, las maracas (construidas con calabazo y semillas de achiras), la tambora o bombo (conformado por el vaso de saibó, el aro delgado de mallorquín bejuco-, el aro grande de arrayan guayabo, los cueros que eran de tatabra hembra y el lazo que permite darle temple). La chirimía data de unos 150 años atrás, como tradición familiar ha pasado de generación en generación. La artesanía es entendida como el arte de expresar manualmente el saber ancestral mediante la creación de objetos ornamentales y de uso doméstico, con materiales vegetales y arcilla, principalmente. A través de la artesanía se reconstruye, se moldea y se teje la historia de las comunidades, se representa el pensamiento indígena, la creatividad y la cosmovisión. Se utilizan materiales extraídos del entorno, por ser un ritual se pide permiso a la Madre Naturaleza y a la vez se agradece su género. La comunidad de Ginebra es reconocida como

la que mejor ha sabido conservar la cultura en artesanías, porque es donde mayormente se participa y se comercializa elementos fabricados con materiales naturales, chaquiras y materiales reciclables.

La danza al interior de la comunidad indígena constituye una de las máximas expresiones de ser, en ella se combina la habilidad, la espiritualidad, la cadencia, la armonía y la cultura en general. A través de esta expresa la cosmogonía, los mitos, las creencias, la historia, la economía, el baile, las faenas y el quehacer diario de la comunidad. Por esto los ritmos autóctonos de cada expresión dancística están ligados principalmente a actividades de la espiritualidad y la producción agrícola.

4.4.5 Resguardo Nuestra Señora Candelaria de la Montaña

El Resguardo Indígena Nuestra Señora Candelaria de La Montaña pertenece al Municipio Riosucio Caldas, se ubica sobre el franco oriental de la Cordillera Occidental Colombiana y el total de la superficie de la zona es de 242 km². El Resguardo Nuestra Señora Candelaria de la Montaña presenta alturas que varían desde los 3.000 m.s.n.m. (en los altos de Bella Vista y Peñas Blancas, hasta los 1.010 msnm (en la desembocadura de la quebrada Juan Díaz en el río Riosucio), con temperaturas variables entre 12°C y 24°C. Los principales ríos que drenan el área son: los Ríos Risaralda, Riosucio, Arroyo Hondo y el Oro; así mismo las quebradas las Estancias, Catabral, Sipirra y Juan Díaz, entre otras.

Administrativamente cuenta con 57 comunidades que son: Alto medina, Alto Imurrá, Aguacatal, Bajo Imurrá, Barranquilla, Cabarga, Cambia, Candelaria urbana, el Edén, el nevado, el Carmen, el Hispania, El salado, El Limón, El Hispania, El Jordán, El Jardín, El mestizo, El Oro, El Ruby, El rosario, Llano Grande, Los chancos, La antioqueña, La Cabaña, Las Guacas, La Florida,

La Floresta, Las Estancias, Las minas, La Candelaria, La Esperanza, Los Andes, Los Aguacates, Las Partidas, La Zulia, La Palma, La Arboleda, La Robada, Getsemaní, Méjico, Naranjal, Palma de oro, Palermo, Pueblo Viejo, Roble Bonito, Salida al Oro, San Nicolás, Samaria, Santa Cecilia, Santa Inés, Tres Cruces, Travesías, Tumbabarreto, Ubarbá y Vista Hermosa.

El aspecto político organizativo está representado por una autoridad indígena denominado Gobernador indígena o autoridad tradicional, de igual forma le acompaña una junta directiva nombrada por la comunidad integrada por un segundo gobernador, un alcalde de cabildo encargado de los asuntos jurisdiccionales, territoriales y coordinador de guardia indígena, un fiscal de cabildo, un tesorero y una secretaria. En cada una de las 57 comunidades cada una elige sus representantes comunitarios o cabildantes para un periodo de un año. Tiene dentro de su estructura la conformación de un colegiado denominado consejo de gobierno representado por sus ex gobernadores indígenas que se encargan de las comisiones más importantes del resguardo como son la comisión de territorio y la comisión de justicia; existe conformada una guardia indígena para el ejercicio del control social y el cuidado o monitoreo territorial.

El Consejo de Gobierno del cabildo, empieza su funcionamiento con esta figura desde 1998, año en el que la señora María Fabiola Largo Cano era gobernante. En un comienzo el papel que jugaba este consejo era de observación, seguimiento y constante evaluación del proceder de los gobernantes, de los representantes de las comunidades y desde luego de todos los temas que atañen a la organización. Para el año 2002, en el que se eligió como gobernante al señor Fabio Enrique Morales, el rumbo del consejo de Gobierno da un giro de gran importancia para los procesos organizativos que se venían adelantando al interior del Cabildo, para este entonces el mencionado gobernador delega en el consejo de gobierno funciones muy importantes

como las de asesorar, guiar y se convierte en un órgano consultivo para los dirigentes organizativos a futuro.

El proceso de salud propia tiene como fundamento llevar a la comunidad al fortalecimiento del saber tradicional, a la recuperación de las practicas ancestrales en salud, a generar estrategias comunitarias que permitan capacitar a las personas permitiendo así el empoderamiento de toda la estructura en salud desde una visión tradicional. Por ello se viene fortaleciendo la escuela de médicos tradicionales y parteras, los rituales de armonización y limpieza, el trabajo en comunidad enfocado al tema de la prevención de enfermedades, prácticas culturales propias en medicina y acciones de promoción y prevención. La medicina tradicional en las comunidades ha existido desde tiempos inmemoriales, siempre ligada a su cosmovisión y cosmogonía, el conocimiento que lleva inmerso ha sido trasmitido de generación en generación.

Con el fin de mejorar las condiciones de vida en cada una de las comunidades, recuperar, fortalecer y desarrollar la medicina tradicional, con especial énfasis en las prácticas sociales en salud como pilar en la construcción, desarrollo e identidad de su sociedad, el resguardo indígena de la montaña cuenta con personas que ejercen la medicina tradicional en sus diferentes ámbitos, hablamos de parteras, sobanderos, rezanderos, curanderos, personas que están asociados y a través de la Asociación de Médicos Tradicionales del occidente de Caldas - ASOMETROC - se han ido capacitando y complementando en su saber, con el cual se buscaba posicionar a nivel municipal el saber tradicional en salud, donde también tienen cabida las parteras complementadas y tradicionales de la montaña.

El resguardo la Montaña cuenta además con personal capacitado en el área de la salud, lo que ha contribuido al apoyo de varios procesos encaminados al fortalecimiento de la salud de nuestros

comuneros, desde las diferentes instituciones a nivel municipal y el acompañamiento de los procesos organizativos y comunitarios que se realizan al interior del resguardo. Actualmente se cuenta con 25 comuneros que se desempeñan en diferentes ramas de la medicina como son: 2 enfermeras jefe, 1 odontólogo, 2 regentes de farmacia, 1 higienista oral y 17 auxiliares de enfermería.

Dentro del territorio de igual manera hace presencia al interior de las comunidades la medicina occidental, a través del hospital Departamental San Juan de Dios, en la intervención presencial a la comunidad brindada a través de los centros o puestos de salud, que para el resguardo la montaña son 5 y se ubican de manera estratégica para dar cobertura al 70% de la población. Estos centros de salud se ubican en las comunidades de Las Estancias, El Salado (aproximadamente a 12 kilómetros), Pueblo Viejo (a 3.8 kilómetros), Los Chancos, (al noroccidente de la cabecera municipal), y El Oro (a 9 kilómetros).

Para las comunidades indígenas el tema de la espiritualidad siempre ha tenido una connotación muy especial, desde tiempos pasados los ancestros tenían en cuenta todos los elementales para su vida cotidiana, de ahí entonces que la población blanca siempre hayan denominado a la comunidad indígena como “idoltras” por el especial interés que los sabios ponían en ellos para curar las enfermedades, para fortalecer su sabiduría, para cultivar y para realizar ceremonias de fertilidad tanto en las mujeres como en las tierras que cultivaban, ellos al igual invocaban los elementales buscando protección de las amenazas naturales y del ataque de tribus enemigas. A través de los rituales y armonizaciones con lo cual se busca la protección del territorio, de sus líderes y gobernantes, para el fortalecimiento de las energías y para posesionar los guardianes en los sitios sagrados los cuales están llamados a la protección.

La siguiente tabla, resume los procesos críticos de la dimensión general analizada.

4.5 Consideraciones Finales

Tabla 6.

Matriz de procesos críticos-dimensión general.

Dominios	Perfiles estructurales		Perfiles generativos	
	Procesos Destructivos	Procesos Protectores	Procesos Destructivos	Procesos Protectores
Grupo General	Históricos de transculturalización Imposición de nuevos conceptos culturales a pueblos indígenas	Históricos de conservación étnica Conservación de la raza indígena a través del tiempo	Tradicional: Pérdida de tradiciones de generación en generación (lenguaje, vestidos, religión, creencias, medicina tradicional)	Tradicional: Los cabildos y gobernaciones de resguardos hacen cursos de recuperación de tradiciones perdidas.
	Políticos de colonización Políticas que no benefician las etnias indígenas	Políticos de creación de resguardos Legalización de derechos territoriales y culturales de los indígenas en resguardos	Política: Inclusión a la política nacional planteando parámetros centralistas	Política: Respeto a los Gobernadores y cabildantes. Elección de Alcaldes propios de la etnia.
	Culturales de transculturalización y multiculturalidad Pérdida de tradiciones culturales por imposición de una o más culturas en la zona	Interculturalización A pesar de nuevas culturas, se conservan y intercambian hábitos, conceptos religiosos, médicos, entre otros, dentro del pueblo indígena	Cultural: Parámetros nacionales en la enseñanza en colegios. No incluyen parámetros locales.	Cultural: El municipio y los resguardos incluyen programas étnicos propios en la enseñanza de los menores y madres.
	Colonización del territorio original indígena Traslado de las tierras originales indígenas a otras tierras menos productivas	Creación de territorios de reserva indígena o resguardos Creación de resguardos y respeto a los derechos de decisión indígena, dentro de estos espacios	Salud: Servicios de salud con parámetros nacionales, sin respeto a cultura de salud propia.	Salud: Apoyo de los resguardos a su propio concepto de salud y los que la ejercen.

Fuente: Propia

La evaluación de las condiciones de salud de una población es algo compleja. Se puede optar por realizarla por la vía tradicional de las escuelas de la Medicina, utilizando la Salud Pública y la epidemiología clásica con sus parámetros de estudio, pero los resultados pueden ser sesgados por utilizar únicamente los delineamientos de la escuela positivista con que en los

últimos años se han hecho estos estudios. Este es un concepto lineal basado en los principios de Kant, que busca finalmente una constante de comportamiento en una población particular, como lo sugería Levi-Strauss.

Al acercar la medicina y las ciencias sociales este paradigma no tiene cabida en este estudio. Se reconoce que las condiciones de la vida diaria de la persona y de las poblaciones hacen efecto en la salud diaria del individuo, sin embargo, se toman estos aspectos como parte de las ciencias sociales más que de la misma medicina. De acuerdo con esto, se encuentra un concepto positivista y un concepto social cada uno trabaja, estudia y trata individualmente de mejorar la salud del individuo y la colectividad.

Al incursionar en la Medicina Social y la Epidemiología crítica se encuentra un puente que une estos dos conceptos anteriores, positivistas y sociales, mediante la determinación social en salud. Se puede con la teoría del Dr. Breilh, evaluar y explicar la salud y la medicina de una población permitiendo que la visión sea mucho más amplia, dando una conceptualización más real de los problemas y así mismo de las posibles soluciones de la colectividad que se estudia.

Al admitir la metodología de la Epidemiología crítica, se plantea un marco epistemológico de la nueva forma de ver la salud. Inicialmente se aclara lo que es la desigualdad y la inequidad (Asa Cristina Laurell), se definen los campos del determinante social en salud, el determinismo y la determinación social en salud (Breilh) y finalmente se enfrenta la salud pública con la salud colectiva (Almeida Filho) que es la que nos acoge.

Se aplica la dimensión general como una contextualización del espacio en que se está incursionando en este estudio. La dimensión general se acoge comenzando con el concepto

histórico de los indígenas y específicamente de los Embera Chamí de Riosucio. Se identifica cómo de acuerdo a esta historia los indígenas que actualmente viven en Riosucio fueron traídos desde otras partes del país de diferentes grupos indígenas, con diferentes culturas, etnias, costumbres, creencias y hábitos, de allí que se presentan disputas entre los mismos grupos indígenas traídos a esta región y aun entre cada uno de los resguardos actualmente existen diferencias dentro de estas características, comenzando con que étnicamente unos son Embera Chamí y otros son Embera Katios.

Al estudiar todo este proceso histórico-político-cultural en las poblaciones indígenas Embera-Chamí se observa la influencia de estos espacios en la vida actual de la población de los Resguardos que sobreviven donde la interculturalidad es lo que se destaca en estas poblaciones, que comparten territorios, tradiciones, hábitos, creencias, políticas, dando origen a una cultura que se puede considerar aún conserva características autóctonas.

Se observan procesos destructivos y constructivos que visualizan las condiciones que, a nivel general desde el punto de vista histórico, político y cultural, incluyendo el sistema de salud, inciden en las condiciones generales de la población indígena embera-chami de Riosucio.

5. Capítulo 5. Caracterización de la tipología de los modos de vida y establecimiento de procesos críticos de determinación social en salud, en los resguardos Embera-Chamí, Riosucio, Caldas - dimensión particular

5.1 Presentación

Este capítulo se enfoca en la dimensión particular o sea en los grupos sociales (cabildantes las autoridades indígenas- y los comuneros-habitantes-) de los resguardos indígenas Embera Chamí de Riosucio. Incluye los modos de vivir que son patrones de metabolismo diferenciados por sistemas productivos con grupos y relaciones de poder en la matriz social: clases, género y etno culturales, según Breilh (1989); en esta investigación el eje es aspecto etno cultural, al ser esta una población indígena Embera Chamí, sin llegarse a configurarse como una etnografía.

5.2 Modos de vida

El modo de incluye las siguientes categorías:

- a) Las condiciones grupales de trabajo, que es la posición en la estructura productiva y los patrones laborales,
- b) La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo, como el tipo de cuota, construcciones de necesidad, sistemas de acceso, y patrones de consumo,
- c) La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales e identidad,

d) La capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo, y

e) La calidad de las relaciones ecológicas del grupo o sea las relaciones con la naturaleza. (Breilh, 2003)

En cada categoría se incluye el análisis de las llamadas 4S que de acuerdo a la metodología de la epidemiología crítica (Breilh, 2003) son la sustentabilidad, la soberanía, la sociedad solidaria y la sociedad saludable o bioseguridad, enfocada al grupo en estudio que son los cuatro Resguardos indígenas San Lorenzo, Escopetera-Pirza, La Montaña, y Cañamomo-Lomapieta. Además, se tomaron los conceptos de la Asociación de médicos tradicionales y parteras de Caldas (ASOMETROC) y representantes de la salud occidental.

En cada espacio de las “4S” citadas encontramos procesos saludables o protectores y procesos destructivos o estresantes. Si se impulsan los procesos protectores se logra la Promoción en la salud y si se contrarrestan los procesos destructivos se logra la Prevención en la salud.

A continuación, se presentarán los espacios de los Modos de vida obtenidos en el proceso de la investigación realizada en cada resguardo indígena estudiado, se incluyen las “4S” y en los resultados se incluyen únicamente las características que se identificaron en cada grupo de acuerdo a las entrevistas aplicadas en los grupos focales. Se utilizó una tabla tipo 4 X 4 para clasificar las categorías frente a las 4S al momento del análisis. Las 4 S se describen a continuación en la Tabla 7.

Tabla 7.
Descripción de las cuatro S's en la dimensión particular

Sustentabilidad	Soberanía	Solidaridad	Sociedad saludable o biosegura
<ul style="list-style-type: none"> - La biocapacidad y la capacidad sustentable del grupo que se evalúa. - La biocapacidad es la productividad biológica y se mide en fertilidad y biomasa. -La capacidad sustentable es la productividad sustentable. - Se mide en la nutrición, capacidad de trabajo, incluye vivienda y servicios, recreación e identificación cultural, organización solidaria, soportes colectivos y la relación con lo natural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incluye la soberanía por grupo, la autosuficiencia, la autarquía, la decisión por grupo, que es el poder democrático. 	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> -la preeminencia de derechos humanos y de la naturaleza, - el acceso a la cuota de vida sustentable, -el consumo consciente de la necesidad, - el manejo responsable del metabolismo sujeto-naturaleza, el balance de recursos presentes y futuros, - la justicia cultural e identidad plena, - el derecho y capacidad para participar en la conducción pública social, - el derecho a soportes y protección social, - y el derecho a participar en extensión de la justicia. - En resumen, la sociedad solidaria es el acceso por Resguardo a la cuota de suficiencia, el consumo consciente de la población, es el balance de recursos y la justicia y el derecho de participación dentro del resguardo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se aplica sobre las "S" anteriores e implica contar con la posibilidad real de modos de vida que sustenten una buena calidad de vida. - La bioseguridad integral se aplica en el trabajo, los alimentos, las políticas antimonopolio, la seguridad del aire, la soberanía del pueblo, y la accesibilidad a la información. - Se resume en cuatro palabras que son alimentos, transporte, servicios y salud para los resguardos estudiados.

Fuente: Creación propia

Además de las categorías estudiadas, se realizó un estudio del concepto de salud en cada grupo, para lo cual se incluyó la pregunta ¿Qué entienden por salud? Las respuestas se toman como el significado que tiene la salud para cada grupo estudiado y se presenta como definición de la salud. Así mismo se acoge al significado de definición como una proposición (o conjunto de proposiciones) mediante la cual trata de exponer de manera unívoca y con precisión la comprensión de un concepto o término de una expresión. Se alude a determinar por escrito de modo claro y exacto, las cualidades esenciales descritas por ellos del tema implicado.

Es de aclarar que la Unidad de trabajo principal de estudio son los niños Resguardo indígena y se indica por sus características particulares. La Constitución Política de Colombia de

1991, en sus artículos 63 y 329 definen el resguardo como propiedad colectiva de las comunidades indígenas que tienen el carácter de inalienables, imprescriptibles e inembargables. Los resguardos indígenas son una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio. (Artículo 21, decreto 2164 de 1995). El modo de vida de cada resguardo del municipio de Riosucio (Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo, Escopetera-Pirza y La Montaña) es lo que se pretende visualizar en este capítulo (Figura 7).

Se toman como referencia los conceptos de representantes de ASOMETROC que tiene médicos tradicionales y parteras de los 4 resguardos indígenas que realizan prácticas de curación ancestrales en estas comunidades y de la Medicina occidental, que incluye las autoridades gubernamentales y las entidades de salud que prestan sus servicios a la población general de acuerdo al Sistema General de Seguridad Social y Salud de Colombia, para dar una visión integral con todos los actores del sistema. Con la realización de grupos focales en los cuales se utilizó la entrevista con preguntas orientadoras como instrumento para recolectar esta información en cada uno de los las Unidades de estudio: Resguardos de Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo, Escopetera-Pirza, La Montaña, donde se incluyeron comuneros (habitantes indígenas) y los cabildantes (autoridades indígenas) además los otros dos grupos (médicos tradicionales-parteras y médicos occidentales) (Anexo 1). Los resultados se clasificaron en las categorías citadas, además se tomó en la cuenta la definición de salud que dio cada grupo para el análisis (ver Figura 8) y (Anexo 3).



Figura 7. Grupos de estudio.

Fuente: Creación Propia

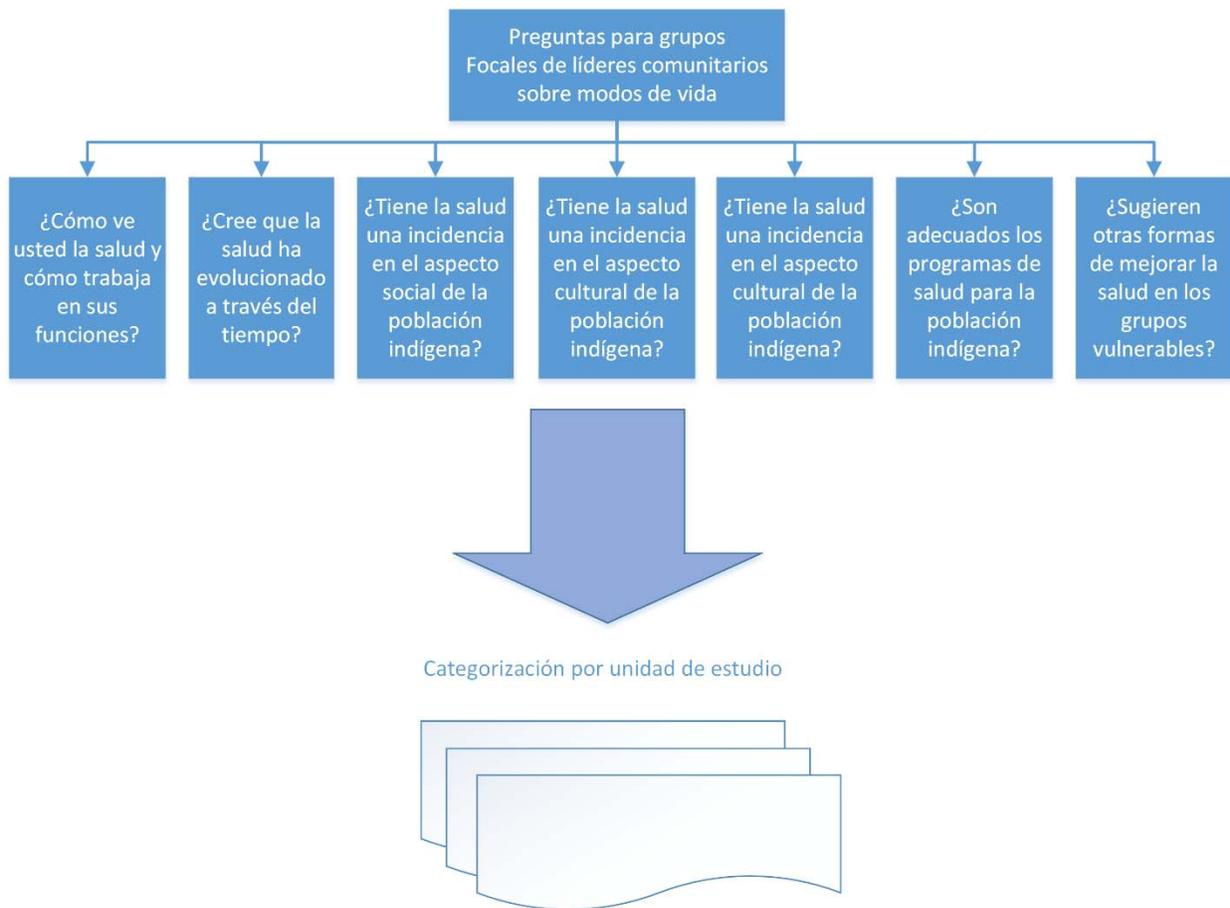


Figura 8. Proceso de estudio en la dimensión particular.

Fuente: Creación Propia

Utilizando los programas de Excel y Atlas ti, para la categorización y clasificación de los datos obtenidos por las entrevistas se lograron unas redes semánticas para cada unidad de estudio.

La siguiente figura muestra un aspecto general de la red (Figura 9).

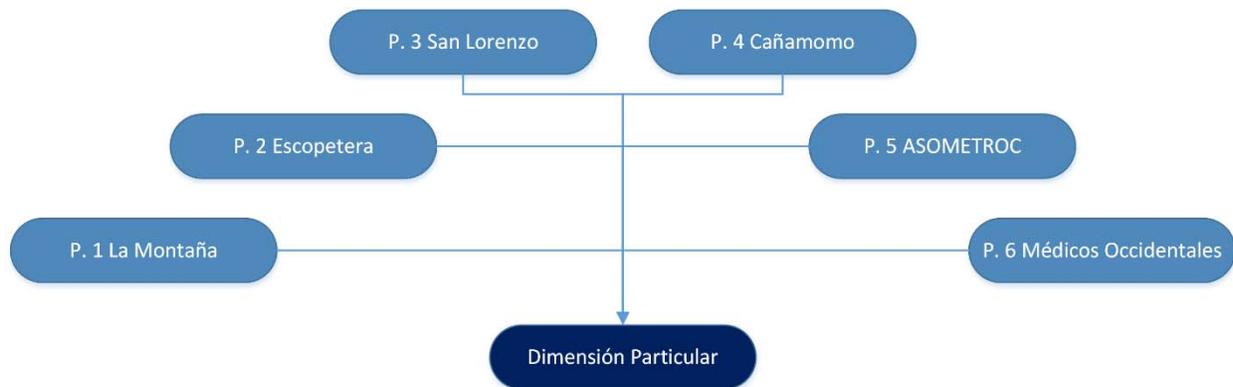


Figura 9. Red semántica de la dimensión particular por unidades de estudio.

Fuente: Creación Propia

A continuación, se describe por resguardo, lo identificado en esta etapa del estudio.

5.3 Resguardo Cañamomo-Lomaprieta

La siguiente figura es la red semántica que se obtuvo al consolidar el análisis de datos de la información obtenida para este resguardo (Figura 10). Al ingresar al programa las respuestas por pregunta, se ve inicialmente por comunidades y cabildantes, el consolidado de cada respuesta. Luego se fusiona la información tanto de los cabildantes, como de la comunidad por pregunta realizada, y se clasifica en las categorías de la Dimensión particular o grupal para cada grupo de estudio, para observar las tendencias de la información obtenida por resguardo.

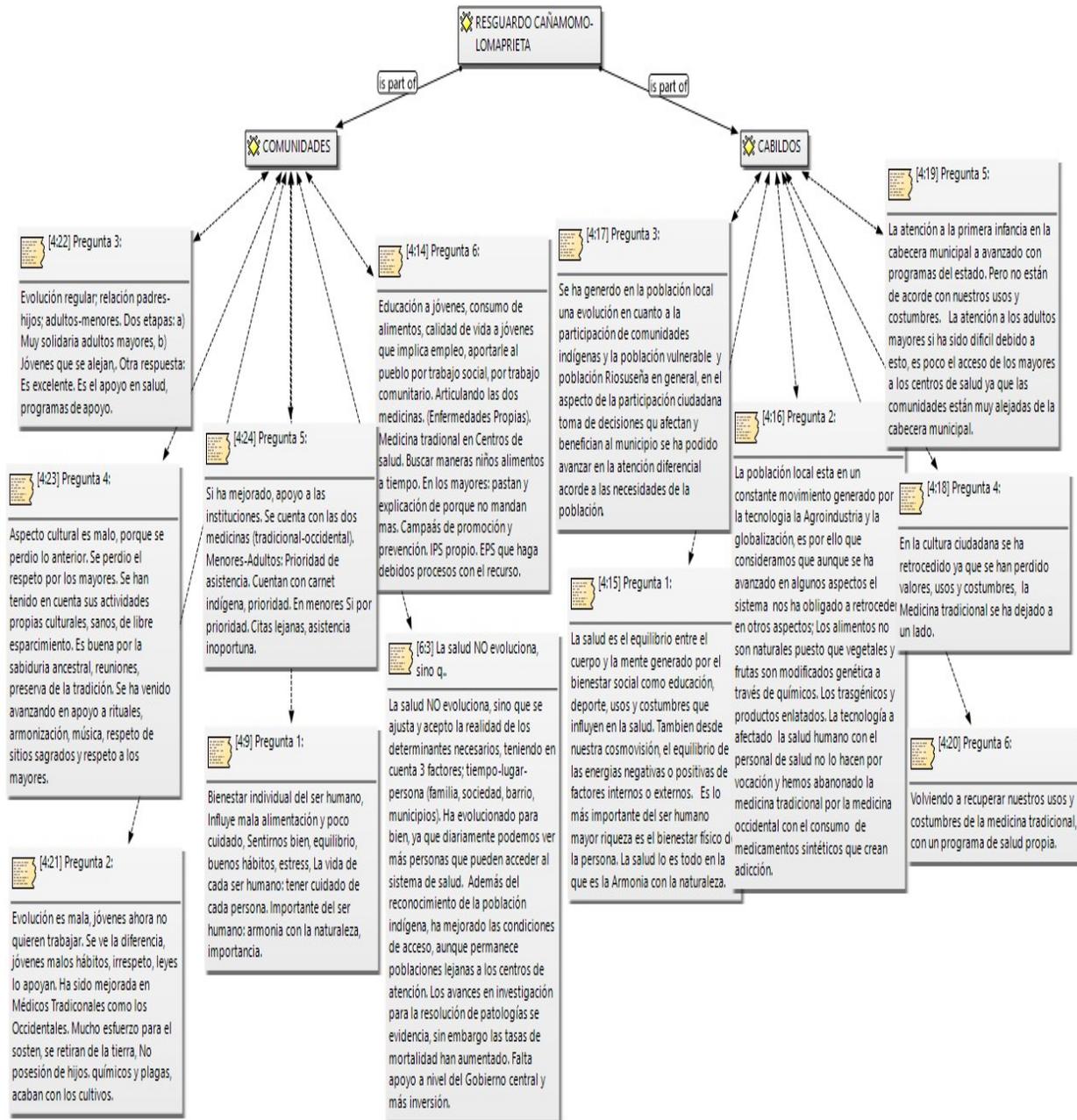


Figura 10. Red semántica de cabildantes y comuneros del resguardo Cañamomo-Lomapieta.

Fuente: Creación Propia

5.3.1 Concepciones de salud

Con base en el resultado de la Red sobre la definición de salud, se identificaron en este grupo conceptos sobre la salud sencillos y otros más complejos, de los comuneros y cabildantes, como: “la salud es lo más importante del ser humano”, “la salud es la mayor riqueza y es el bienestar físico de cada persona”, “es la armonía con la naturaleza” y “la salud es el bienestar espiritual y mental del ser humano”.

También conceptos más complejos donde combinan varias perspectivas plantean a la salud como un equilibrio de sus componentes según sus creencias o sea desde el cuerpo, el espíritu, la naturaleza y la mentalidad. La inclusión del concepto de la cosmovisión-asociación de la vida física con la espiritual en armonía con la naturaleza- en esta definición no solo como salud física. Se incluyen conceptos que muestran a los hábitos de la persona y su entorno social como parte esencial de la salud. Sugieren que la salud se debe mirar “de forma integral y desde la disposición de ánimo que tenga la persona”.

En síntesis, el Resguardo de Cañamomo-Lomapieta define a la salud como algo muy importante que es esencial en su vida. Es un estado de la persona donde inciden elementos del cuerpo, el espíritu, la naturaleza, la mentalidad, el pensamiento y su forma de vida, todos en una forma integral, sustentada por la cosmovisión que los indígenas tienen hacia la existencia.

5.3.2 Las condiciones grupales de trabajo

Como parte del aspecto sustentable de las condiciones grupales de trabajo como condición productiva en la estructura positiva y patrones laborales del Resguardo de Cañamomo

Lomaprieta, los indígenas manifiestan que a nivel central el gobierno no ha reconocido programas de biocapacidad y vivir dignamente. Ha habido talleres de sensibilización para el manejo de la problemática en salud, adoptando medidas de prevención y promoción.

Los grupos focales entrevistados en este Resguardo, muestran el apoyo en la salud tradicional, la alimentación típica, programas del gobierno como familias en acción, programas del adulto mayor, programas de bienestar familiar, la capacitación en cuanto a medicina tradicional, y apoyo en los montajes paneleros nuevos, “ya que antes se hacían con las bestias”.

Los indígenas, consideran que la evolución afecta las costumbres de los años anteriores porque son diferentes a las de ahora lo cual se refleja en la actitud de los jóvenes hacia los usos ancestrales como la alimentación al preferir comer en vez de huevos, carnes, café, parva, harinas y grasa recurren a. “alimentos procesados que no son completamente sanos para el cuerpo”.

Reconocen que la población local está en un constante movimiento generado por la tecnología, la educación y la renovación por lo cual afirman que “aunque la sociedad local ha avanzado en algunos aspectos, el sistema los ha obligado a retroceder en otros”. Frente a la soberanía reconocen que la población ha cambiado y ha evolucionado de una manera compleja ya que las pautas de crianza no se aplican y se han modificado de una forma complicada. La pérdida de los parámetros culturales educativos hacia los jóvenes, los manifiestan como un claro ejemplo de deterioro en la soberanía.

Con respecto al trabajo de campo, afirman que “se debe de hacer mucho más esfuerzo para el sostén de las parcelas”, las familias optan por retirarse de la tierra por la actitud de los

hijos de no tomar posesión de ellas y la utilización de químicos y las plagas, acaban con los cultivos, perdiendo la productividad en el campo.

Como se cuenta con las dos medicinas, occidental y tradicional, los niños se diagnostican con enfermedades naturales y enfermedades propias. Sin embargo, los nativos de Cañamomo reconocen que la atención si ha mejorado mucho toda vez manifiestan que “los niños tienen prioridad en los centros asistenciales” y más aún por parte de los médicos tradicionales. Actualmente, destacan la autonomía de decidir a qué tipo de atención médica desean acudir.

La cultura es un manifiesto de soberanía en un grupo, los habitantes de este resguardo indígena identifican la cultura no solo como las expresiones artísticas, sino que también tiene que ver con la cultura ciudadana, familiar o la cultura de cada comunidad o pueblo. Ellos dicen que los aspectos culturales son los principios y valores de cada ciudadano o individuo, aceptan que la interculturalidad ha llevado la evolución hacia una amplia complejidad de transformación social.

El aspecto de sociedad solidaria se considera que la persona es culta cuando se sabe expresar y cuando tiene respeto a los demás, así mismo cuando se sabe querer a sí mismo, entiende y aplica el valor de los derechos humanos. Según un concepto, “cada persona e individuo puede aplicar en su cultura estos principios y se debe avanzar en la orientación, educación y acompañamiento oportunas y continuos”. También piensan que el concepto de la solidaridad en la sociedad ha permanecido lo cual se nota en el cuidado de los adultos mayores, reconocen también que son menos solidarias las juventudes que no se integran a actividades con los mayores. Piensan que actualmente la ley “les ha quitado mucha autoridad a los padres y la juventud se está volviendo manipuladora con los padres”, pero si han visto resurgir a muchos

jóvenes profesionales que hoy generan muchas oportunidades para ellos mismos, la comunidad y la sociedad en general.

En el aspecto de la sociedad saludable, los indígenas del Resguardo piensan que esta se basa en el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Lo negativo de este punto es lo que se identifica en algunos niños como el maltrato, abuso sexual, abandono, discapacidad cognitiva, visuales y auditivas y dificultades en la espiritualidad. Lo que los indígenas piensan como de protección es el mejoramiento en los servicios de salud, por el apoyo que tienen las instituciones para mantenerla.

Consideran que las cosas que afectan la salud son; 1) El no seguir las instrucciones de los Médicos tradicionales oficiales, 2) El consumo de cigarrillo y el licor, y 3) Las personas con dificultades de cualquier índole, que son de enfermedad. Están de acuerdo que se puede mejorar la salud utilizando la promoción de los buenos hábitos alimenticios para prevención de la enfermedad. Destacan como la tasa de natalidad está bajando y no creen que sea sano para la comunidad indígena; sugieren que las tablas de talla y peso no son aplicables en esta comunidad, porque se deben de tener sus propias tablas de crecimiento y desarrollo en los niños indígenas, lo que se busca es tener el derecho a la salud, pero dentro del contexto en que vive la población.

En cuanto a la atención en salud manifiestan que es deficiente entre otras cosas por la tardanza de las citas, desconocimiento de enfermedades y la poca oportunidad en la atención. Proponen mejorar la salud al “crear nuestra propia IPS y vigilando los recursos destinados para este fin y que las EPS hagan el debido uso de los recursos para este fin se puede mejorar la calidad”. Exigen mayor intervención y seguimiento permanente e inclusión de personal capacitado que incluya los Médicos tradicionales y parteras.

Como se observa, las condiciones grupales de este resguardo se enfocan principalmente alrededor de la etnia propia indígena con sus características propias de medicina tradicional, sus hábitos culturales y todo lo que esto implica dentro de su resguardo, aceptando la interculturalidad en su forma de vida actual, que incluye la medicina occidental y todo lo este sistema implica.

5.3.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo

Lo sustentable implica educación a jóvenes, el tipo de consumo de alimentos, calidad de vida para los jóvenes que implica el empleo y aportarle al pueblo trabajo social y trabajo comunitario. Consideran que la alimentación a los niños ha cambiado, por ejemplo, antes se les hacía compota de frutas y coladas en la casa ahora dependen de la bienestarina. La evolución ha tenido parámetros negativos (enfermedades, modificaciones, facilismo, enajenación) y parámetros positivos (la salud, calidad de vida, educación, modernización, se mantiene la cultura, igualdad de género), que, aunque las personas o las familias han tenido que esforzarse mucho para conseguir el sustento, esto se puede mejorar con una atención más adecuada en el contexto de la población y al aspecto geográfico.

Como parte de la soberanía, consideran que la forma de mejorar la situación en salud es con el personal de salud comprometido con las mismas comunidades y sin un concepto de retribución para lo cual proponen una articulación de las dos Medicinas e identificando las enfermedades propias, aceptando que los Médicos tradicionales puedan ejercer en los Centros de Salud y aplicar esta medicina cuando se requiera. El reconocimiento y apoyo a sus propias costumbres en la salud y en los cultivos de plantas medicinales son un indicador claro de

soberanía de la cultura indígena porque piensan que “la población local está en un constante movimiento, generado por la tecnología-la agroindustria, y la globalización”.

Dentro del aspecto de sociedad solidaria, identifican que existe un concepto erróneo en los jóvenes de lo que es la calidad de vida, consideran difícil definir el nivel de mejoramiento que se ha tenido, dicen que actualmente diferentes instituciones han hecho presencia en esta zona que buscan ayudar en la salud de los niños y a la población en general pero es desventaja que el indígena se ha vuelto dependiente de esas rutas de atención y se le ha olvidado las prácticas propias que se tenían en la familia. A través del tiempo, los indígenas reconocen que las prácticas de salud han mejorado tanto en los Médicos tradicionales como en los occidentales. Manifiestan que “si se ha avanzado en cuanto a los conocimientos del personal, pero no en el trato de ellos a la comunidad”. “En la parte laboral, indican que el gobierno le debe dar empleo a la gente en el campo y ese empleo debe ser un punto gestor de la salud porque los programas que el estado propone son principalmente en la cabecera municipal donde vive la menor parte de la población indígena de Riosucio.”

En consecuencia, al incursionar en la sociedad saludable de este tema, sugieren que se deben gestionar las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) propias y Empresas Promotoras de Salud (EPS) propias que hagan debidos procesos con el recurso. Visualizan la administración de los afiliados que se acogen a los servicios del Hospital y las EPS es un problema en la calidad de la salud localmente porque incluye los problemas del sistema de salud occidental. Existen en su concepto múltiples espacios, como la alimentación, el apoyo a los médicos, los programas de salud y el deporte que hacen parte de las formas de lograr una sociedad saludable.

Se observa en general que la calidad y disfrute de los bienes de consumo tiene elementos positivos y negativos para la población indígena. Ellos identifican como elementos negativos el manejo de enfermedades, algunos indicadores, dificultades en los manejos de los programas de salud y el aspecto administrativo tanto de las EPS como de las IPS. La conservación de la medicina tradicional, el trabajo en diferentes espacios que inciden en la salud, la conservación cultural de sus conocimientos y el intento de trasladarlos a las nuevas generaciones, así como propuestas de soluciones a los problemas, son los principales elementos positivos.

5.3.4 La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales

La sabiduría ancestral y las reuniones-mingas, rituales para intercambiar experiencias, preservan la tradición indígena y se constituyen en el elemento sustentable más importante que creen tener los indígenas en sus valores culturales. Cuentan con la cultura, danza, chirimías, actividades que invitan a participar e integrar actos de toda la población en general, son espacios de sano y libre esparcimiento donde se tiene más respeto por la naturaleza y los sitios sagrados y hay muy buena unión, respeto y solidaridad, que se nota de los jóvenes hacia los adultos. No niegan que se observa la desarmonía e intranquilidad en algunos comuneros y la situación actual de la contaminación en sus territorios, que afectan la cosmogonía, auto visión, y la conservación tierra-agua-vida-aire, propia de su cultura.

En el aspecto cultural consideran que cuentan con una gran evolución ya que “han sido tenidos en cuenta en las actividades culturales para participar, y agregan que no es solo lo artístico sino lo que va en el entorno, hábitos alimenticios, costumbres familiares, entre otras cosas”, según sus respuestas.

La evolución cultural en la población local es plena, porque todos tienen algunas sabidurías ancestrales que en las reuniones cada uno “podemos aportar a la visión cultural y también influyen las energías en el espacio en donde uno se desarrolla. Eso ya era como propio o sea que no solo eran las energías positivas y negativas de uno mismo sino del entorno que lo rodea”. Con respecto a la tierra, consideran que ya no es tan productiva como en tiempos anteriores, porque han entrado los químicos y las plagas para acabar con los cultivos y esto afecta el aspecto de sustentabilidad de la población.

La soberanía dentro del aspecto cultural la consideran “mala porque se perdieron los valores anteriores que los regían”, se ha venido recuperando con el apoyo de los rituales, la armonización, la música autóctona, entre otras cosas. Se tiene mayor confianza a los Médicos tradicionales y sus tratamientos; así también los niños y los jóvenes han venido vinculándose a las diferentes actividades de la cultura. Algunas personas en este resguardo piensan lo contrario, “las costumbres de años atrás se han perdido, no se respetan a los abuelos, ni las enseñanzas que teníamos hacia nuestros padres. “La evolución en nuestra población en el aspecto social, enajenado por su ubicación topografía perjudicando nuestra autonomía cultural y familiar”, “ya no quieren salir del sustento, ni quieren apoyar a la cultura les gusta más la diversión y la tecnología lo que en años anteriores esto no era así.”

Se nota dentro del aspecto de una sociedad solidaria, que se comparten las actividades culturales con todos los grupos de edad de la comunidad. Se destaca el apoyo a su propia cultura incluyendo la medicina tradicional que son acciones de una sociedad solidaria. Se observó una diversidad en la definición de evolución según su interpretación. Dicen que se ha evolucionado positivamente si se mira desde el punto de vista que tienen más oportunidades. Reconocen una

oportunidad de participación para una población vulnerable como la de ellos que antes no contaban con este derecho, aunque si manifiestan que por ejemplo el Instituto de Bienestar familia ha incidido mucho en la crianza de sus hijos, ya que “se les ha quitado la potestad a los padres a decidir cómo criar a sus hijos y ha conllevado pérdida de valores”. Consideran esta situación como una competencia entre el Estado y los padres que conlleva a lo que ellos denominan la culturalización ya que los usos y costumbres de su comunidad no se transmiten.

Al hablar de sociedad saludable dentro del aspecto de grupo cultural, los indígenas de este resguardo predominan, el que implica la salud como el estado de equilibrio entre el cuerpo, bienestar espiritual y mental con la naturaleza en cada ser humano. Consideran que el personal de salud del sistema de salud no trabaja por vocación y manifiestan que ellos han abandonado la Medicina tradicional por la Medicina occidental con el consumo de medicamentos sintéticos que, en su concepto crean adicción. Identifican actitudes en los jóvenes como resultado de la interculturalidad tales como que los jóvenes a muy temprana edad consuman alcohol e inician la sexualidad y la diversión, llamada por ellos parranda, que afectan su salud. La atención a la primera infancia en la cabecera municipal ha avanzado con programas del estado, pero no están acorde con sus usos y costumbres.

Se habla del SISPI o Sistema Indígena de Salud propio intercultural, el cual ya ha sido desarrollado a nivel nacional pero su aplicación está en una etapa de inicio. El SISPI es un programa en donde se reconoce por parte de las instancias del gobierno y se desarrolla por las propias entidades indígenas, los conocimientos y costumbres sobre la medicina tradicional y partería. Los líderes indígenas y los médicos tradicionales y jaibanás, están confiados que por

este sistema se pueden recuperar las tradiciones propias, las costumbres y la Medicina tradicional de su etnia.

En palabras breves, la población local ha evolucionado a través del tiempo en un aspecto positivo y en un aspecto complicado. Se ha avanzado hacia una atención diferencial o etno-diferencial que el mismo estado promueve y tiene acogida en la comunidad; se deben distinguir en el aspecto cultural de la sociedad, patrones como la crianza dentro de los parámetros propios de su cultura. Sí existe un aporte solidario importante dentro de lo cultural y aunque se hayan mantenido actitudes propias dentro lo que es la salud, el sistema de salud del estado es el que predomina. Definitivamente el SISPI es un instrumento conocido por ellos, muy importante para lograr la recuperación de los valores grupales culturales y se debe de gestionar.

5.3.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo

El proceso de la globalización y las grandes empresas que se benefician a través del comercio “ha impedido el desarrollo de la mente de la gente, ya que están ligados a la tecnología, la cual enriquece el gran capitalismo a través de la explotación”, es lo que plantean los indígenas dentro de lo sustentable. Reconocen que hay mayor facilidad de la comunicación por el avance tecnológico y esto hace perder al grupo su empoderamiento propio. Afirman que hoy no es tanto el conflicto de la violencia, sino la pérdida de la cultura misma la que ha hecho que se siga afectando la salud desde otros aspectos.

Los indígenas de este resguardo, al referirse desde el punto de vista social, dicen que las malas costumbres de otra cultura, los malos hábitos alimentarios, el consumo de drogas, alcohol,

la pérdida del conocimiento propio, de lo natural y lo tradicional han llevado a que el grupo indígena pierda la salud. Ellos consideran la contaminación de los alimentos, la modificación genética de los vegetales y las frutas a través de transgénicos, y el uso de medicamentos empacados, como medios que afectan la salud del ser humano.

La evolución de la población local en lo cultural la consideran buena porque aún se tienen sabidurías ancestrales como crianzas, reuniones y todo lo que engloba la tradición cultural.

Consideran de gran importancia la participación ciudadana de comunidades indígenas, la población vulnerable y de la población riosuceña en general en la toma de decisiones que afectan y benefician al municipio. El cabildo de cada Resguardo junto con su Gobernador, elegido por los propios comuneros son una manifestación de organización social, dentro de lo sustentable.

El concepto de la vida desde la Cosmovisión, el equilibrio de las energías negativas o positivas de factores internos o externos es una manifestación soberana dentro de su cultura. En el aspecto de la soberanía, se hace énfasis en el problema de la crianza de sus hijos y el cultivo de la tierra, afirmando que ellos no definen si el progreso ha sido bueno o malo. Los usos y costumbres del día a día se han perdido debido a la escogencia de elementos “que se han traído de afuera”, lo cual permite cambiar sus pensamientos en lo cultural.

Se ha podido avanzar en la atención diferencial acorde a las necesidades de la población. Se reconocen aun las dos líneas de salud, la autóctona y la occidental, aplicando las dos alternativas que tienen para solucionar las enfermedades. La confianza que aún le tienen a lo natural y a lo espiritual para la solución de las enfermedades y “malas energías”, se pueden articular resultando en un beneficio a toda la comunidad.

En lo solidario, la evolución del aspecto social en la comunidad ha sido regular ya que los jóvenes no se relacionan con los adultos, según ellos, ellos viven la vida en una forma demasiado individual y han perdido el concepto colectivo. La sociedad Embera ha evolucionado en que siempre se ha caracterizado por ser muy solidaria y se ha conservado este valor “ya que los mayores han sostenido esta tradición.”

En cuanto a lo saludable, consideran que la salud de la sociedad, si ha mejorado por el apoyo de las instituciones. Reconocen las dos medicinas, con sus gestores propios como son el Medico tradicional, jaibanás y las parteras en la medicina tradicional. En el área de la medicina occidental reconocen que se les da prioridad de asistencia a los menores que cuentan con carnet indígena y se clasifica por su complejidad. En este sistema aspectos como la demora en las citas, la entrega de medicamentos oportunamente, es el mayor problema tanto en el nivel I como el II.

5.3.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo

Dentro de lo sustentable, esta comunidad considera que la vida de cada ser humano debe tener una relación con su entorno o sea con el medio ambiente. El hecho de que los alimentos sean procesados, cultivados en una forma distinta a la que ellos aplican lo ven como algo negativo dentro de lo ecológico. Consideran que, tienen una conciencia ambiental que brinda un buen comportamiento y que el manejo del elemento principal, que es el agua, además el manejo de las basuras, son formas sustentables de la vida dentro de esta conciencia. Reconocen que actualmente no hay respeto a la tierra y no es tan productiva como en tiempos anteriores, porque han entrado los químicos y las plagas a acabar con los cultivos. Sugieren buscar las soluciones por peticiones a la Alcaldía y los Resguardos para el manejo de cultivos, del agua y de las

basuras. Como sociedad solidaria definen a la salud como la armonía con la naturaleza y el bienestar espiritual del ser humano.

De acuerdo a lo anterior, los indígenas consideran que para esto se debe concientizar a la población y gestionar a las entidades encargadas de los problemas ambientales, a que se les dé un tratamiento adecuado. Incluyen el problema de aguas negras también. En lo saludable, ellos incluyen todo lo citado anteriormente ya que todos estos factores hacen parte importante para el ser humano, en su armonía con la naturaleza.

Se puede ver como las relaciones ecológicas de este resguardo de Cañamomo-Lomapieta, tiene un papel muy importante en el proceso de la vida y salud, por el mismo concepto de cosmovisión que tiene su propia cultura. Sin embargo, hay mucho que realizar para lograr mejorar la situación en esta relación.

5.4 Resguardo San Lorenzo

En este Resguardo, se aplicaron las entrevistas al grupo de Cabildantes se obtuvo la Red semántica que se visualiza en la figura (Figura-12) y el análisis de su dimensión particular que sigue.

5.4.1 Concepciones de la salud

Los indígenas del Resguardo de San Lorenzo identifican la salud como un comportamiento, un estado y un derecho que tienen las personas, como el comportamiento que tiene el ser vivo que integra lo espiritual, mental y corporal, siendo entonces un estado del cuerpo, en una condición de equilibrio y armonía con lo interno y externo e incluyen el concepto de “evolución constante”, que sugiere un dinamismo o sea un cambio constante para mejorar.

También toman a la salud, como un derecho que tienen todos los habitantes para mejorar su propia vida. “Es el derecho de habitación, es el estado integral, es el comportamiento, el vigor, la paz, la riqueza, la atención hospitalaria, la educación, la vida, la espiritualidad, es lo individual y el entorno y son los servicios domiciliarios.”

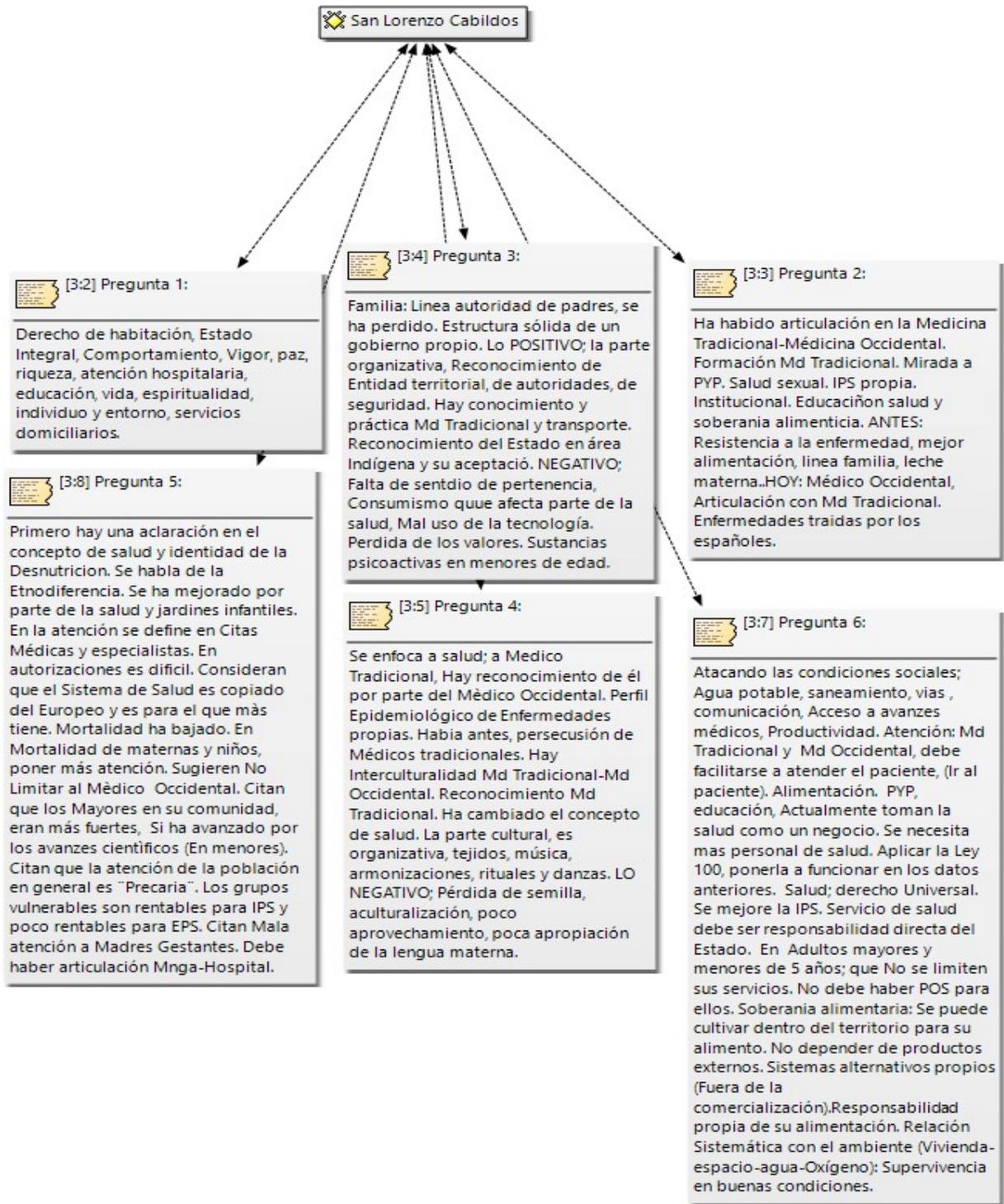


Figura 11. Red Semántica de Cabildo San Lorenzo

Fuente: Creación Propia

5.4.2 Las condiciones grupales de trabajo

Dentro de lo sustentable, en las condiciones grupales de trabajo en el Resguardo San Lorenzo, se considera que “antes las personas eran resistentes a enfermedades, había mejores alimentos, una línea familiar y alimentaban los recién nacidos con leche materna”.

A través del tiempo se ha visto, la articulación de la medicina tradicional y la medicina occidental. Identifican que la evolución entendida desde el occidente como la búsqueda de lo mejor, no permite la utilización de las actividades ancestrales, por lo cual estas se pierden. Se sugiere una formación de médicos tradicionales, la mirada hacia la promoción y la prevención, una IPS propia, educación cultural, soberanía alimenticia y una escuela de formación, a manera de fortalecimiento.

La determinación social de salud se enfoca en los ingresos, la geografía, herencia genética y las políticas públicas que se han instaurado. Esto incluye el comportamiento, el estado corporal, el estado de ingresos, la paz, los servicios básicos, la educación y la vivienda, porque en su criterio todos inciden de una u otra forma en la salud.

La soberanía lo manifiestan como lo positivo o sea que la comunidad es organizada, hay reconocimiento de entidad, hay sensibilización en el cuidado de la madre tierra y su territorio, hay autoridades indígenas, conocimiento y práctica del Médico tradicional y transporte. Ya no hay presencia de grupos armados en el territorio y mejora la seguridad. Lo negativo, es la falta del sentido de pertenencia, también la sociedad de consumo que los afecta, el mal uso de la tecnología y la disminución de sus valores personales. Son parte de la soberanía, las condiciones culturales y de costumbres las cuales influyen en la salud, opinan que la escuela de formación se

debe utilizar como una forma de fortalecimiento y que la evolución de la comunicación ayuda en este punto. El concepto de la sociedad solidaria en este resguardo sugiere protección, sugiere tanto medicina occidental como medicina tradicional indígena, sugieren facilitar la atención al paciente. En lo negativo de este aspecto, están los conflictos familiares. El núcleo familiar esta supuestamente en cabeza de papá y mamá, pero hoy se ven a las abuelas levantando a los hijos de sus hijos lo que demuestra la pérdida de autoridad en el núcleo familiar y los valores con debilidad de la autonomía por parte de algunos comuneros con pérdida de la cultura, la identidad y el tejido social. Existe un reconocimiento de las autoridades tradicionales y propias de su etnia, así como las autoridades propias de la nación. En la parte de la educación, consideran el estudio como una oportunidad de superación, y a pesar de que aplican la tecnología, dicen que se le ha dado un mal uso dentro de la sociedad.

Para lograr una sociedad saludable los indígenas de este resguardo reconocen que la alimentación es uno de los caminos para lograrlo con su dieta propia que representa su soberanía alimentaria, que incluyen las preparaciones ancestrales realizadas con sus propios recursos vegetales. Además de la alimentación, la educación, la promoción y prevención, son parte de los instrumentos que se utilizan para una buena salud. Las instituciones que con sus políticas no permiten trabajar lo propio, no aportan para lograr una sociedad saludable. “Ahora se considera la salud como un negocio y es necesario más personal de salud.”

Consideran que a pesar de que la salud ha mejorado en los niños menores de 5 años, aún hay mortalidad en los niños y en maternas, esto causa una alarma dentro de las instituciones de la salud y en la sociedad, dicen que no debería haber limitación alguna en la atención en salud en los niños menores de 5 años. Piensan que en la salud de una persona influye un grupo amplio y

heterogéneo de factores como la forma de ser, el contexto donde se desarrolla, el uso excesivo de la tecnología, el uso de sustancias psicoactivas, el medio ambiente, el aseo personal, los malos hábitos alimenticios, la atención hospitalaria, la familia como medio protector y de conocimiento, la falta de educación de las personas y el uso de los químicos sintéticos.

5.4.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo

Dentro de la calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo en lo sustentable, los indígenas de San Lorenzo consideran que el gobierno debería ofrecer igual garantías en atención en salud, tanto para niños como para adultos, creen que “el sistema colombiano en materia de salud es nefasto porque se convirtió en un negocio, la salud es quien genera mayores ganancias”. “Hay mayor interculturalidad con ambas medicinas y esto se ha beneficiado para toda la población, se ha visto buen avance ya que hay mayor conciencia por parte de los comuneros en lo cual aporta los medios de comunicación y los medios de transporte que se tienen actualmente. Sin embargo, ciertas condiciones, como la habitación, aun muestran algo de hacinamiento.”

Con respecto a la soberanía, ha evolucionado de acuerdo a los resultados de la ciencia y se observa una interlocución institucional, por ejemplo, entre la Asociación de médicos tradicionales y parteras de Caldas (ASOMETROC) y el Hospital San Juan de Dios de Riosucio. También se observa esto, en la capacitación de las Unidades de rehidratación oral en salud al personal comunitario. Los indígenas dicen “nuestra medicina es muy fuerte y reconocida, y se comparte mucho”. Existe un avance en la creación de Instituciones prestadoras de Servicio-IPS propias, con un enfoque diferencial al de los hospitales, como es el caso de Minga. El nombre Minga representa una antigua tradición de trabajo comunitario o colectivo con fines de utilidad social. (Compendio de Normatividad Indígena, 2013). Esto lo identifican como parte de la Etno diferencia.

Consideran que la sociedad solidaria en la población va en aumento, pero hay falta de conocimiento y educación en salud. “La forma de ser como persona, el contexto, el uso excesivo de la tecnología y sustancias psicoactivas, el medio ambiente, aseo personal, malos hábitos alimenticios, la atención personal y hospitalaria y la familia como medio protector y de conocimiento, se observa actualmente.” Piensan que la mortalidad ha disminuido en general, pero enfocado en la mortalidad de niños y maternas aun es alta, se debe enfocar más atención a grupos vulnerables. También se ha mejorado porque se hace servicio por parte de los promotores en salud por parte de los jardines infantiles en la parte de prevención, como parte de su sociedad saludable. Consideran que en los Resguardos indígenas no se debe limitar las funciones que tienen los médicos occidentales, piensan que lo más difícil del sistema de salud es el aspecto de los medicamentos formulados como No Pos. La educación en salud se toma como un avance significativo, ya que muchos de los comuneros se vienen preparando en el tema de salud, buscando estudiar los determinantes sociales en salud. Se considera que los grupos vulnerables son rentables para las Instituciones Prestadoras del servicio de Salud-IPS y poco rentables para las Empresas Prestadoras de servicio de Salud o EPS. Por lo anterior sugieren “eliminar la ley 100” o cualquiera que no cubra el 100% de la atención en salud y lo No Pos, generar espacios de socialización, utilizar la medicina propia, e igualar la atención entre acceso y programas de salud consideran que la búsqueda entre la articulación Minga-Hospital es un medio para hacer esto.

5.4.4 La Capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales

Consideran que lo sustentable para crear y producir valores culturales es la alimentación tradicional, ya que sus antepasados eran más fuertes y resistentes a las enfermedades, porque la alimentación era más sana. En cuanto a lo cultural se considera positivo que, en la parte de la

organización, se ha venido implementando los tejidos, la música y la práctica de la medicina propia, utilizando armonizaciones y rituales. Lo negativo es la aculturalización y pérdida de semillas propias en la agricultura. Si existe la interculturalidad entre las dos culturas, y esto se da en la medicina sus tejidos, su alimentación, entre otras cosas. Anteriormente los Médicos tradicionales eran perseguidos, la familia tenía autoridad con el padre y la madre sobre sus hijos, pero actualmente, “se ven los abuelos levantando hijos, y los hijos de sus hijos. Este proceso debilita a la cultura, la identidad y el tejido social del territorio”. El apoyo por parte de la organización indígena ha sido indispensable para que fortalezca y reconozca la medicina ancestral, esto se ha ganado con la institucionalización de las Mingas.

Ha cambiado el aspecto social, cultural, y el concepto autóctono del concepto de salud. Se reconoce la coexistencia del médico tradicional y el médico occidental, creando un proceso de interculturalidad en salud, que ha conllevado una pérdida del lenguaje propio, notando una fuerte transculturalidad. Se debe recuperar la soberanía alimentaria y no depender de productos externos. Para lo anterior se debe cultivar dentro de su propio territorio, para la consecución para su alimento.

En el aspecto solidario se considera que, en la familia, los padres como línea de autoridad se han perdido. “Hoy no se puede enseñar a la familia a producir, porque esto está marcado como maltratos. Hoy en día, se ha reconocido ese saber y se trabaja el equilibrio espiritual, donde cada vez más la gente está acudiendo con el fin de mejorar.” Los sistemas alternativos a los propios son los que se reconocen como fuera de los de comercialización.

La sociedad saludable, plantea una formación del Médico tradicional desde la promoción y prevención, salud sexual, soberanía alimenticia y la educación en salud se busca coordinar. Las

articulaciones de los convenios con las EPS muestran mayor interculturalidad con ambas medicinas. Se observa que existe un perfil epidemiológico de Enfermedades propias y hay un avance a manera de la espiritualidad. La mirada en materia de salud y desde la Medicina alopática y propia para avanzar en el proceso de prevención y reducimiento del riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia, muestra que existen muchos parámetros en lo cual la evolución ha influido.

La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo

Lo que se considera sustentable a la capacidad del grupo para el empoderamiento, organización y soportes en beneficio del grupo son conceptos como que anteriormente la alimentación era más sana y los abuelos antes producían la comida a sus hijos. A pesar de que la comunidad indígena ya sabe sobre los químicos y las referencias de hace un año, continúan consumiendo alimentos procesados.

El apoyo por parte de la organización indígena ha sido indispensable para que se fortalezca y se reconozca más la medicina ancestral, hoy se tiene un gobierno propio que trabaja articulado con las comunidades para potencializar líneas productivas, de organización, relación con el ambiente y el papel de la mujer, entre otras para encontrar alternativas para lo que ellos llaman “nuestra producción” que debe contar con el reconocimiento y la aceptación del Estado. Se observa de igual manera como soberanía, el reconocimiento del territorio indígena y de sus autoridades. Dicen que “las políticas han inferido en lo nuestro y en nosotros, como es la planificación, sus familias, y, en resumen, toda la población indígena”.

En la historia se observa como parte de la soberanía, las enfermedades traídas por los españoles las cuales causaron epidemias y aún existen enfermedades aun no conocidas, existe la escuela propia de Médicos tradicionales, que se enfoca a lo propio de su etnia. La salud desde lo espiritual, que es la perspectiva como la toman los indígenas, es una armonía. Por ello la Medicina tradicional ha sido un pilar fundamental en el tema, con las prácticas de los rituales y ceremonias, donde se ha contribuido al bienestar físico, mental y espiritual de toda la población.

Se ha avanzado en el reconocimiento de este tipo de Medicina, dándole mayor relevancia a la Medicina ancestral y se ha reconocido por parte de la Medicina occidental y se ha construido un Perfil epidemiológico de enfermedades propias, realizado por los Médicos tradicionales.

La sociedad solidaria se ha ganado con mingas y de esta manera han cambiado sus conceptos en el aspecto social y cultural, dando reconocimiento a los médicos tradicionales y no solamente a la atención en salud occidental a la población. Los líderes indígenas reconocen que el Estado ha dado la importancia a las comunidades indígenas, y se ha avanzado en cierta medida y retrocedido en otros aspectos. (Ejemplo: Mortalidad perinatal con parteras). Al hablar de avanzar, se refieren a que cuentan con más derechos con la Constitución actual, que los que contaban antes. Y al hablar de retroceder, es que, a pesar de sus derechos colectivos como indígenas, la mortalidad perinatal con parteras ha persistido, la desnutrición no ha disminuido, y hay ciertos aspectos que no han cambiado a través de los años.

Como parte de la sociedad saludable se reconoce que desde un tiempo para acá la mortalidad ha aumentado en la población indígena. Aunque la medicina occidental ha venido ingresando en la cultura indígena, hay un reconocimiento del valor que tienen sus recursos

naturales evolucionado positivamente porque en el territorio de los resguardos se ha venido trabajando más dentro de la Medicina tradicional.

5.4.5 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo

Se puede mejorar en los menores de 5 años su medio ambiente, atacando las condiciones sociales adversas, las aguas patológicas, trabajando en el saneamiento, mejorando las vías, la comunicación, el acceso a avances y productividad. Todo esto son acciones sustentables hacia la calidad de las relaciones ecológicas del grupo. Mirando la materia de salud, desde la Medicina alopática y la Medicina propia, se busca avanzar el proceso de prevención y reducción del riesgo de enfermedades prevalente en la infancia utilizando tratamientos naturales.

En el aspecto solidario, se identifica el avance a manera de espiritualidad. Se reconocen los cultivos de hoy como transgénicos, apoyan los sistemas alternativos de producción de alimentos, reconociendo los usos y costumbres de las prácticas culturales tradicionales con esto buscan garantizar el uso de la tierra para recuperar semillas propias. La sociedad saludable busca la relación sistémica con el medio ambiente, buscando la supervivencia de las buenas condiciones, la vivienda, el espacio, el agua y el oxígeno. Aclaran que deben reconocer una relación hombre-naturaleza, mediante espiritualidades, respeto a la naturaleza, a los territorios y a un buen manejo de los usos y costumbres de ella. “Esta relación con el medio ambiente tiene un costo muy alto, y la alimentación, aunque antes era muy propia, actualmente toda la alimentación se considera que está siendo traída desde el mercado externo, sin saber cómo se produce”.

Recopilando la determinación social del Resguardo de San Lorenzo, enfocado hacia el modo de vida, identificamos que la definición a la salud se enfoca como un comportamiento,

como un estado y como un derecho. Las condiciones grupales incluyen como está la medicina tradicional y la medicina occidental en este resguardo. Incluye la incidencia de la forma de vida en la salud, como es la alimentación, la educación y los conocimientos ancestrales. La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo, incluyen las políticas de salud, el sistema de salud actual, la interculturalidad que se presenta, la educación y la salud desde el punto de vista occidental. Las capacidades para crear y producir valores culturales incluyen la salud, la alimentación, la agricultura, la transculturalidad y la creación del perfil epidemiológico de enfermedades propias.

El empoderamiento, organización y soportes del grupo se enfoca en la política aplicada en los resguardos, la medicina ancestral e indicadores propios. Finalmente, la relación ecológica del grupo asocia todas sus actividades con el medio ambiente, buscando una supervivencia en asocio con la naturaleza.

5.5 Resguardo Escopetera-Pirza

En este Resguardo, se pudo recolectar la información de las entrevistas tanto del grupo de los cabildantes, así como de la comunidad. La Red semántica de este resguardo muestra las respuestas de las preguntas de los dos grupos entrevistados. (Figura 12).

5.5.1 Concepciones de la salud

Los dos grupos focales, la comunidad y el Cabildo del Resguardo Escopetera-Pirza, identifican a la salud desde dos puntos de vista; uno desde el punto de vista occidental y otro desde el punto de vista indígena. Desde el punto de vista Occidental, la salud se entiende cuando

el cuerpo está bien. La persona va al médico, lo revisa y ve el cuerpo sin problemas y lo manda para la casa. Toma el médico occidental “como un orientador del cuerpo”. Para el indígena Embera “La salud es armonía y bienestar del cuerpo, mente y el espíritu. Esa armonía es integral desde el entorno y la comunidad, viviendo en paz y cuidado en nuestro territorio y madre tierra.”

Toman la salud como un todo, incluyendo la parte social, la parte económica, la parte de convivencia, la parte cultural, la parte del territorio, y la parte de producción. Dicen que la salud es bienestar de vida en todo ser humano en lo cual influye la alimentación, el bienestar social, tener un buen vivir, vivienda, acueducto, bienestar familiar, una buena nutrición. “Para nosotros es todo lo que tenemos en nuestro entorno de nuestra visión y cosmogonía, es por eso que influye mucho el conocimiento y sabiduría que nos han entregado nuestros mayores y que seguimos construyendo cada día más.”

Se destaca en este resguardo, como hacen una distinción clara entre el concepto de salud occidental y el propio indígena. Asocian el occidental solo al cuerpo, y en cambio asocian a algo mucho más amplio el concepto de salud indígena, como se cita aquí. Vemos como en los otros Resguardos, la integración del cuerpo, mente, espíritu, la cosmogonía y la armonía. Se destaca la importancia que le dan en este resguardo, la sabiduría ancestral. No dejan aparte características de calidad de vida, como servicios generales, vivienda, alimentación, etc. como parte de la salud.

Identifican la salud como un derecho fundamental, sin embargo, no hacen mucho énfasis en la salud como derecho, como se ve en los otros resguardos. Se observa aquí, una Cosmovisión de lo que influye en la salud, incluyendo desde lo corporal, el medio ambiente, la economía, el estado de vida, la espiritualidad y hasta lo religioso.

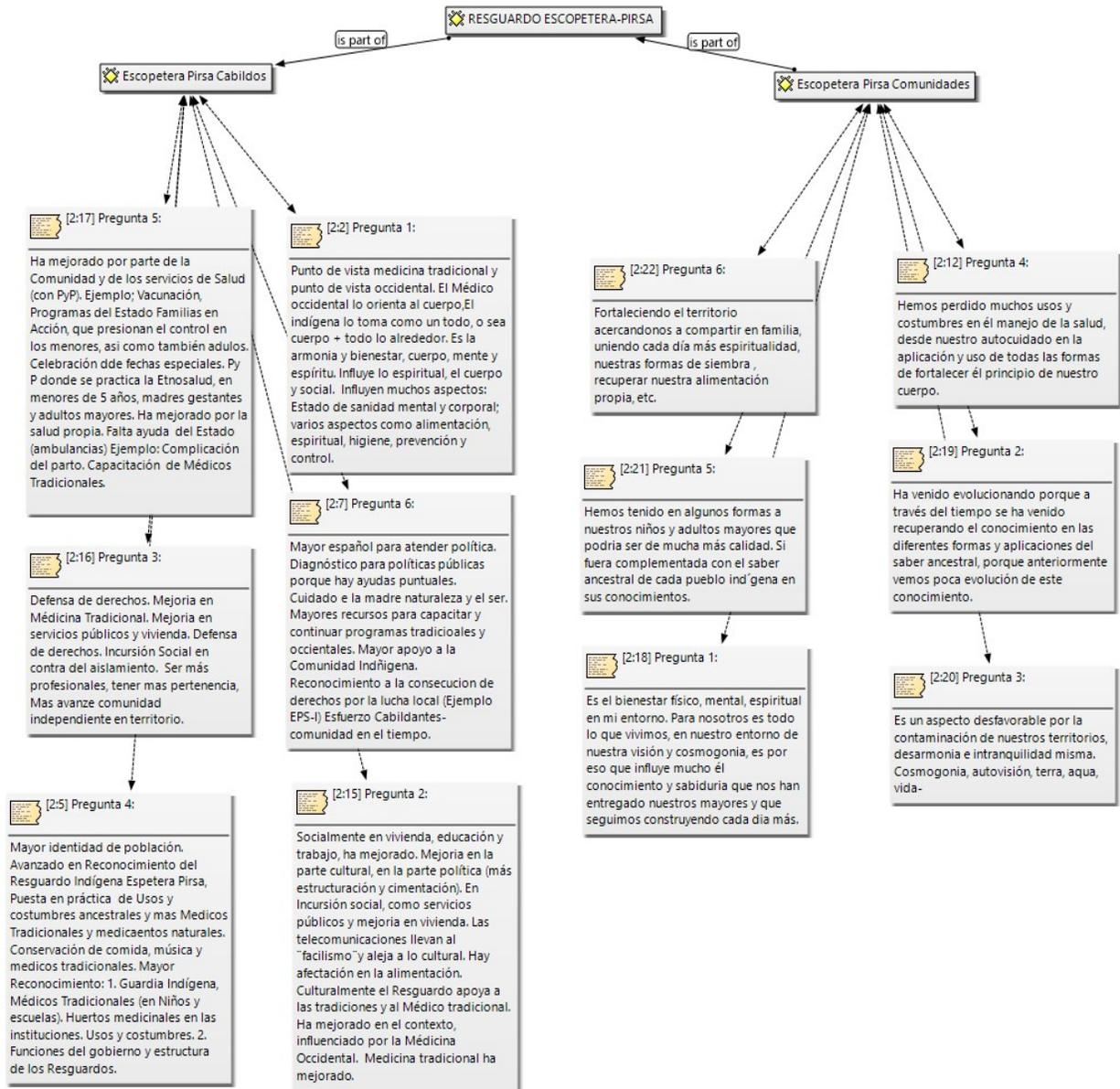


Figura 12. Red Semántica de Cabildantes y Comuneros del Resguardo Escopetera-Pirza.

Fuente: Creación Propia

5.5.2 Las condiciones grupales de trabajo

En el Resguardo Escopetera-Pirza los comuneros consideran como sustentable la vivienda, la educación y el trabajo, creen que esto ha mejorado con el tiempo. Así mismo notan mejoría en la

prestación de los servicios públicos, la defensa de sus derechos, la inclusión social en contra del aislamiento. Asumen todo esto como una evolución positiva en la parte social, cultural y política, que son los programas del gobierno y propios del mismo Resguardo, los que gestionan estos cambios. Piensan que las comunicaciones actuales llevan hacia un facilismo y alejan a sus nativos de lo cultural y de varias maneras afectan los factores sustentables de su comunidad.

Muestras de la soberanía de lo social es el interés de las personas en la parte organizacional, que ha producido el avance dentro esta comunidad indígena. Consideran que la evolución ha sido negativa por las enfermedades, las tradiciones modificadas y emergencias. Pero también positiva por la salud, la calidad de vida, la educación, la modernización, la recuperación de la cultura y la igualdad de género. Se aporta la mayor capacitación para las parteras y a los médicos tradicionales, “teniendo en cuenta más nuestro propio sistema de salud, donde trabajen de la mano nuestros médicos tradicionales con los occidentales, mejoraría la salud.”

Si observan más estructuración y cimentación en el área de la salud, aunque se debe incursionar en lo social, en la mejoría de los servicios públicos y de vivienda. Culturalmente, el Resguardo apoya a las tradiciones buscando autosuficiencia y ser complementada con el saber ancestral de cada pueblo indígena y sus conocimientos.

La sociedad solidaria en Escopetera-Pirza ha evolucionado a través del tiempo, ya que las personas tienen acceso a la salud, pero todavía falta mucha mejoría opinan los comuneros. Existe el respeto a unos derechos y según esto debe haber una creación e implementación de políticas públicas, específicas en esta población para lo cual reconocen que todos colectivamente tienen responsabilidad con los problemas, el territorio y las soluciones. Aceptan estar ligados a la tecnología, “la cual enriquece el grande capitalista a través de la explotación y hay mayor

facilidad de comunicación ya que hay modos muy avanzados, pero esto ha permitido que la unidad en nuestras comunidades se haya perdido mucho, los usos y costumbres.” Ha habido mejoría en la calidad de sociedad desde los servicios públicos, vías, estudio, reconocimiento de sus derechos indígenas, mejoramiento de sus viviendas y en de los medios de comunicación, y considera que esto se debe enfocar tanto a la zona urbana, como a la zona rural.

En el concepto de sociedad saludable, existe el interés de las personas en capacitarse más en salud, ser más profesionales, tener más sentido de pertenencia por la parte organizacional. Así mismo, buscan gestionar más recursos para la capacitación del personal de salud, tanto en la medicina tradicional, como en la medicina occidental. Sugieren focalizarse en la educación en la salud, para las comunidades veredales para mejorar el nivel. “Piensan que, la utilización de talleres y charlas sobre temas como una buena alimentación, el consumo de lo que ellos mismos producen y la utilización de sustancias psicoactivas, son importantes para su salud”. “Los programas de promoción y prevención en el resguardo, visitas casa a casa y acompañamiento de nuestros médicos tradicionales, también las incluyen en este aspecto como saludable.”

5.5.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo

La calidad y disfrute de bienes de consumo, en el aspecto sustentable muestra el principio que se tiene del cuidado de la madre naturaleza y el ser. Se plantea formas de siembra propias y recuperación de los propios alimentos, esto “se debe de realizar fortaleciendo el territorio y acercándose entre familias, compartiendo y uniendo cada día más la espiritualidad”. Ha habido más inclusión social desde los servicios públicos, vías, estudios y derechos.

Destacan una mirada de la enfermedad como un proceso que va desde la apertura en lo económico, lo social, las artes, los alimentos, el consumismo, factores climáticos, contaminación, el núcleo familia, los apegos, y el monopolio. La Medicina propia se ha desarrollado, preservada y la interculturalización también se lleva a cabo, basada en los dos tipos de la medicina. En cada resguardo este proceso puede haberse llevado en una forma distinta.

La soberanía se manifiesta como agilidad en la atención, apoyo hacia la comunidad indígena, capacitación de los Médicos tradicionales y la celebración de fechas especiales. Gestionar mayores recursos buscando más profesionales en ambos tipos de medicinas inclusive en la partería. Se nota mayor apoyo a la comunidad indígena y mayores espacios para una adecuada política. Consideran los programas del mismo gobierno, como el de familia en acción y aldeas infantiles, donde se obliga a los padres a tenerles vacunas al día, desarrollo y crecimiento y programas médicos, se afecta la soberanía. A pesar de las dificultades que se presentan, la atención ha cambiado, pero no en la mejor forma que los indígenas quisieran, sin embargo, si ha avanzado ya que anteriormente, “se morían mucho los niños”. Sin embargo, se necesitan mayores recursos para capacitar y continuar el programa de los tipos de medicina, mostrando un claro aspecto de una sociedad solidaria. Piensan que hace falta el diagnóstico para políticas públicas con bases solidarias, ya que hay ayudas, pero no son puntuales. “En lo social, se ha identificado la mejoría que ha llegado hasta los servicios públicos, vías, derechos de educación, derechos de salud, sistemas de telecomunicaciones y mejoramiento de las viviendas”. Algunas personas consideran que se ha mejorado y cambiado las viviendas y sus vestidos, y esto lo denominan como “facilismo”. Se podrían mejorar las condiciones de menores de 5 años, haciendo un diagnóstico más amplio y generando unas políticas públicas enfocadas específicamente para este grupo poblacional.

A nivel de lo saludable la población considera que ha mejorado porque es consciente que sé que tener prevenciones en la salud como son los controles de gestantes, vacunas, exámenes, crecimiento y desarrollo y odontología. Reconocen que se debe ampliar el Plan obligatorio de salud, para que no se limite el acceso a medicamentos y exámenes costosos. Dicen que ha mejorado la gestión propia, pero proponen tener mejoras en el transporte de enfermos, como una moto ambulancia, para sacar a las maternas de la zona rural al hospital.

5.5.4 La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales

El aspecto cultural, se ha recuperado las tradiciones, pero se ha deteriorado por diversos factores como desigualdades en las tierras, lo que afecta el aspecto sustentable. Se ha avanzado mucho porque se tienen legalizados los Resguardos donde tienen los usos y costumbres propios, que son las chichas y comidas, la música y la medicina ancestral. Los indígenas toman la cultura como un todo, así como el conocimiento indígena. Los saberes ancestrales no los escriben, sino que se trasladan de manera oral entre las generaciones. Ha evolucionado la población en el aspecto social, ha habido enajenación por su ubicación geográfica; consideran que se ha perjudicado la autonomía en lo familiar, porque cambia los pensamientos propios de los indígenas y afectan también la unidad comunitaria. Dentro de la soberanía en este punto, el aspecto cultural ha tenido mayor relevancia y mayor reconocimiento, ha evolucionado porque ha ido mejorando y se mantiene la práctica la medicina tradicional, recuperando el conocimiento en las diferentes formas del saber ancestral. En la sociedad solidaria la pérdida de muchos usos y costumbres por parte de los jóvenes que se manifiesta en que no hay aplicación de todas las formas de fortalecer el cuerpo lo que atribuyen al uso de tecnologías de comunicación. El interés de las personas es capacitarse más en salud, ser más profesionales y tener más sentido de

pertenencia por la parte organizacional, buscando lograr una sociedad saludable. Si se ha mejorado el contexto tradicional, pero hay influencia de la medicina occidental.

5.5.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo

Los indígenas opinan que “lo sustentable se apoya en la identidad de población, avanzando en el reconocimiento del Resguardo Indígena Escopetera Pirza, en la puesta en práctica de usos y costumbres ancestrales (más médicos tradicionales), en la conservación de comida, música y medicina tradicional y en el mayor reconocimiento de los guardias Indígenas, huertos medicinales en las instituciones, usos y costumbres”. Consideran que una de las cosas que los identifican como pueblos indígenas es su medicina tradicional, ya que esto se ha ganado a través de la lucha por mantener el conocimiento ancestral. Así mismo ocurre en la alimentación, rituales, organización política y actitudes sociales propias, que se reflejan como un empoderamiento en la vida indígena. Si se compara la organización indígena con la de hace 40 años, hoy es una organización muy cimentada y estructurada que tiene sus bases en este territorio, ha mejorado gracias a la gestión de las autoridades propias del Resguardo que tienen la capacidad y el espíritu para defender sus derechos, las funciones y la estructura propias.

En cuanto a la soberanía, cada indígena decide que es lo mejor para sus usos y costumbres, su religión y su manera de pensar. El momento que se vive actualmente como la globalización mundial, el sistema comercial, la tecnología y la explotación de los recursos naturales, convierte el espacio de los indígenas en un espacio vulnerable que provocan el olvido de las tradiciones y una transculturalidad de las culturas occidentales, incluyendo en el concepto de la medicina. Piensan que realizar la defensa de derechos, mejorar la Medicina tradicional,

apoyar las tradiciones de bebidas y comidas tradicionales, la música propia, y los médicos tradicionales, son manifestaciones de soberanía. Las culturas, las creencias de la población, son parte del criterio de cada uno de los integrantes de la comunidad.

La figura política del Resguardo implica poseer una estructura propia, mantener una mayor identidad de su población, tener procesos de recuperación cultural y mantener una puesta en práctica de usos y costumbres. Visualizan avance en lo político electoral y político organizativo y un propio sistema de salud a lo que ellos llaman SISPI. El trabajo de la salud articulado entre ASOMETROC y los programas de salud de cada organización, son la muestra de la solidaridad que existe entre entidades. Hay un reconocimiento a la conservación de los derechos por la lucha local (ejemplo tener una EPS-Indígena) que manifiesta más esta solidaridad. Dentro de las instituciones escolares de la región se busca el rescate de lo propio, con este proceso los usos y costumbre se han recobrado de una forma muy propia y visible. Promueven el respeto hacia los derechos indígenas, y enseñan cómo son las funciones del gobierno y como está organizado.

Dentro de la sociedad saludable, observan como la medicina occidental se ha ido penetrando en los pueblos indígenas, sin que se solucione totalmente los problemas de salud de estos pueblos. Se apoya que los que manejen su salud sean EPS propias indígenas, como Mallamas y la Asociación Indígena del Cauca-AIC, utilizando el reconocimiento de su propia medicina, además de la aplicación del sistema de salud nacional de la Ley 100. El manejo de una cultura de prevención en la salud dentro de la medicina tradicional y la medicina occidental muestra una mejoría en el contexto de salud indígena, a pesar de que los indicadores de morbimortalidad no han mejorado, particularmente en grupos específicos como los menores de 5

años. Esto demuestra como el modo de vida en la dimensión particular, repercute en la dimensión individual, en este caso los niños menores de 5 años.

5.5.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo

En lo sustentable influye lo social, lo económico, el estado de ánimo y la naturaleza. Manifiestan que la base son los conceptos de cosmogonía, auto visión, tierra-agua y vida. Estar bien en la filosofía indígena, es el equilibrio del hombre con la naturaleza, la espiritualidad, la vivienda, y estar en armonía entre todos.

La población en su aspecto de soberanía social, consideran que es un aspecto desfavorable por la contaminación dentro de sus territorios y esto muestra “desarmonía e intranquilidad de uno mismo.” La sociedad solidaria, consideran que debe estar rodeada de buena armonía, tener buenas relaciones con la tierra y la naturaleza, para que halle un equilibrio entre el hombre y la pacha mama. Esto ha permitido que la unidad en las comunidades indígenas se manifieste en la salud que es la armonía y bienestar del cuerpo, mente y espíritu, según ellos. “Esta armonía integral desde el entorno, lleva a la comunidad, una vivencia en paz y cuidado con nuestro propio territorio.” Consideran que, existe una sociedad desfavorable o no saludable, por el exceso de contaminación de los territorios. Muestra desarmonía e intranquilidad, pero el Resguardo apoya el medico tradicional, lo cual muestra mejoría en la naturaleza. “También trabajando respetando nuestra madre naturaleza, buscando el entorno más limpio, sin basuras, en contra a la contaminación que le estamos haciendo”, mejora las condiciones.

En resumen, observamos que en el Resguardo de Escopetera-Pirza, a pesar de la importancia que se le da a la sabiduría ancestral, su definición de salud se destaca en la distinción

que le hacen al concepto salud desde el punto de vista de la medicina tradicional y desde el punto de vista occidental. Su salud tiene características de los dos tipos de medicina.

Dentro de las condiciones grupales, hacen énfasis dentro de lo grupal, en las características de vivienda, cultura, comunicaciones, tecnología, salud propia y conocimiento ancestral, colocando tanto lo positivo, como lo negativo. Se nota una buena aceptación de un dialogo entre las dos medicinas. Dentro de la calidad y disfrute de bienes de consumo, destacan la relación entre la madre naturaleza y el ser, reforzando el concepto espiritual. Son más amplios al manejar el concepto de la enfermedad, incluyendo diferentes puntos de vista como factores de riesgo a la enfermedad. A pesar de que se conservan en ciertos aspectos la parte cultural, en otros aspectos se nota la pérdida del lenguaje y su vestimenta, los cuales son los parámetros más fuertes de una cultura. Están firmes en mantener su propia cultura, pero aceptan que la interculturalidad puede hacer perder poco a poco, lo que es propio. Esto es el transculturalismo que se presenta al tener una cultura, una influencia mayor sobre otra.

La capacidad objetiva del grupo para acciones en beneficio de ellos, se identifica en la identidad de la población y su apoyo al mismo Resguardo, poniendo en práctica sus usos y costumbres ancestrales, la conservación de la comida, la música, la medicina tradicional, los huertos medicinales y el reconocimiento de su propia legislación. La aplicación dentro de las instituciones escolares de la región, de la educación propia es una metodología efectiva que ellos aplican para lograr esto.

Finalmente, la calidad de las relaciones ecológicas dentro del grupo influye lo social, lo económico, el estado de ánimo y la naturaleza. Manifiestan que la base son los conceptos de

cosmogonía, auto visión, tierra-agua y vida. Estar bien en la filosofía indígena, es el equilibrio del hombre con la naturaleza, la espiritualidad, la vivienda, y estar en armonía entre todos.

5.6 Resguardo La Montaña

En este Resguardo, se pudo recolectar la información del grupo de los cabildantes, así como de la comunidad. La Red semántica de este resguardo también muestra las respuestas de las preguntas de los dos grupos entrevistados. (Figura 13).

5.6.1 Concepciones de la salud

Los grupos focales del Resguardo de Nuestra Señora de La Montaña, tanto de los comuneros como del Cabildo, tienen tres enfoques para la definición de salud como bienestar, derecho y servicios. Primero toman la salud como un bienestar individual, que resulta de un equilibrio de cuerpo, mente, espíritu y factores externos como la energía del entorno. Consideran que esto es “en cada uno de nosotros como persona, así como colectivamente”. La alimentación, el medio ambiente, la educación, la vivienda, el transporte, la tecnología, la electricidad, el vestir, el estado de ánimo y el aseo personal, son todos espacios que intervienen en la salud. También la reconocen como un derecho fundamental de cada persona y que se reconoce por la constitución, como tal consideran que se debe proteger y defender.

Igualmente, toman la salud como la forma en que se prestan los servicios a este estado, y toman el estado de salud como “una evidencia de bienestar de la persona, tomándolo como algo integral en cada individuo”.

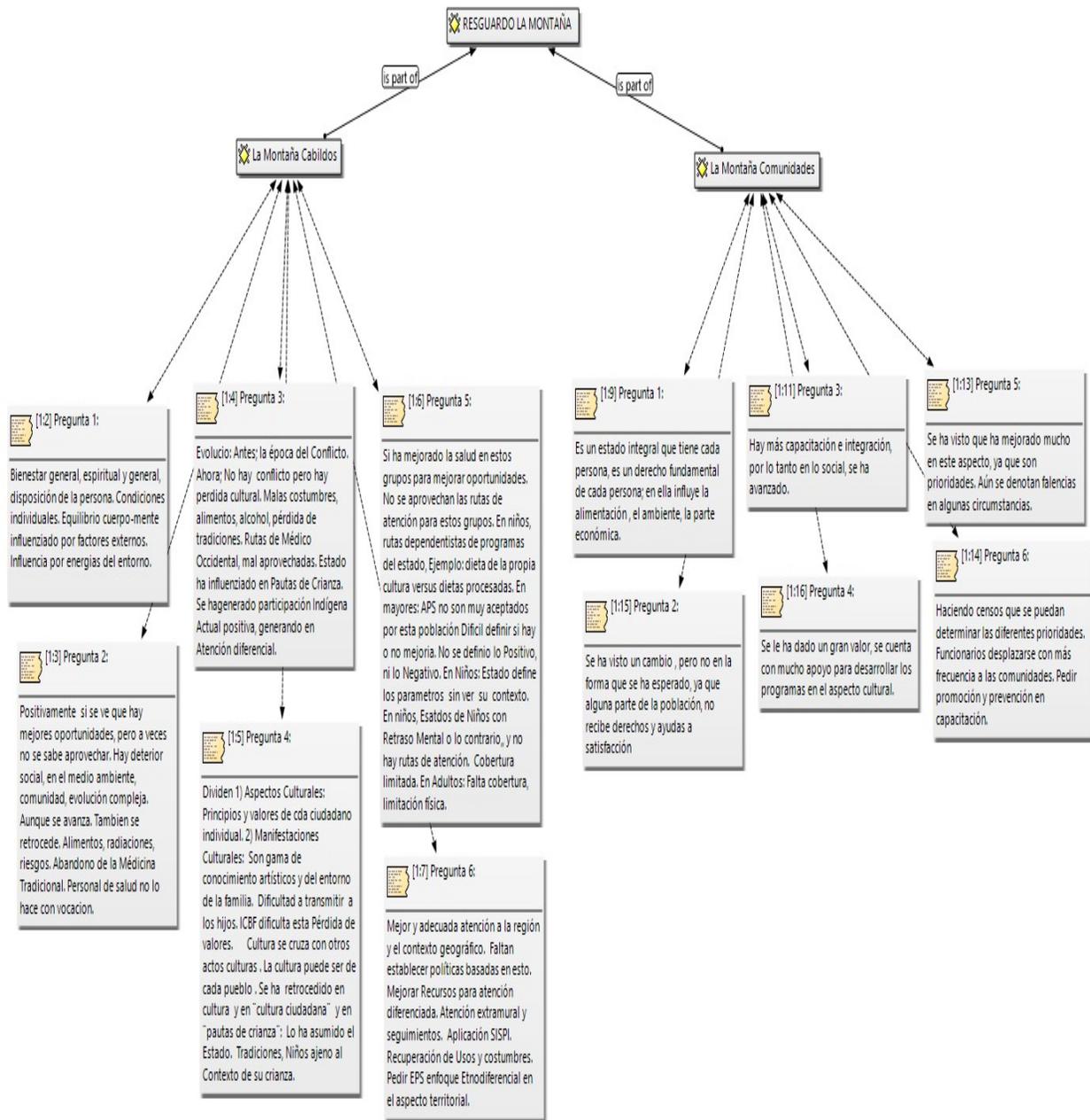


Figura 13. Red Semántica de Cabildantes y Comuneros del Resguardo La Montaña

Fuente: Creación propia

5.6.2 Las condiciones grupales de trabajo

En el aspecto sustentable de lo social, este grupo de líderes del resguardo de La Montaña dice que el resguardo se ha caracterizado por permitirles orientarse, conocer y crear espacios que les permitan identificar ambientes de aprendizaje que contribuyen al desarrollo de la población.

Sin embargo, aceptan que hay deterioro social, deterioro en el medio ambiente, en la comunidad, a causa de lo que ellos llaman la evolución. Creen que, aunque se avanza, también hay retroceso, ya que hay más capacitación e integración en lo social, mejorando las oportunidades, pero en los niños, las rutas son dependientes de programas de estado, como la dieta cultural que se enfrenta a la dieta de alimentos procesados todos los días. Los rituales de sanación para la madre tierra y el ser humano, son parte de la educación cultural para mantener las tradiciones de los Embera.

Para manifestar su soberanía, aceptan que ahora no hay conflicto, pero si hay pérdida cultural, malas costumbres, malos alimentos, alcohol y pérdida de tradiciones. Consideran negativo dentro de la soberanía, las rutas de la medicina occidental, mal aprovechadas. Los comuneros consideran que el Estado ha influenciado en las pautas de crianza propias de los indígenas, aunque se ha evolucionado de manera integral, grupalmente en la comunidad se ha retrocedido en la cultura, ciudadanía y sus propias pautas de crianza. Consideran una evolución positiva la creación de la Constitución Política de Colombia de 1991, en donde se les reconoce los derechos como indígenas, ya que antes se les discriminaba.

En el aspecto social, la comunidad es participativa en su educación, demanda diferentes intereses sociales, culturales y económicos.

Dentro del aspecto solidario los habitantes del Resguardo de La Montaña, dicen que aunque hay más ayudas en la parte de auxilios para los menores y actualmente la primera infancia cuenta con un código de atención y protección especial, lo cual garantiza que el derecho a la salud se les priorice, aún hay fallas en el sistema. El modo de vida en este Resguardo, se asemeja a los otros y se nota la falta de unos parámetros para los menores de 5 años, que determinen mejorar la nutrición ya que existen inconsistencias entre los dos tipos de medicinas utilizadas en estos espacios.

Consideran una mejoría en la solidaridad en los campos de la tecnología, la investigación y las ciencias a nivel global. Hay más intervención y más ayuda para la vida humana, esto se refleja al ver como se detectan más fácilmente las enfermedades y se aplican los tratamientos hoy, orientando las ciencias para este fin.

En el campo educativo, por medio de las capacitaciones se han ayudado a las familias a mejorar la calidad de vida. Se ha recibido mucha información en muchos aspectos como la política, donde ya se conocen los derechos que tiene cada persona. “El conocer esto para todos, es un aspecto solidario”.

Los comuneros y líderes indígenas en el aspecto de la sociedad saludable consideran que en niños el estado define los parámetros de crianza sin ver su contexto real. Afirman que, no hay rutas de atención en ciertas patologías como el retraso mental, o sea que la cobertura viene siendo limitada. Los comuneros describen los servicios médicos para menores de 5 años, como “muy malos” por no haber una atención adecuada en el momento de la consulta. Sin embargo, aceptan que hay más ayudas en la parte de auxilios a menores, entendiendo esto como aportes

del gobierno no solo para el servicio de consulta médica, sino en diferentes aspectos que buscan gestionar la salud de los menores en la población en general.

Piensan que “la medicina occidental es la más importante hoy, porque les provee la parte de la salud, pero la atención es deficiente. Si reconocen que beneficia más a las personas de bajo nivel económico”.

Los conceptos políticos reconocen que constitucionalmente la salud es un derecho que todos tienen y deben proteger, es parte de la interculturalidad, según ellos. La educación, el estado de vivienda, el transporte, la tecnología, los servicios básicos y la vestimenta, son considerados parte de la salud, por la cual existe una sociedad que demanda intereses sociales, culturales y económicos.

5.6.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo

Como parte de lo sustentable, hay muchos avances informativos y tecnológicos, pero consideran que también los enlatados, la comida chatarra, los químicos con los que se fumiga afectan la salud y no se tiene mucho apoyo hacia la medicina tradicional.

En la parte soberana, se acepta que se ha recibido mucha información en los aspectos de educación y política, que incide en toda la comunidad. La población indígena, conoce cuales son los derechos de cada persona y consideran que la salud tiene un aspecto social. Dicen que cuando la población está bien en salud, socialmente van a estar bien porque van a tener más posibilidades de acceder a satisfacer otras necesidades básicas de tipo personal y familiar.

Aun se denotan falencias en algunas circunstancias y se debe mejorar la atención, para que se respete el derecho a la salud integral, mostrando deficiencias en la soberanía. Solicitan a las EPS aplicar un enfoque Etno diferencial en el aspecto cultural, al hablar de salud, y haciendo censos, donde se pueden determinar las diferentes prioridades que necesita la población. Se deben recuperar los usos y costumbres propios.

La sociedad solidaria si ha mejorado, porque hay muchas ayudas del estado y mejor alimentación. Actualmente los menores o de la primera infancia, cuentan con un código de atención y protección lo cual garantiza que el derecho a la salud y su atención se priorice.

La solidaridad se ha evolucionado positivamente al ver que hay mejores oportunidades que a veces no se saben aprovechar. Mejorar las políticas de gobierno en cuanto a salud para garantizar a estos grupos y lograr una mejor calidad de vida es una meta. Se podría mejorar con más apoyo a los grupos vulnerables. La sociedad indígena ha evolucionado por la presencia de la ciencia, investigación y la tecnología la cual influye en todos los sectores de la sociedad en una forma positiva. En el aspecto de sociedad saludable, las condiciones de los grupos se pueden mejorar, tomando conciencia de la importancia de la salud en el ser humano, lo que conlleva a promocionar la salud propia y una buena prevención de la enfermedad, opinan sus líderes.

El mejoramiento de los nutrientes y la alimentación, y de la atención en salud que dan las Mingas, demuestra una buena evolución. Allí se detectan enfermedades y posibles curas a través de ciencias aplicadas al Ser humano, lo que antes no había.

Con la implementación de los grupos extramurales, se hacen más accesibles los servicios para los comuneros en la zona rural, aunque el servicio en los hospitales es muy malo, según ellos y la accesibilidad de esta atención es difícil.

El gobierno debe ponerles más atención a los hospitales, servicios de salud, en la educación y crear actividades que sean para los jóvenes discapacitados. “Debe invertir más en la salud, ya que no hay buena atención, ya que se niegan las citas, no hay precisión en la atención de las citas, y los controles de los niños menores de 5 años no les dan acorde a la edad”.

5.6.4 La Capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales

Consideran que los aspectos culturales se reflejan en los principios y valores de cada ciudadano. En este aspecto dentro de lo sustentable, la población indígena en el aspecto cultural ha evolucionado considerablemente ya que se tienen experiencias significativas que hacen que se fortalezca los procesos culturales y con ellos la supervivencia en el tiempo de la comunidad indígena. Se pueden aprender de acuerdo a las ciencias, usos y costumbres de otros resguardos y etnias que hay en el entorno.

En el grupo poblacional como soberanía dicen que las manifestaciones culturales son una gama de conocimiento artístico y el entorno de la familia. La cultura se cruza con unos conceptos y puede ser propia de cada pueblo. Se ha retrocedido en cultura ciudadana y en las pautas de crianza porque lo ha asumido el Estado. En la manera cultural, la evolución es regular porque se ha perdido mucho la cultura propia y la tradición.

Como parte de una sociedad solidaria, piensan que hay dificultad para transmitir a los hijos los pensamientos culturales. Afirman que, el niño actualmente es ajeno al contexto de su crianza y sus tradiciones. Dice que, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) dificulta esto, y hay pérdida de valores. Anteriormente la sociedad era más unida, compartían, eran más sociables, se integraban y eran más apropiados de la franja de los buenos valores. Sin embargo, se le ha vuelto a dar un gran valor y se cuenta con mucho apoyo para desarrollar los diversos programas en el aspecto cultural.

Los indígenas de este resguardo consideran que anteriormente en la parte de salud, la sociedad tenía recursos ancestrales para realizarse tratamientos médicos; “Culturalmente se ha perdido la Medicina tradicional, porque ya no se creen en plantas y en su gran valor. La medicina occidental es la que hoy predomina”.

La sociedad Embera ha evolucionado por medio de programas de salud, en su acompañamiento, que han permitido unir a la comunidad. Las que orientan, son quienes conservan la medicina tradicional, como son las parteras y los sobanderos, y médicos tradicionales, gestionando el rescate de huertos de plantas medicinales.

5.6.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo

Se nota una mejor y adecuada atención a la región y el contexto geográfico siendo esto un aspecto de lo sustentable. La soberanía se manifiesta en la recuperación de los usos y costumbres, en la atención diferencial y la falta de establecer políticas para una atención diferenciada. Para esto se desarrolla la aplicación del SISPI, piensan ellos. Se está trabajando en

la recuperación de la Medicina tradicional y sus saberes ancestrales, y por ello están capacitando sobre estos temas en el Sistema indígena de salud propia intercultural-SISPI. Las personas aún conservan las tradiciones de médicos tradicionales, parteras, sobanderos y el rescate de huertas y plantas medicinales.

La soberanía alimentaria, es el respeto por el aspecto de lo que ellos mismos dicen, “Somos lo que comemos”. Muchas de las enfermedades se dan por los malos hábitos alimenticios, que son por el cambio de las comidas tradicionales, el cambio de músicas, equipos, tecnologías, entre otros. Esto se conoce como transculturización. Lo solidario se ve generado por la participación indígena actual y es positiva. Localmente la población ha evolucionado positivamente. Se manifiesta la sociedad saludable, en la atención extramural y seguimientos de los pacientes. Los funcionarios se desplazan hacia las comunidades, y estas solicitan la capacitación en salud, y la promoción y prevención. Se solicita a las EPS un enfoque étnico diferencial, de acuerdo al aspecto territorial.

5.6.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo

Afirman que hay deterioro social y de medio ambiente y comunidad; evolución compleja y aunque avanza, también retrocede. Resumiendo lo anterior del Resguardo La Montaña, con respecto a la definición se observan tres criterios, uno desde el punto de vista de equilibrio de cuerpo, mente espíritu y el entorno, el otro desde el concepto de la salud como derecho y el tercero tomando la salud como servicio. Dentro de las condiciones grupales, el resguardo se ha caracterizado por permitirles orientarse, conocer y crear espacios que les permitan identificar ambientes de aprendizaje que contribuyen al desarrollo de la población. Aceptan que hay

deterioro social, deterioro en el medio ambiente, en la comunidad, a causa de lo que ellos llaman la evolución.

Los rituales de sanación para la madre tierra y el ser humano, son parte de la educación cultural para mantener las tradiciones de los embera. Pero identifican la pérdida cultural en sus costumbres y tradiciones, y hábitos negativos que tiene la población, así como en las pautas de crianza. Piensan que, “la medicina occidental es la más importante hoy, porque les provee la parte de la salud, pero la atención es deficiente”. Si reconocen que beneficia más a las personas de bajo nivel económico. Se destaca que aceptan la tecnología como parte de su vivencia diaria.

En cuanto a la calidad y disfrute de bienes de consumo, afirman que la población indígena, conoce cuales son los derechos de cada persona y consideran que la salud tiene un aspecto social. Solicitan a las EPS aplicar un enfoque Etno diferencial en el aspecto cultural, al hablar de salud, y haciendo censos, donde se pueden determinar las diferentes prioridades que necesita la población. Se deben recuperar los usos y costumbres propios, y apoyan los grupos extramurales, a pesar de que critican mucho los servicios hospitalarios

Dentro de la capacidad objetiva del grupo para crear sus valores culturales consideran que los aspectos culturales se reflejan en los principios y valores de cada ciudadano e individuo. En este aspecto, consideran que la población indígena en el aspecto cultural ha evolucionado considerablemente ya que se tienen experiencias significativas que hacen que se fortalezca los procesos culturales y con ellos la pervivencia en el tiempo de la comunidad indígena. Manifiestan mucha preocupación en su crianza tradicional, y afirman que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) trae otros patrones que chocan con sus tradiciones.

Piensan que la sociedad Embera ha evolucionado por medio de programas de salud en su acompañamiento que han permitido unir a la comunidad.

Finalmente, dentro del aspecto de empoderamiento y organización en beneficio del grupo, se está trabajando en la recuperación de la Medicina tradicional y sus saberes ancestrales, y por ello están capacitando sobre estos temas en el Sistema indígena de salud propia intercultural-SISPI. Las personas aún conservan las tradiciones de médicos tradicionales, parteras, sobanderos y el rescate de huertas y plantas medicinales. Con respecto a la calidad de relaciones ecológicas del grupo, solo reconocen el deterioro social y de medio ambiente en la comunidad.

5.7 Asociación de médicos tradicionales y parteras - ASOMETROC

5.7.1 Concepciones de la salud

El concepto de la salud es muy amplio en este grupo. Definen a la salud como el bienestar del cuerpo, tanto en el aspecto físico como mental, buscando un equilibrio entre estos dos espacios. Les es claro que el equilibrio con medio ambiente y la naturaleza, incide en la salud. Consideran que, múltiples aspectos individuales como la convivencia, la alimentación, los servicios básicos, el bienestar, el desarrollo y la calidad de vida también inciden en el aspecto de la salud.

Legalmente sustentan que la salud es un derecho fundamental que poseen todos los seres humanos, y desde el aspecto filosófico, propio de su cultura, creen en los cambios entre el microcosmos y el macrocosmos, la cosmogonía, la cosmovisión y la espiritualidad, los cuales

inciden en el estado de salud. Destacan el concepto del saber ancestral de la salud y el saber actual de la salud, proponiendo que estos dos saberes se deben complementar.

La Red Semántica del grupo de la información aportada por medio de las entrevistas de los afiliados a ASOMETROC, fue una sola. (Figura 14).

5.7.2 Las condiciones grupales de trabajo

Esta sociedad, sugiere que para mantener lo sustentable, se deben de continuar con las buenas asistencias en la alimentación, atención a tiempo en las IPS, y mejorar la parte económica con el aumento de fuentes de empleo. El posicionamiento antes y ahora de las mujeres dentro de la sociedad, se considera como un proceso que sostiene el concepto de las condiciones grupales de trabajo, en este grupo.

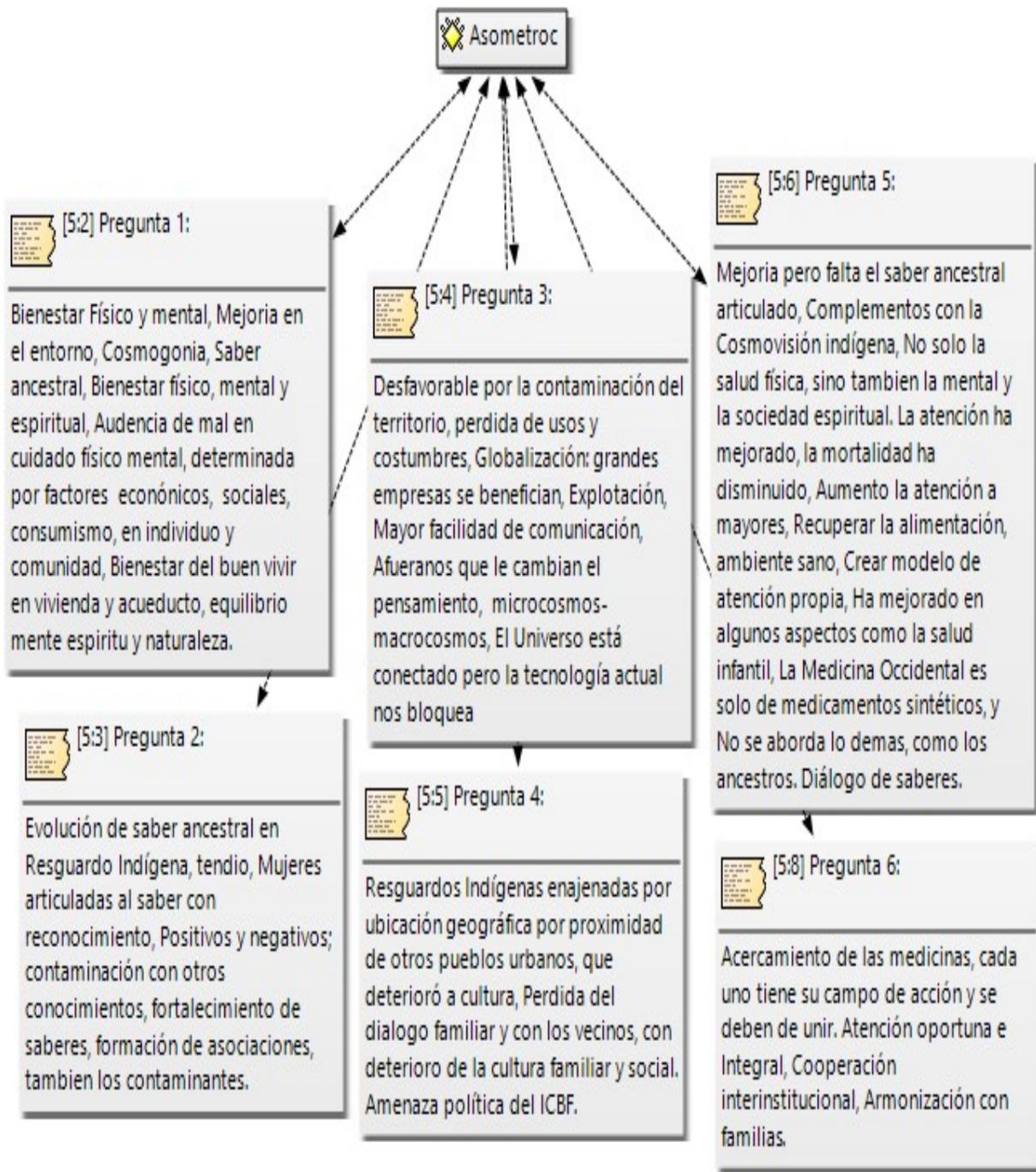


Figura 14. Red Semántica de ASOMETROC

Fuente: Creación propia

En el aspecto de la soberanía, actualmente las leyes y ICBF (Instituto de Bienestar Familiar) no les inculca trabajo y disciplina a los niños. Los indígenas afirman que la normatividad que trae el ICBF ha sido un fracaso porque agrede la soberanía de los mismos padres. “La convivencia ha cambiado, la presencia de varios vicios entre otras cosas afecta decisión propia del grupo. La combinación de las medicinas refleja la ubicación de una autodeterminación étnica y cultural”.

Dentro de lo solidario como la cuota de vida suficiente, ellos observan una mejor educación a los niños, enseñándoles a trabajar y a tener armonización con las familias y la naturaleza. “La migración de la población indígena hacia otras ciudades, hacen perder el concepto de una sociedad solidaria”.

En el aspecto de la sociedad saludable piensan que, “la atención ha mejorado, ya que hay menos mortalidad en las diferentes enfermedades y grupos de edad”. Afirman que son compatibles y hay buena articulación entre la medicina occidental y la indígena. “Faltan mucho los valores humanos y la promoción y la prevención”.

Reconocen que la bioseguridad ha mejorado con la presencia de las instituciones como IPS Minga, ASOMETROC, la Alcaldía de Riosucio, y los Resguardos indígenas. Socialmente hay muchas diferencias entre las personas que deben prestar un servicio y las que las reciben. Se acepta que la atención local es buena y oportuna, aunque existe una falta de accesibilidad a la salud. Se acepta que aún hay comunidades en donde aún existe la desnutrición.

De acuerdo a lo anterior, las condiciones grupales de trabajo, que es la posición en la estructura productiva y los patrones laborales, muestran que, aunque existen instituciones que en

salud y en el aspecto social, apoyan el grupo indígena, no es claro el posicionamiento de una estructura productiva y una situación laboral estable en la comunidad. Existe una combinación de medicinas en la población, y consideran que la situación de salud ha mejorado, por la bioseguridad que existe.

5.7.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo

Dentro de lo sustentable, citan que la globalización es lo negativo ya que bloquea el desarrollo de la mente de la gente, ligados a la tecnología que enriquece el concepto capitalista para su explotación.

Esto ha provocado la enajenación de su propia calidad y disfrute de consumo del grupo. Se solicita personal idóneo, y solicitan más eficacia en el personal que atiende, sugiriendo un modelo de atención propia. Se requiere un dialogo de saberes.

Como parte de la soberanía, ha mejorado la comunicación, pero se han perdido las tradiciones propias, la solidaridad, lo cultural. Plantean el concepto de microcosmos y el macrocosmos. Consideran que hay desarmonía de los hogares. Se identifican hábitos que se han perdido y por ello se deben recobrar usos y costumbres. Esto se nota en las personas jóvenes, pero no en los mayores. Sugieren recuperar la alimentación y el ambiente sano. Las sugerencias de ASOMETROC refuerzan el concepto de la sociedad solidaria, planteando un dialogo entre las dos medicinas.

Como parte de una sociedad saludable, “la utilización más frecuente de la medicina tradicional lleva al mejoramiento de la salud”. Por el contrario, “la migración de parte de la

población hacia otras ciudades por la falta de empleo deteriora la parte económica”. “La cooperación interinstitucional se podrá mejorar buscando entradas que se preocupen por el aspecto económico, ayudando a mejorar la población en general y la sociedad como entidad”. “Al haber poca atención, se desarrollan las enfermedades y necesidades que ya más adelante no tiene una cura”, dicen los representantes de Asometroc.

La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo como el tipo de cuota, construcciones de necesidad, sistemas de acceso y patrones de consumo, se resumen en la globalización como lo negativo y en el requerimiento de un personal idóneo y en el dialogo de saberes. A pesar de una pérdida de tradiciones propias, aun se manejan conceptos solidarios como del microcosmos y el macrocosmos, así como la armonía de la sociedad, con el enfoque de recobrar los usos y costumbres de lo autóctono, buscando un espacio más adecuado en lo económico.

5.7.4 La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales

Dentro de lo reconocido como sustentable se conserva la cultura y los saberes ancestrales, tomando como los principales elementos de la cosmogonía, la tierra, el agua, el aire y el fuego. Aceptan que la identidad propia se ha perdido y aunque hay mejoría, falta articular el saber ancestral con los conocimientos actuales. Sugieren “haber complementos con la cosmovisión indígena y no tener solo la salud física”.

El concepto afueranos o afueranos, es un concepto emergente que se identifica en las charlas y entrevistas de la población indígena. Es un concepto emergente, que nace identificando de lo que procede de “afuera” de la propia cultura indígena o del mismo espacio indígena. (Plan

de Desarrollo Riosucio, 2012). La población lo toma como lo extraño que no fue parte de su propia comunidad.

Aspectos negativos, como la explotación de la tierra y la población, los “afueranos”, la dependencia de la tecnología y de los productos foráneos, se identifican dentro de la población indígena. Manifiestan como antes se utilizaban los medicamentos propios, los jabones y las cremas extraídas de “la madre tierra”, así como la comida propia, lo cual ya se ha perdido. Falta un compromiso por parte de la población a recuperar la siembra tradicional y la utilización de semillas propias.

La soberanía se ha perdido con la “pérdida de la comida sana de antes”, los juegos típicos en los niños y se nota que los niños no quieren estar en la casa. Se tenía el vestuario que se identificaba culturalmente, y también el autocuidado en la gestación y de los niños. Dentro del autocuidado, había una alimentación propia para la embarazada, unos baños fortificantes y el acercamiento de la misma familia al vientre de la mujer, lo cual actualmente poco se usa. Lo anterior, junto con la pérdida del respeto por la misma familia, sus concejos y por los mayores, concluyen en que hay una pérdida de la identidad propia indígena, tanto en lo mental, como en lo espiritual.

La parte cultural incluye los grupos de danzas, su música, los rituales, los juegos tradicionales, los deportes y la producción orgánica lo cual se ha perdido, sin embargo, existen grupos para recuperar la cultura Embera en todos estos aspectos. En el aspecto solidario, se ha perdido la comunicación en la casa, lo cual se ha extendido a toda la sociedad, demostrando un deterioro de la cultura familiar. Falta más entrega de conocimientos de la cultura ancestral a los jóvenes, ya que se les enseña cosas que a los mismos jóvenes casi no le agrada. Sugieren emprender mejores estrategias, buscando apropiarse de nuevo de lo tradicional, aplicando a las

mujeres articuladas al reconocimiento, trabajando en el fortalecimiento de saberes y gestionando la formación de asociaciones.

En el concepto de sociedad saludable, se observa cómo hay contaminación por los pesticidas, enfermedades infecciosas, enfermedades afueranas, alimentos “no sano”, baja productividad de las tierras y hábitos saludables que ya en la niñez no los aplican. La medicina occidental ha influenciado demasiado en lo saludable, sin embargo, se ha tratado de conservar la cultura tradicional, enfocándose en los principios de la medicina tradicional. Se han generado cambios muy buenos, que no han sido concordantes, con los resultados de la EPS-Empresa Promotora de Salud, como por ejemplo la atención oportuna e integral.

Se observa en general en este aspecto, que, aunque se haya perdido costumbres culturales como la vestimenta y el lenguaje, se conservan aun las creencias filosóficas, espirituales, de alimentación, costumbres de danza y de manejo del embarazo en la mujer y el niño, además de la medicina tradicional.

5.7.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo

En el aspecto sustentable, los resguardos están enajenados por su ubicación geográfica, por su proximidad a otros pueblos urbanos. Esto quiere decir, que están perdiendo su capacidad de productividad, capacidad de trabajo, su parte cultural y una organización comunitaria, por la incidencia de municipios no indígenas o con parámetros de vida, distintos a los que su comunidad plantea.

La toma de decisiones, el liderazgo propio y la convivencia persiste y esto manifiesta aun decisión propia sobre las cosas que están dentro de los resguardos, que es lo que entendemos como soberanía. Sin embargo, la cultura occidental, ha influido en el actuar, vestir, el comer, en la convivencia familiar y en el escuchar o comunicación en general. Piensan que se han perdido los espacios familiares debido a los medios de comunicación y a la tecnología.

Para reforzar una sociedad solidaria, consideran que se puede mejorar comprometiéndose como organización y concertando los entes gubernamentales, materializando las diferentes políticas públicas existentes. Consideran que se debe recuperar la pérdida del dialogo dentro de la familia, y entre los vecinos, como medio de organización y de beneficio del grupo.

ASOMETROC es objetivo en este aspecto, ya que aceptan que a pesar de que territorialmente se identifican y respetan como resguardos indígenas con todo lo que esto implica legal, cultural, étnica y socialmente, la influencia de los municipios aledaños afecta el grupo indígena. Esto se manifiesta en la perdida de elementos propios de la etnia, como lo son el lenguaje, el vestido y los hábitos propios, pero se puede recuperar con más compromiso de la misma comunidad y aplicando políticas públicas que orienten este proceso.

5.7.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo

La contaminación del territorio y la desarmonía en la sociedad son parámetros negativos para la sustentabilidad en el metabolismo sociedad-naturaleza. La alimentación, el medio social, el medio ambiente y los servicios básicos afectan esta relación, y lo pueden hacer desde un aspecto positivo o negativo, dependiendo de cómo se desarrollen en la sociedad.

Incide en la soberanía negativamente, la contaminación de los conocimientos propios, ya que se aplica una transculturalidad que termina disminuyendo una cultura indígena, sobre una cultura occidental más fuerte. Así mismo lo siente ASOMETROC, en la influencia de la misión del saber ancestral y de la espiritualidad propia de su cultura. Como parte de la sociedad solidaria, los miembros de Asometoc consideran que, “el equilibrio con la naturaleza es el bienestar con toda persona, y es fundamentalmente desfavorable, todo tipo de contaminación.”

La sociedad saludable es afectada por los contaminantes agrícolas que afectan la tierra y causan las enfermedades a las personas, y consideran que, para tener una sociedad saludable debe haber un equilibrio con la naturaleza. En pocas palabras, es claro como los médicos tradicionales y las parteras de Riosucio, le dan una gran importancia a su relación con la naturaleza, tanto en el aspecto físico, como espiritual. Identifican como contaminación, todo lo que es diferente a lo propio de su cultura, como acciones, actitudes, alimentos, conocimientos y tóxicos, que hacen perder la tierra, la cultura y los saberes ancestrales, de diferentes maneras.

5.8 Medicina occidental

La Red Semántica del grupo de la información aportada por medio de las encuestas del muestro que se efectuó a los Médicos Occidentales fue la siguiente: (Figura 15)

5.8.1 Concepto de la salud

En este grupo focal de estudio, se encuentra que por parte de los profesionales de la salud el concepto de lo que es la salud, se enfoca desde diferentes puntos. Inicialmente se habla de la salud como un derecho fundamental, del cual todos los habitantes deben gozar. Entre los

beneficios comentan la efectividad, el que exista el servicio sin ningún costo y la rapidez de este, que deben ser características propias de la atención en salud, según los profesionales de la salud. Desde otro enfoque, opinan que la salud es un bienestar físico, mental y espiritual. Consideran que es un conjunto de armonía del ser humano consigo mismo y con su entorno que implica una relación con su ámbito. También no solo una visión desde lo patógeno, sino desde el mejoramiento integral de la persona, incluyendo “todas las esferas como lo biológico, lo económico, lo ambiental y lo social.”

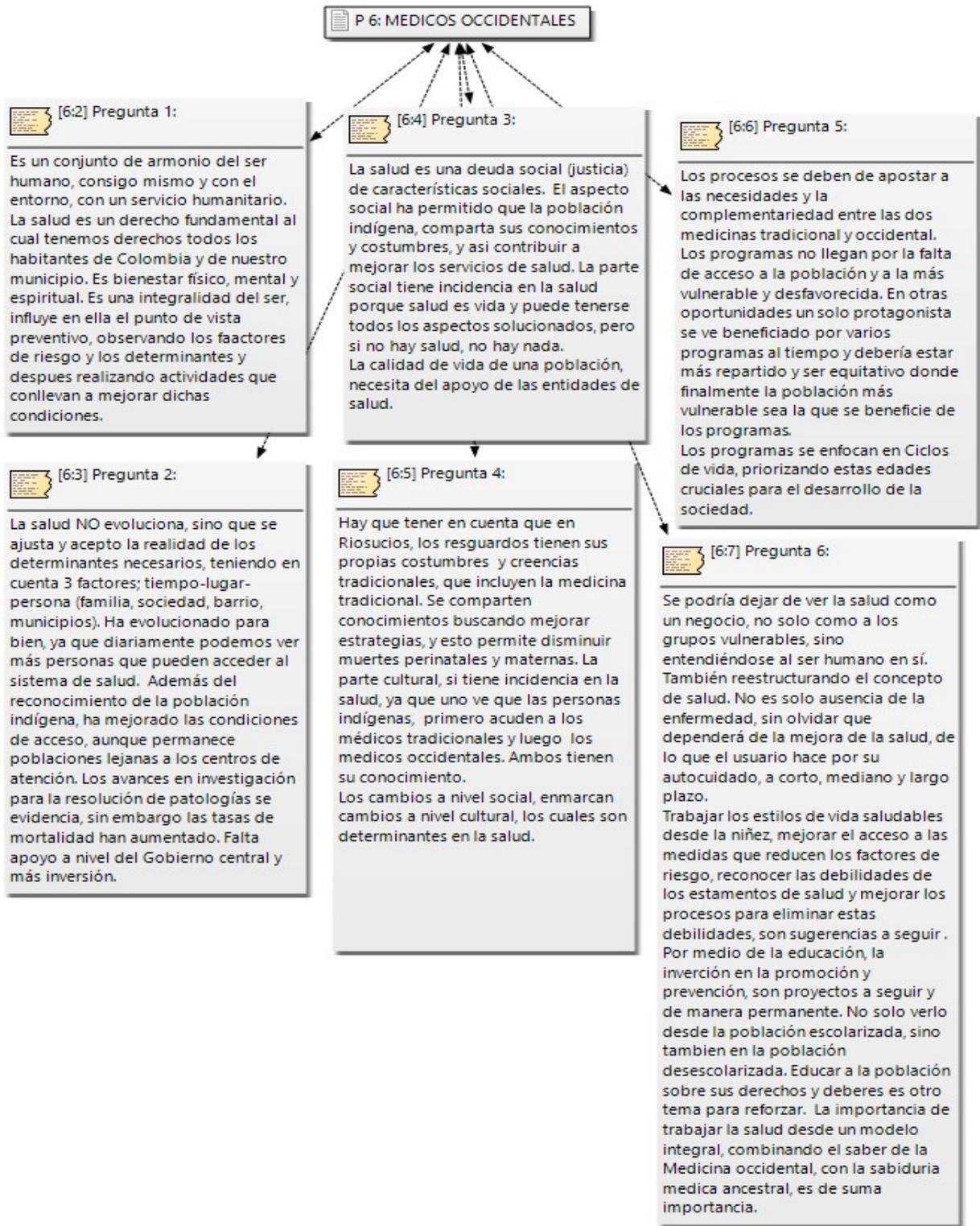


Figura 15. Red Semántica de Médicos Occidentales.

Fuente: Creación Propia

Afirman que la salud es un producto del sistema y lo describen como un servicio difícil de adquirir cuando se habla de especialidades, particularmente. Sin embargo, piensan que “la salud en el municipio de Riosucio ha mejorado con los procesos que se vienen llevando a cabo y han contribuido a que la oportunidad y la calidad mejoren el servicio”. Proponen dejar de ver la salud como un negocio y la atención dirigida no solo hacia los grupos vulnerables para entender mejor al ser humano en sí, buscando una reestructuración al concepto de salud. “Reconocen que en la salud se trata cada día de involucrar más a la población, incluyendo a la indígena, se brinda más espacio para ello, respetando su particularidad.” Sugieren manejar los determinantes de las enfermedades o sea lo que conocemos aun como los factores de riesgo. Es de destacar que esta conceptualización de la salud en este grupo que brinda atención a grupos indígenas, aunque es mucho más amplia e integral, no le da la importancia que tiene la ecología dentro de la salud.

Se demuestra en las discusiones como este grupo de profesionales ven la importancia del estado de la salud, el derecho a la salud, sus beneficios, las características que tiene, el enfoque tanto físico, mental y espiritual, y finalmente la salud como un resultado dentro de un sistema el cual la maneja como un producto de consumo de una población, que aún falta educar. Aunque localmente la salud es manejada por los indígenas al contar con un alcalde indígena, estos solo cumplen con parámetros generales exigidos por el departamento quien tiene una aplicación únicamente de la medicina occidental. Además, Riosucio cuenta con un Hospital Regional de segundo nivel, el cual es manejado con los mismos parámetros departamentales y nacionales.

5.8.2 Las condiciones grupales de trabajo

Se orientó el concepto de las condiciones grupales de trabajo, la calidad y disfrute de bienes de consumo de los indígenas, desde el punto de vista de los profesionales de la salud.

Basado en lo anterior, manifestaron que se observa la sustentabilidad enfocada hacia lo que es la atención al paciente, consideran que la barrera está en que son pocos los profesionales con que se cuenta para cubrir toda la demanda de usuarios en salud. Dentro de este aspecto, piensan que la formación de nuevos profesionales y su calidad, afectan el aspecto de capacidad de trabajo en la comunidad indígena. También refieren la falta de infraestructura, así como tecnología insuficiente, que se refleja en una falla en la capacidad sustentable grupal.

A pesar de lo anterior, consideran que los recursos económicos asignados a la salud son suficientes, pero lo importante es que lleguen al propósito a lo cual son asignados. Por esto, si piensan que, al existir una mal asignación de los recursos, “debe haber una real veeduría de estos fondos y una supervisión de las funciones en los servicios de salud.” No solo el aspecto tecnológico es importante, ya que creen que el aspecto administrativo ha desmejorado. Dicen que, “las personas pueden tener la cobertura, porque toda la población está afiliada, lo cual consideran bueno, pero las entidades no prestan un buen servicio, rápido y oportuno.” Los entrevistados identifican la falta de sensibilidad en la comunidad, sobre el autocuidado, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aspectos del área de la soberanía. El grupo de profesionales dicen que la salud a través de los tiempos ha ido evolucionando, manifestándose en la mejoría de los servicios hacia las personas, facilitando el acceso a los servicios y la eficacia en la atención y prestación de estos servicios.

Indican que la población indígena ha reconocido este cambio y si ve mejoría en el acceso a la salud, pero no es suficiente. Esto puede ser porque la mayoría de la población en Riosucio (70%), sigue habitando la zona rural y esto afecta la calidad de la accesibilidad en la salud en este municipio.

Existen algunos profesionales médicos como los que fueron entrevistados, que creen que la salud no evoluciona, sino que se ajusta a las circunstancias y acepta la realidad teniendo en cuenta los factores básicos que la determinan como son tiempo, lugar, persona (familia, sociedad, barrio). Desde el punto de vista de la sociedad solidaria, los profesionales consideran que ahora todos merecen el mismo trato, a pesar de que el gobierno nacional se haya preocupado más por los beneficios de la población indígena. La parte social tiene incidencia en la salud porque “salud es vida” y puede tener todos los aspectos solucionados, “pero si no hay salud, no hay nada”.

El concepto de solidaridad ha evolucionado bastante desde la reforma de la Ley 100, con lo cual se ha consolidado. Se ha evolucionado en cuanto a lo científico, porque con respecto a la prestación de servicios de parte de las EPS, aún es regular su calidad y el acceso. Los profesionales aceptan que, a pesar de las quejas de la población, nuestro país es uno de los mejores en los cuales las personas tienen acceso a los servicios de salud de forma subsidiada. Si se ha solucionado el problema de citas en un 70%, y se ha mejorado la facilidad para la atención en un segundo nivel.

Con respecto a una sociedad saludable, los profesionales en salud dicen que se debe trabajar con los estilos de vida saludables desde la niñez hasta los adultos y se podrían mejorar las condiciones de vivienda, generar empleo, ya que se observan niños desnutridos y abuelos abandonados, por la falta de capacidad económica de sostenerlos por parte de la población productiva. Al aceptar a la población menor de 5 años como el futuro de la sociedad, debe haber mayor sensibilización en el autocuidado y en sus cuidadores.

Según el análisis de los profesionales de la salud no todos los menores de 5 años están cubiertos por alguno de los programas de salud. Se ha logrado llevar los servicios a comunidades aledañas quienes, por desconocimiento, dificultades económicas u otras no pueden desplazarse a un centro de salud u hospital. Día a día gracias a la sociedad de consumo y a la tendencia de la globalización, las comunidades indígenas se han visto sumergidas en esto, generando deterioro en su estado de salud. La inclusión de esta población a los programas del estado es transversal.

Sin embargo, el aspecto social ha permitido que la población indígena, comparta sus conocimientos y costumbres con otros grupos étnicos o mediante el mestizaje, y de esta manera contribuir a mejorar la salud en la región. Aceptan que las comunidades se han visto atacadas por el consumismo y los procesos se deben apostar a las necesidades y la complementariedad entre las dos medicinas presentes en esta comunidad indígena, la medicina tradicional y la medicina occidental. Se ha desarrollado el concepto integral, gestionando una comunidad sana, que puede gozar de esparcimientos y desarrollando actividades sanas.

En último lugar dicen que los grandes cambios a nivel social enmarcan grandes cambios a nivel cultural, ya que la población aplica permanentemente en determinantes de salud. Es un sistema fracturado donde el más afectado es el paciente. Algunos consideran que no debería ser este enfoque para la población indígena, sino los programas deben ser dirigidos a toda la población del municipio de Riosucio en general, “ya que todos tenemos los mismos derechos.” Se debe trabajar enfocado hacia los estilos de vida saludable desde la niñez y con los adultos.

La salud ha tenido grandes avances en la investigación y en la resolución de las patologías, pero aún se evidencian tasas de morbilidad y mortalidad aumentadas, enfocándose principalmente en las enfermedades crónicas y de alto costo. Mucha de la calidad de la salud, se

basa en los procesos administrativos, o sea que, si no hay un buen contrato vigente para los servicios, no hay un buen nivel de salud. Falta aún más inversión de parte del gobierno nacional y una supervisión a las EPS sobre la calidad de los servicios hacia los pacientes.

Podría contribuirse desde la educación, promoción, desde las escuelas y familias para reconocer signos de alarma, adecuados hábitos alimentarios, conservando la diferencia étnica y cultural. Así lograr mejorar futuro. Por este medio de la educación, se debería considerar que la educación es una inversión importante en la salud, a la cual se le debería apuntar fuertemente, y debería ser permanente. Pero no solo verlo hacia la población escolarizada, sino también hacia la población desescolarizada. La educación sobre sus derechos y deberes es básica, y la misma población lo exige.

Se debe lograr, con las políticas públicas que se desarrollan en las comunidades y haciendo el seguimiento a las distintas actividades en salud, que se realizan tratando siempre de mejorar. El acercamiento a las comunidades menos favorecidas, generan espacios de interacción y comparten conocimientos y beneficios a los cuales tienen derecho. Esto se refleja en la calidad de vida de una población, que necesita del apoyo de las entidades de salud e influye en la parte social de la población. Mejorar el acceso a las medidas que reducen los factores de riesgo, reconocer las debilidades propios de los estamentos de salud del municipio y el trabajo para disminuir o eliminar estas debilidades en conjunto, llevan a una sociedad saludable. La implementación de hábitos frente al autocuidado y conservación de la salud física, mental y dar cobertura según el ciclo de vida en el que están, son parte de este proceso.

Contrario a lo anterior, otros profesionales médicos entrevistados, expresan que “los programas se enfocan en ciclos de vida, priorizando esas edades cruciales para el desarrollo de

las sociedades. Los programas por ello son adecuados, pero podrían mejorar ya que deben involucrar a toda la familia y generar espacios en los cuales las familias puedan garantizar y cubrir las necesidades de sus integrantes.”

Se ve que la perspectiva de las condiciones grupales de salud es muy amplia e implican múltiples aspectos. Se identifica claramente a los indígenas como grupo étnico distinto al resto de la población, con sus características propias, pero también los estigmatizan como una población con debilidades económicas, de educación, de hábitos, de servicios, y de personal humano para la atención en la salud.

5.8.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo

Dentro de lo sustentable, los profesionales de salud piensan que, aunque científicamente la medicina ha evolucionado, la atención a involucionado. Esto puede ser por la falta de los recursos económicos asignados y están de acuerdo con los usuarios, que cada vez es más difícil acceder a una buena, adecuada y oportuna salud.

Aceptan que los indígenas han desarrollado la buena salud, asociando el concepto de una comunidad sana, que puede gozar de esparcimientos y así podrá desarrollar las actividades. Identifican que la población considera que las prácticas medicinales, enriquecen el bagaje cultural, pasando de la medicina curativa a la medicina preventiva. Se considera que la inclusión de esta población indígena es transversal a todos los programas del Estado. Si existe una buena voluntad por parte de los gobernantes y empresarios de las EPS, hacia los pacientes que se beneficiarían aplicando todos los mecanismos y formas de mejorar la salud. Así se lograría un progreso en el estado de la salud de la población.

La sociedad solidaria indígena, busca un acercamiento a las comunidades menos favorecidas, generando espacios de interacción y compartiendo conocimientos y beneficios a los cuales tienen derecho. Se nota la falta del gobierno central, en la inversión de infraestructura, de parte de las EPS del país, una preocupación mayor hacia sus pacientes. Se puede lograr mejoría, con las políticas públicas que se desarrollan en las comunidades y haciendo seguimiento a las distintas actividades en salud que se realizan tratando siempre de progresar. El seguimiento exhaustivo, y una buena actualización de las bases de datos, para que la información no sea repetitiva y no se causen discordias entre las entidades, y así atender y velar por la integridad de cada beneficiario.

Dicen que los programas no solo deben ser dirigidos a los grupos vulnerables, sino también hacia la población en general, “pues todos tenemos los mismos derechos, aunque algunos realmente si necesitan un cuidado especial o prioritario.” Consideran que los niños son el futuro a nivel productivo y evolutivo de toda una sociedad, y para ellos y su familia, se podría mejorar las condiciones de vivienda, generar empleo para los padres, buscando mejorar su capacidad económica para que la pobreza no se manifieste en la desnutrición de los menores de la sociedad.

La implementación de hábitos frente al autocuidado y conservación de la salud física, mental, son procedimientos que se pueden aplicar para lograr esto. A pesar de que el sistema es un sistema fracturado, donde el más afectado es el paciente. La parte social, si influye en la salud, ya que la misma cobertura que se da según el ciclo de vida en que se encuentra el paciente, refleja el ámbito social de la persona.

En pocas palabras, se acepta la evolución de la medicina desde el punto de vista de conocimientos y la tecnología, y así mismo aceptan un acercamiento entre los dos tipos de medicina que maneja la población indígena, viendo una influencia de una hacia la otra, desde el punto de vista positivo.

5.8.4 La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales

Como aspecto sustentable, los entrevistados consideran que la población indígena debe ser tratada en iguales condiciones, como a todas las personas. El aspecto social ha permitido que la población indígena, comparta sus conocimientos y costumbres, y de esta manera contribuir a mejorar los servicios de salud. Piensan que, la cultura es la base para la influencia en la salud y se refleja de generación en generación, y así se destaca la importancia de la salud. La parte cultural, asocia a la salud con todo el ser humano. El manejo de unos programas muy propios de raíces étnicas que los distinguen y los hacen representativos es una forma de manejar la cultura. Porque la cultura hace parte del bienestar de las comunidades con un enfoque cultural para las comunidades.

Dentro de la soberanía, piensan que cada día la salud trata de involucrar a más población, incluyendo a la indígena. Este proceso incide en la manera de que intenta cambiar sus creencias, ya que optan por otro tipo de medicina. Sin embargo, se hace necesario intervenir, puesto que la mayoría de las muertes son por la dificultad al acceso a la medicina convencional. No se respeta la diferencia etnocultural de los indígenas, porque se les vulnera sus derechos por ser una etnia diferente por no hablar nuestra lengua. Se necesita avanzar más en las competencias culturales de la salud, para que las comunidades indígenas puedan percibir que son realmente entendidos en su cosmovisión. Lo anterior incide en la calidad de vida.

Como parte de una sociedad solidaria, las evidencias en el sistema clínico epidemiológico son clara muestra de la salud en lo cultural, pero es necesario que el personal asistencial médico occidental, desarrolle en su atención, la competencia cultural. La sociedad solidaria ha evolucionado porque la salud ha tenido una mayor cobertura para los indígenas, que permite mejorar su desarrollo y la capacidad para desempeñarse en la sociedad. Opinan que lo que se debe de hacer con los indígenas, es tratar de darles a entender que pueden acceder a la misma medicina de todas las personas.

Esta misma sociedad solidaria ha contribuido en la parte social, a mejorar la supervivencia y la conservación de la población indígena. Los grandes cambios a nivel social enmarcan grandes cambios a nivel cultural, ya que la población aplica permanentemente a la determinación social en la salud. Podría contribuirse desde la educación, promoción, desde las escuelas y familias para reconocer signos de alarma, adecuados hábitos alimentarios, conservando la diferencia étnica y cultural.

Por medio de campañas y otras actividades, se da a conocer la importancia de la salud, y se ha logrado llevar los servicios a comunidades aledañas quienes, por desconocimiento, dificultades económicas u otras no pueden desplazarse a un centro de salud u hospital. Se ha mostrado avances significativos para el manejo y conservación del estado de salud. Como parte de una sociedad saludable, se considera de vital importancia, trabajar la salud desde un modelo integrativo, combinando el saber de la Medicina occidental, con la sabiduría médica ancestral. Se podría trabajar así en las campañas de Prevención de salud en las comunidades.

El SISPI o Sistema integral de promoción de la salud indígena, el cual es el programa propio indígena a nivel nacional, se basa en un concepto cultural. El sistema indígena propio de

la salud, en lo intercultural se está desarrollando teniendo en cuenta como elemento trazado, la “Sabiduría ancestral”, pero se está acudiendo al perfil personal profesionalizado o calificado, dejando de lado los tratamientos naturales. Es claro de acuerdo a los anteriores conceptos, que la cultura juega un papel muy importante en el desarrollo de la salud de la población indígena. La tendencia a conservar la sabiduría ancestral en lo que es salud, respetándola y aplicándola, sin bloquear la salud occidental es clara. El apoyo por parte de las instituciones propias indígenas a tener un programa propio de promoción de salud indígena como es el SISPI, es un eje de conservación de la cultura Embera en Riosucio y sus resguardos.

5.8.5 La capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo

Como parte de lo sustentable en este campo, los entrevistados comentan que ven como la población considera que existe más morbimortalidad que antes y están identificando enfermedades que no son endémicas de este territorio, lo cual hacen pensar que la población sea más vulnerable a sufrir complicaciones. Observan que, por medio de la educación, la inversión en la educación, se plantea un proyecto al que se le debería apuntar fuertemente, y debe ser permanente, pero no solo para el área escolarizada, sino de igual forma en el área desescolarizada.

Como parte del aspecto de la soberanía, aún hay muchos indígenas arraigados a sus costumbres. En nuestro municipio, se cuenta con Resguardo indígenas, los cuales tienen sus creencias y costumbres en el área de la salud, como los médicos tradicionales, y se han podido compartir conocimientos y mejorar estrategias, que han permitido disminuir indicadores como las de mortalidad perinatal y mortalidad materna, conservando la cultura de cada resguardo. Se

necesita avanzar más en las competencias culturales de la salud, para que las comunidades indígenas puedan percibir que son realmente entendidas dentro de su Cosmovisión.

Los profesionales dicen que, son los mismos indígenas quienes se excluyen del proceso de salud, y quieren ser atendidos por sus propios médicos tradicionales. El consumismo ataca las comunidades indígenas agrediendo esta soberanía, y se debe de educar a la población indígena en general, sobre sus derechos y deberes, aclarándoles que pueden exigir esos derechos.

Como parte de la sociedad solidaria, la calidad de una atención en salud hacia una población influye en la calidad de vida de esta y requiere del apoyo de las entidades de salud, e influye en el aspecto social de la misma población. La parte social contribuye a mejorar la supervivencia y la conservación de la etnia indígena. La mayoría de la población indígena de Riosucio es de la zona rural y esto le afecta la accesibilidad al servicio de la salud. Día a día, gracias a la sociedad de consumo y a la globalización, las comunidades indígenas se han visto sumergidas en estos fenómenos, generando deterioro en el estado de salud. La sociedad solidaria, permite mejorar su desarrollo y la capacidad para desempeñarse dentro de la sociedad. La sociedad solidaria, incide en la manera de que intenta cambiar sus creencias, pues ellas optan por otro tipo de medicina, como la natural entre otros. Esto es una clara muestra de la salud dentro de lo cultural, y son las evidencias en el sistema clínico epidemiológico, pero es necesario que el personal asistencial de salud occidental desarrolle en su atención, una competencia cultural.

Como parte de la sociedad saludable, a nivel nacional la salud viene decayendo y aunque evoluciona cada vez más científicamente, lamentablemente en atención a involucionado. Esto se ve en la parte administrativa que ha desmejorado día a día, como se demuestra en la prestación de los servicios de salud por parte de las EPS. Aceptan que, si existe empoderamiento y

organización para beneficio del grupo, pero que esto está más enfocado en la medicina occidental, que en la medicina tradicional. Y a pesar de que se respeta la parte cultural de los indígenas, no es claro un empoderamiento de lo tradicional y cultural en la población indígena. Al haber esta transculturización y poco apoyo de la cultura indígena existen debilidades en salud y en los diferentes aspectos de la sociedad Embera.

5.8.6 La calidad de las relaciones ecológicas del grupo

La población acude a los profesionales de salud dejando de lado los tratamientos naturales, sin embargo, se hace necesario intervenir respetando las costumbres indígenas, puesto que las muchas muertes indígenas son a causa del no acceso a la medicina convencional. Todo esto incide en la calidad de vida de la población.

5.9 Consideraciones finales

5.9.1 Concepto de la salud

Cada unidad de estudio tiene una definición propia para la salud. Los resguardos concuerdan que la salud no solo es algo material sino algo espiritual para su cuerpo. El cuerpo, el espíritu, la mente y la naturaleza, son los factores comunes de la salud para los resguardos y ASOMETROC. El estado de equilibrio entre estos componentes es lo que da la salud. Aceptan que tanto lo individual como lo colectivo y su entorno son participes para una buena salud. Todos mencionan la cosmovisión como parte esencial de la salud, le dan menos importancia en ese sentido en el Resguardo de San Lorenzo y los miembros de ASOMETROC.

Para todos los resguardos, ASOMETROC y aun los médicos occidentales la salud es un derecho que tiene todo habitante de la nación. La Montaña es el único resguardo, así como lo hace la Medicina occidental, que toma la salud como un servicio y menciona su concepto de la calidad de servicio. Llama la atención que los representantes de la Medicina occidental, incluyen el concepto espiritual como parte de la salud, así como el estado de armonía entre el ser humano y el medio en que se vive, como también lo sugieren los conceptos de los resguardos. Ellos también afirman que la salud individual es un producto del sistema de salud, pero no están convencidos de ello.

En 1948 la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” De acuerdo a lo que se obtiene en este estudio en las definiciones de los resguardos, ASOMETROC y los médicos occidentales, coinciden con algunos aspectos de la OMS. Sin embargo, la ampliación del concepto de salud en estas entidades indígenas es notoria e influyen mucho las creencias socioculturales y espirituales, que tiene la etnia Embera Chamí. Esta definición es tan amplia que permite salirse del paradigma positivista y entrar a manejar la salud dentro del parámetro de la determinación social en salud.

5.9.2 Las condiciones grupales de trabajo

Dentro de las condiciones grupales de trabajo al aplicar las 4S, encontramos diferentes resultados. En la sustentabilidad cada grupo evaluado tienen una concepción distinta, sin embargo, coinciden en algunos aspectos. El resguardo de Cañamomo-Lomaprieta, el de Escopetera-Pirza y ASOMETROC, aplican un concepto político al responsabilizar de las condiciones de este espacio al gobierno. Cañamomo-Lomaprieta, Escopetera-Pirza y la Medicina occidental destacan la evolución, el dinamismo de la vida, aplicado a la tecnología y como esta

hace incidencia en la vida de ellos. Se identifican como dentro de la sustentabilidad, los resguardos de San Lorenzo y La Montaña son los más humanistas y autóctonos o sea destacan que el trabajo es realizado para el crecimiento de todos y para la conservación de sus tradiciones, aplicando estas condiciones a esta S. Escopetera-Pirza se enfoca demasiado a la parte de condiciones de vida, vivienda, servicios y derechos ya que sus habitantes son de los que viven más lejanos a la cabecera municipal. ASOMETROC incluye también los servicios de salud como condición grupal de trabajo y el concepto económico de la sociedad. Finalmente, el concepto de la Medicina Occidental se enfoca únicamente a la atención del paciente y lo que lo puede deteriorar, como es el número de profesionales disponibles, su formación, la infraestructura montada y los recursos económicos disponibles.

En lo que respecta a la Soberanía, los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta y de La Montaña, tienen conceptos muy parecidos en este punto, coinciden en que las pautas de crianza donde se han perdido los parámetros culturales y tradiciones por los nuevos parámetros educativos de la niñez y la presencia de interculturalidad y toman como positivo la autonomía en la decisión de su medicina tradicional que lograron con la Constitución de 1991, que defiende muchos de sus derechos.

Los resguardos de San Lorenzo y Escopetera-Pirza coinciden en su interés de organización indígena lo cual califican como positivo. San Lorenzo es el único resguardo que hace alusión al proceso de la paz refiere la tranquilidad de ya no tener grupos armados en su territorio. La Montaña también se refiere a lo político al citar la importancia de la Constitución colombiana le dio a sus resguardos. Todos se refieren a sus tradiciones y a su continuidad, y a como el modernismo lo afecta. ASOMETROC se destaca al hacer énfasis en la posición del

ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) y su posición frente a la soberanía indígena, en lo que se refiere a la educación de sus propios hijos y la tradición que ellos han llevado.

Aceptan el manejo de las dos medicinas en sus resguardos.

La Medicina occidental se refiere a la soberanía evaluándola de acuerdo a su concepción positivista y con respecto a las metodologías de aplicación de la medicina occidental en la zona. Citan que la población indígena si han reconocido el cambio de la salud que según ellos, va hacia la mejoría, pero no es suficiente. Curiosamente, algunos profesionales, creen que no existe evolución en la salud indígena, sino que esta se ajusta a las circunstancias y acepta la realidad, teniendo en cuenta los factores básicos que la determinan. Un enfoque definitivamente del modelo ecológico-empírico.

Los resguardos interpretan la solidaridad del sistema hacia los indígenas, y entre los indígenas de su misma población. En la primera forma de interpretación de la solidaridad, se ve como en Cañamomo-Lomapieta se sugiere el avance de la educación y acompañamiento oportunos y continuos del estado hacia su población. En San Lorenzo en este aspecto, sugiere una falta de protección del estado hacia sus medicinas, tanto occidental como la tradicional. En Escopetera-Pirza destaca el aporte de las políticas públicas del estado hacia ellos, como en lo que se refiere al acceso a la salud, el respeto a sus derechos y la aplicación de la tecnología, aunque esto último, aceptan que se ha tornado negativo para su comunidad. En La Montaña, destaca el código que ya existe por parte del estado, para la ayuda a la infancia. ASOMETROC coincide con los resguardos anteriores al aceptar una mejor educación en los niños. La Medicina

Occidental destaca la evolución positiva que ha tenido la salud para los indígenas desde la Ley 100, concepto en que están de acuerdo los resguardos, ya aceptan la incidencia que tiene el factor social en la salud de todos.

En la segunda forma en la sé cuál interpreta la solidaridad, tanto el resguardo de Cañamomo Lomaprieta, como Escopetera-Pirza incluyen el problema familiar en esta área. Destacan como se ha perdido el respeto hacia los mayores, como los abuelos son los que crían ahora los hijos de las nietas, y como la juventud ha perdido las tradiciones. Escopetera-Pirza en particular, menciona como los medios de comunicación masivos son negativos para sus jóvenes y estos jóvenes son los quienes no quieren seguir adelante con sus costumbres. ASOMETROC considera que la educación propia de su etnia hacia los menores y jóvenes, la transmisión del amor al trabajo y a tener armonización con la naturaleza, se ha perdido. Esta misma asociación, considera que la migración de la población indígena hacia grandes ciudades, hacen perder el concepto de una sociedad solidaria. En este punto, la Medicina Occidental no aporta.

En lo saludable, implica contar con la posibilidad real de modos de vida que sustenten una buena calidad de vida. Los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta y San Lorenzo fueron los que más aportaron en este punto, citando que lo saludable no solo se refiere al tratamiento y seguimiento de la enfermedad, sino que incluye trabajar en lo propio que incluye la soberanía alimentaria y la soberanía de su medicina tradicional. Cañamomo destaca la necesidad de crear los propios parámetros de crecimiento y desarrollo para sus menores, y no basados en los parámetros nacionales. Esto es de destacar y abre una visión más amplia hacia el manejo de la salud en estas microculturas. San Lorenzo aporta la participación de sus jóvenes en la formación de profesionales de salud, para retroalimentar el espacio propio de la salud. La Montaña y San

Lorenzo, se enfocan en una forma importante, a lo que se refieren los servicios, accesibilidad y beneficios del sistema de salud actual. ASOMETROC destaca la mejoría de la propia bioseguridad, pero destacando el aporte que han hecho sus propias instituciones. Finalmente, el concepto de Medicina Occidental es amplio, pero desde una perspectiva de Salud Pública y aceptando respetar la Medicina tradicional. (Figura 16)

5.9.3 La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo

Dentro de la sustentabilidad de este tema, se observa como la alimentación propia, con sus propios cultivos y forma de sembrar y cosechar, procurando evitar los alimentos procesados es clara en los resguardos de Cañamomo-Lomapieta, Escopetera-Pirza y La Montaña. Es una vía grupal buscando calidad y disfrute de sus alimentos. Estos alimentos procesados, así como lo que Cañamomo se refiere a fosilismo, enajenación y enfermedades afueranas, son parámetros negativos dentro de la sustentabilidad. Escopetera-Pirza incluye como positivo dentro de la sustentabilidad, los servicios públicos, las vías, el estudio y los derechos de los indígenas, que se respetan actualmente.

En de los cuatro resguardos y ASOMETROC, coinciden que lo sustentable se debe basar en el contexto de mejorar una atención más adecuada de acuerdo a su cultura y geografía, y consideran que el sistema de salud colombiano se convirtió en un negocio. La globalización, que liga a la tecnología actual enriquece el concepto capitalista de la salud. La presencia de la interculturalidad, con respeto a los dos tipos de medicina que se presentan en estas zonas, la soportan San Lorenzo, Escopetera-Pirza, La Montaña y ASOMETROC. Como debilidad, la forma de aplicar el sistema de salud se destaca únicamente en San Lorenzo y en el grupo de

Medicina Occidental, como algo sustentable de la calidad de los bienes de consumo del grupo.



Figura 16. Cartografía de las Condiciones Grupales del Trabajo Resguardos Riosucio

Fuente: Creación propia

Los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo y La Montaña, así como ASOMETROC y la Medicina Occidental, enfocan a la soberanía de este tema dentro de la población y dinámica. Aceptan que es dinámica y está afectada por la tecnología, la agroindustria y la globalización. Están conscientes que al ingresar la tecnología en la soberanía indígena, se pierden las tradiciones, y actualmente la forma más importante como ingresa la tecnología a ellos son los medios de comunicación. La aceptación de las dos medicinas, la tradicional y la occidental, no afecta la soberanía actual ya que es un resultado de la interculturalidad, y se debe respetar esta condición, defendiendo lo que aún se puede conservar, opinan todos los resguardos y ASOMETROC. Cañamomo, La Montaña y ASOMETROC hacen más énfasis en el refuerzo de la salud indígena, incluyendo la solicitud a las EPS a una aplicación “etnodiferencial” a su sistema de salud.

Los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta y San Lorenzo, y en el grupo de Medicina Occidental, son los únicos que se refieren específicamente a las instituciones de salud, como forma de soberanía. Contar con unos servicios, tener su propia IPS indígena y la inclusión transversal de la salud occidental, son los principales planteamientos de ellos. Finalmente, el aspecto político de la soberanía, la plantean los resguardos de Escopetera-Pirza y La Montaña donde cuestionan la forma de realizar las políticas de salud hacia las microculturas como la de ellos y aclaran sus derechos y beneficios a la salud.

Para solidaridad de este tema, cada resguardo parece tener una conceptualización distinta. Cañamomo-Lomaprieta se refieren inicialmente a la actitud de los jóvenes con sus adultos, San Lorenzo se refiere al conocimiento y la educación de la población, Escopetera-Pirza se refiere a la disponibilidad de los servicios públicos básicos, el derecho a la salud y a la educación, y La

Montaña y la Medicina Occidental se refiere a las políticas gubernamentales hacia la comunidad. Cañamomo-Lomaprieta, La Montaña y la Medicina Occidental coinciden en que la solidaridad se refiere a los servicios de salud, su evolución y la infraestructura de estos servicios. Todos los grupos entrevistados, excepto La Montaña, orientan la solidaridad hacia un concepto social, de acercamiento a las comunidades y sus grupos vulnerables, y consideran que por la tecnología, y la aplicación de las dos medicinas, si ha habido una mejoría en la salud. Políticamente, Cañamomo-Lomaprieta, Escopetera-Pirza y La Montaña, enfocan la solidaridad de acuerdo al espacio laboral, hacia donde aplican los programas, la falta de un adecuado diagnóstico de la situación en salud, para desarrollar adecuadamente las políticas, y finalmente aceptan que las políticas de salud específicas hacia la primera infancia, si han sido adecuadas.

En la cuarta “S”, la sociedad saludable, los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo y Escopetera-Pirza, hacen referencia a la institucionalización de la salud y sus figuras IPS (Institución Prestadora de Servicios) y las EPS (Empresas Promotoras de Salud) de acuerdo a la Ley 100, incluyen el concepto de la promoción y la prevención de la Salud Pública de los programas de salud del estado colombiano. La Montaña y el grupo de la Medicina Occidental, incluye las metodologías a aplicar para mejorar la sociedad saludable, como los grupos extramurales y refuerzo hacia las zonas rurales. También los médicos occidentales hacen énfasis en la actualización de datos y refuerzo a los programas de primera infancia como metodologías prioritarias. San Lorenzo, Escopetera-Pirza, La Montaña y ASOMETROC, dentro de lo saludable cuestionan la Ley 100 y el sistema actual de salud, y se enfocan más en la forma de servicios, pero siempre mencionando mayor énfasis de los programas a los indígenas como grupo vulnerables. Escopetera-Pirza y La Montaña hacen un fuerte énfasis en la salud propia y los beneficios de la medicina tradicional. Se destaca por parte de ASOMETROC, el aporte al

concepto de la migración de la población indígena hacia otras ciudades, como causa de deterioro económico y deterioro de la sociedad saludable. (Figura 17)

La capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales dentro de la capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales, la sustentabilidad en todos los resguardos indígenas, ASOMETROC y la Medicina occidental, coinciden en los conceptos y la importancia de la sabiduría ancestral y la tradición indígena.

Aceptan que por la línea cultural y su alimentación tradicional, son más fuertes que lo normal.

Consideran que los aspectos culturales se reflejan en los principios y valores de cada ciudadano, y dentro de lo sustentable, la población indígena en el aspecto cultural ha evolucionado considerablemente ya que se tienen experiencias significativas que hacen que se fortalezca los procesos culturales y con ellos la supervivencia en el tiempo de la comunidad indígena.

En los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta, Escopetera-Pirza, y la asociación de ASOMETROC, destacan la desarmonía e intranquilidad, sin embargo, visualizan la cosmogonía, auto visión, tierra-agua-vida y aire. El aspecto cultural, se ha recuperado en cierta población y se ha deteriorado en otra por diversos factores, como son las formas, psico tipos, desigualdades en las tierras, mostrando el aspecto sustentable.



Figura 17. Cartografía de la Calidad y Disfrute de Bienes de Consumo del Grupo Resguardos de Riosucio

Fuente: Creación propia

En Escopetera-Pirza y La Montaña, y la asociación ASOMETROC se trabaja la sustentabilidad en el aspecto social de la población. Plantean como se puede aprender de acuerdo a las ciencias, usos y costumbres entre los mismos resguardos y otras etnias, y sugieren la recuperación de las tradiciones en salud y agricultura. Es curioso ver el apoyo a estas ideas por parte del grupo de la Medicina Occidental. En esta misma área, la soberanía muestra como se le tiene mayor confianza a los Médicos tradicionales y a sus tratamientos. Así mismo se ve esta confianza en la práctica de su arte, su música, sus rituales, sus armonizaciones y sus alimentos. El seguimiento y reconocimiento de estos aspectos, son clara demostración de su soberanía, que se manifiesta principalmente en Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo, Escopetera-Pirza y ASOMETROC.

Los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta, Escopetera-Pirza, La Montaña y ASOMETROC, toman a la soberanía dentro del aspecto cultural malo porque consideran que se perdieron los valores anteriores que los regían. Dicen que al perder las costumbres, se pierde la cultura y costumbres propias, incluyendo forma de sembrar y pautas de crianza. Esto incluye forma de alimentación, creencias durante el embarazo, entre otras cosas. El solo haber perdido la lengua materna, es un reflejo demasiado fuerte, de lo negativo en la soberanía. Dentro de la soberanía, se debe aceptar el hecho de la interculturalidad entre las etnias que viven en la zona de Riosucio. Cada etnia trae su cultura, y esta cultura todo lo implica. Su medicina, sus tejidos, su alimentación, su arte, su música, entre otras cosas.

En el grupo poblacional como soberanía dicen que las manifestaciones culturales son una gama de conocimiento artístico y el entorno de la familia. La cultura se cruza con unos conceptos

y puede ser propia de cada pueblo. Esto se manifestó en todos los resguardos excepto el de Escopetera-Pirza, y tuvo una buena acogida en el grupo de la Medicina Occidental.

En el concepto de sociedad solidaria de este tema, los resguardos de Cañamomo-Lomapieta y San Lorenzo, lo enfocan hacia las actividades culturales que comparten los grupos, hacia su medicina tradicional y hacia el reconocimiento del saber y la tranquilidad espiritual propia de la cultura Embera-Chamí.

En todos los resguardos indígenas y ASOMETROC, se identifican acciones negativas grupales, por parte de los jóvenes hacia los mayores, y por parte de los jóvenes hacia su misma cultura, que incluye la pérdida de valores, usos y costumbres. La evolución de la tecnología, las comunicaciones, han ayudado a este proceso negativo. Refieren que aún se está a tiempo para reforzar la enseñanza y trámite de tradiciones, para que grupalmente se mantenga el concepto solidario. El concepto de la Medicina Occidental aquí si es distinto a los otros grupos. Se enfoca principalmente a la teoría salubrista y de epidemiología clásica, sin mostrar apertura a otras teorías. Acepta la mayor cobertura hacia los indígenas, pero no cambian su forma de desarrollar la salud.

Finalmente, en la sociedad saludable para el tema de la capacidad objetiva del grupo, para crear y producir valores culturales, se identifican varios aspectos. Primeramente, es que el concepto predominante es lo que implica la salud, como estado de equilibrio entre el cuerpo, bienestar espiritual y mental, con la naturaleza. Se habla de un sistema propio de desarrollar su salud, como es la propuesta del SISPI, de los programas de salud aplicados a los Embera que ha permitido unir sus comunidades, y que incluye la unificación de los protagonistas de la medicina tradicional (parteras, médicos tradicionales, jaibanás, chamanes, sobanderos) y los instrumentos

de práctica, para ejercer sus trabajos. Estos conceptos lo aportan principalmente Cañamomo-Lomaprieta, La Montaña, ASOMETROC y la Medicina Occidental.

Estos mismos protagonistas mencionados, citan que hay fallas en el personal que trabaja en la salud del sistema, pérdida en el apoyo a la Medicina tradicional y preocupación por los vicios que arrastra la interculturalidad hacia su población joven.

Los resguardos de San Lorenzo y Escopetera-Pirza, son los únicos que plantean una formación del Médico tradicional desde la promoción y prevención, salud sexual, soberanía alimenticia. Un concepto de gestión de cambio y acercamiento hacia la medicina occidental. Esto puede ser un reflejo de la interculturalidad, reconociendo ciertas metodologías para aplicar conjuntamente. ASOMETROC, es el único grupo, que incluye el aspecto ecológico en este punto. Sugiere alimentos sanos, manejo de tierras, manejo de químicos, para el desarrollo de los cultivos. Para terminar, el grupo de la Medicina Occidental, plantea que “las EPS han generado cambios buenos” y muestra un apoyo al sistema actual de salud, citan que por medio de diferentes actividades de promoción y prevención se ha logrado llevar los servicios a las comunidades (Figura 18).

La Capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo. Dentro de la capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo en lo que se refiere a la sustentabilidad se encontró en el resguardo de La Montaña y en ASOMETROC, mencionan el contexto de lo geográfico de sus territorios.



Figura 18. Cartografía de la capacidad objetiva del grupo para crear y producir valores culturales.

Fuente: Creación Propia.

Los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo y Escopetera-Pirza, asocian la sustentabilidad con sus sabidurías terrestres, la capacidad del grupo como etnia para el empoderamiento, la concepción propia de los saberes transmitidos por sus antepasados y el reconocimiento entre ellos y las otras culturas de sus costumbres ancestrales, que implica la música, la comida, la crianza y la medicina tradicional. Cañamomo-Lomaprieta específicamente, considera que ya la violencia no es el problema para ellos sino la pérdida de sus costumbres, que se presentan al incursionar la transculturalidad. Curiosamente, solo los Médicos Occidentales en este aspecto, proponen una solución concreta, la cual es la educación de nuevo de sus costumbres, tanto en la forma escolarizada como en la desescolarizada.

En este punto, Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo y Escopetera-Pirza destaca como la organización política de los resguardos y la participación de los mismos comuneros en las diferentes áreas de la vida indígena, potencializa sus grupos indígenas, basándose en la tradición y sus derechos actuales. Se observan conceptos negativos en los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta y San Lorenzo, así como en ASOMETROC, al criticar ellos la globalización y cómo afecta este proceso el desarrollo de la conservación de las costumbres. La incursión de la tecnología, nuevos productos, nuevos hábitos, utilización de químicos en la agricultura, sugieren que lleva a perder su parte productiva, su parte cultural y los parámetros de vida propios de su cultura. Los Médicos Occidentales, enfocan lo negativo en su propia disciplina, destacando el aumento de la morbimortalidad en toda la población indígena y la incursión de nuevas enfermedades, no propias de la región.

En el aspecto de la soberanía en este punto, los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta y Escopetera-Pirza la asumen con respecto a la crianza de sus hijos, el cultivo de la tierra y la

aplicación de su Medicina tradicional. Destacan que lo positivo es la conservación de sus tradiciones en estas actividades, y lo negativo es la influencia de la cultura occidental en estas mismas actividades.

Cañamomo-Lomaprieta y San Lorenzo, destacan el concepto de la cosmovisión, el equilibrio de energías positivas y energías negativas, y los factores internos y externos como manifestación soberana dentro de su cultura. La creación de un estudio aludiendo solo a su conceptualización de enfermedades, como es su perfil epidemiológico por los médicos tradicionales se incluye en esta manifestación. Cañamomo-Lomaprieta y La Montaña reconocen las dos líneas de salud, la autóctona y la occidental, destacando la confianza que la población aun le tiene a la medicina tradicional a pesar de todo el tiempo transcurrido y las agresiones hechas a su cultura. El Sistema indígena de salud propia o SISPI es un resultado de diálogos de saberes dentro de esta interculturalidad, donde se reconoce y se recupera esta medicina tradicional.

Las políticas y sus leyes, son la manifestación concreta en el sistema legislativo, de los derechos de la cultura indígena opinan los representantes de los resguardos, principalmente Cañamomo-Lomaprieta y Escopetera-Pirza. Lo anterior conserva la medicina tradicional, las costumbres diarias, los rituales, las ceremonias, la conceptualización de la vida, la alimentación propia, entre otras cosas, todo esto manifestación de la soberanía de su cultura.

Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo y Escopetera-Pirza, consideran negativo para su soberanía la escogencia de elementos “traídos de afuera”, las enfermedades afueranas, la globalización y ASOMETROC lo resume en que esto se ha manifestado en la forma de actuar, de vestir, comer, en la convivencia familiar y la pérdida de su propio idioma.

La opinión de los Médicos occidentales con respecto a la soberanía es de destacar, ya que reconocen una cultura pero también reconocen la situación de salud de esa población dueña de esa cultura y están dispuestos a acercarse culturalmente buscando mejorar la salud de los indígenas respetando su concepción de vida.

En el aspecto de la solidaridad, se encuentra que los resguardos de Cañamomo-Lomapieta, San Lorenzo y La Montaña destacan la solidaridad como una característica propia de su etnia y tienden a conservarla. Utilizan las mingas y los cabildos, como una costumbre típica para gestionar la solidaridad grupal y consideran que les ha sido efectiva grupalmente. Inclusive la Medicina Occidental, considera que a pesar que la mayoría de la población indígena de Riosucio es rural, la solidaridad se ha manifestado positivamente en la salud.

Los resguardos de San Lorenzo, Escopetera-Pirza y la asociación ASOMETROC, consideran que el reconocimiento de parte del Estado a las organizaciones indígenas, el reconocimiento de las gestiones de los cabildantes y la materialización de políticas indígenas existentes, son las acciones solidarias entre ellos.

El resguardo de Escopetera-Pirza se enfoca específicamente en rescate del concepto solidario entre la población, por medio de la recuperación de su propia cultura y costumbres por medio de la educación de sus saberes propios y los derechos indígenas que actualmente gozan. Este resguardo también destaca el trabajo de ASOMETROC y los programas propios, como gestión de la solidaridad. La Medicina Occidental refuerza este concepto al citar que la parte social, contribuye a mejorar la supervivencia y conservación de la etnia indígena y es por ello que ellos consideran que los integrantes de la salud occidental deben desarrollar un concepto cultural para ejercer su profesión dentro de las culturas indígenas.

Dentro de lo negativo, Cañamomo-Lomaprieta cita que la evolución social en la comunidad del concepto colectivo ha sido regular al tener un cambio dentro de la población joven en sus comunidades. ASOMETROC por lo anterior, propone que se debe recuperar la pérdida del dialogo dentro de la familia y vecinos, como medio de organización y beneficio grupal.

Con respecto al aspecto de la sociedad saludable, todos los resguardos evaluados consideran que la salud si ha evolucionado positivamente no solo por la aplicación del sistema de salud de la Ley 100, sino por el reconocimiento y la aplicación de su propia medicina. La Medicina Occidental acepta que si hay empoderamiento y organización de la salud hacia la población indígena, pero destaca que es más notoria en la salud occidental que en la medicina tradicional.

Los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta, San Lorenzo y Escopetera-Pirza, reconocen las dos medicinas, y consideran que si han gestionado bien su propia medicina. Consideran la medicina tradicional como un pilar de gestión de su cultura, reconocen coincidencias entre las dos medicinas como lo son la promoción, la prevención y una mejor aplicación de la salud occidental dentro del contexto indígena. ASOMETROC considera que aunque dentro de los resguardos hay respeto por estas tradiciones indígenas, los municipios que no tienen resguardos que son territorialmente cercanos también influyen en sus propias tradiciones, presentándose diferentes formas de transgresión de la cultura propia. En el resguardo de La Montaña son los únicos que identifican la falta de atención a nivel extramural en salud así como se presenta en la parte urbana.

Finalmente, San Lorenzo y ASOMETROC, reconocen como negativo el aumento de las tasas de mortalidad en la población indígena y la perdida de elementos culturales propios. Medicina Occidental anota que dentro de lo negativo en la sociedad saludable es la evolución de

la medicina en su parte tecnológica y los procesos administrativos del sistema, que deterioran la efectividad y eficiencia del servicio hacia la población en general (Figura 19).

5.9.4 La Calidad de las relaciones ecológicas del grupo

En el aspecto de lo sustentable de las relaciones ecológicas en los cuatro resguardos se considera que la vida de cada ser humano debe tener una relación con su medio ambiente, haciendo énfasis en la educación de estos aspectos a los menores de edad. Manifiestan que la base son los conceptos de la cosmogonía, auto visión y la filosofía indígena del equilibrio del hombre con la naturaleza, lo cual es su espiritualidad y la armonía entre todos los componentes.



Figura 19. Cartografía de la Capacidad Objetiva del Grupo para el Empoderamiento, Organización y Soportes de Acciones en Beneficio del Grupo

Fuente: Creación propia

Cañamomo-Lomaprieta, Escopetera-Pirza y ASOMETROC, se enfocan en este punto hacia el tipo de alimentación que su población consume, lo social y lo económico. Mencionan como los servicios públicos pueden ser positivos en esta relación con la naturaleza. La Medicina Occidental específica que prefieren la tendencia de la utilización de medicamentos farmacológicos aprobados y esperan que sus pacientes se enfoquen en estos tratamientos. San Lorenzo, La Montaña y ASOMETROC como aspectos negativos destacan como el descuido al medio ambiente, las aguas, el saneamiento, entre otras cosas influyen negativamente en la relación hombre-ecología. La desarmonía en la sociedad son parámetros negativos para la sustentabilidad en el metabolismo sociedad-naturaleza.

Cañamomo-Lomaprieta y La Montaña, consideran que la soberanía en este tema se manifiesta como una conciencia ambiental, la cual se logra con un buen comportamiento a los elementos naturales y el manejo de basuras. Los rituales hacia la sanación de la tierra, son los que comienzan con este respeto hacia la ecología. San Lorenzo y ASOMETROC con respecto a la soberanía, se manifiesta en el reconocimiento de la medicina alopática y la medicina propia y también en el reconocimiento de la sabiduría ancestral y espiritualidad. Los Médicos Occidentales identifican que cuando los pacientes acuden a donde ellos aplican la medicina occidental y no integran la medicina propia o tradicional.

En los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta, Escopetera-Pirza, La Montaña, y la asociación ASOMETROC, se identifica como algo negativo que se ha perdido respeto por la tierra, por el manejo ecológico de los desechos y las aguas por lo cual hay “desarmonía e intranquilidad del indígena y el medio ambiente” y consideran que esto es una pérdida de su propia cultura y un proceso de transculturalidad.

En el punto de la sociedad solidaria en este tema de relación ecológica, la salud la definen como una armonía con la naturaleza y el bienestar espiritual del ser humano. Esto se destaca en todos los grupos estudiados excepto en La Montaña que curiosamente aceptan que la medicina occidental es la más importante en la parte ecológica y es la que más beneficio les da a ellos. También en este resguardo se destaca el concepto de derechos en salud de los indígenas y su relación con el concepto ecológico. Así mismo, reconocen la importancia en el aspecto ecológico de las EPS y les solicita una aplicación etno diferencial en el sistema de salud, considerando lo ecológico.

San Lorenzo reconoce como los cultivos transgénicos afectan la ecología y como la forma de cultivo y alimentación que son parte de su cultura afecta el aspecto ecológico. La misma Medicina Occidental, afirma que se debe intervenir, siempre y cuando se respete la cultura indígena. Cañamomo-Lomaprieta y ASOMETROC, afirman que lo negativo es la falta de concientización de la población sobre los problemas ambientales ya que la falta de una incursión de la población en la solución de este problema solo deteriora el medio ambiente.

Finalmente, en el aspecto de sociedad saludable del tema de la calidad ecológica de las relaciones de grupo, se considera que la relación sistémica con el medio ambiente, es la búsqueda de la supervivencia de las buenas condiciones del vivir y una buena finalmente una buena salud. En esto acuerdan todos los resguardos y la ASOMETROC.

Los resguardos de Cañamomo-Lomaprieta y San Lorenzo le dan mayor importancia a las relaciones ecológicas justificando esto como parte del concepto de la cosmovisión y su espiritualidad propias de su cultura. Lo negativo en este punto, lo destaca Escopetera-Pirza y ASOMETROC al citar que la contaminación de los propios territorios, solo lleva a desarmonía e intranquilidad hacia la población. La Medicina Occidental plantea un concepto parcializado

afirmando que la mortalidad actual se enfoca únicamente a la falta de accesibilidad a la Medicina Occidental, sin incluir ninguna conceptualización ecológica.

En resumen, se puede observar como los modos de vivir evaluados son conceptualizados de diferente forma en cada grupo estudiado e interpretados por sustentabilidad, soberanía, sociedad solidaria o sociedad saludable, se anota más la diferencia. Sin embargo, aunque no existe una unificación de criterios dentro de la sociedad indígena, si existen coincidencias dentro de los criterios principalmente entre los mismos resguardos y con ASOMETROC. Se pueden completar entre los conceptos de un resguardo a otro los modos de vida y ver que el eje de su filosofía de vida es la Cosmovisión, la acción dentro de una comunidad unificada, sus creencias ancestrales, la práctica y el respeto por la Medicina tradicional y la política que los rige actualmente como resguardos. Sin embargo, es evidente que cada resguardo es independiente en estos aspectos y sobretodo en la decisión de los procesos que gestionan y desarrollan (Figura 20).

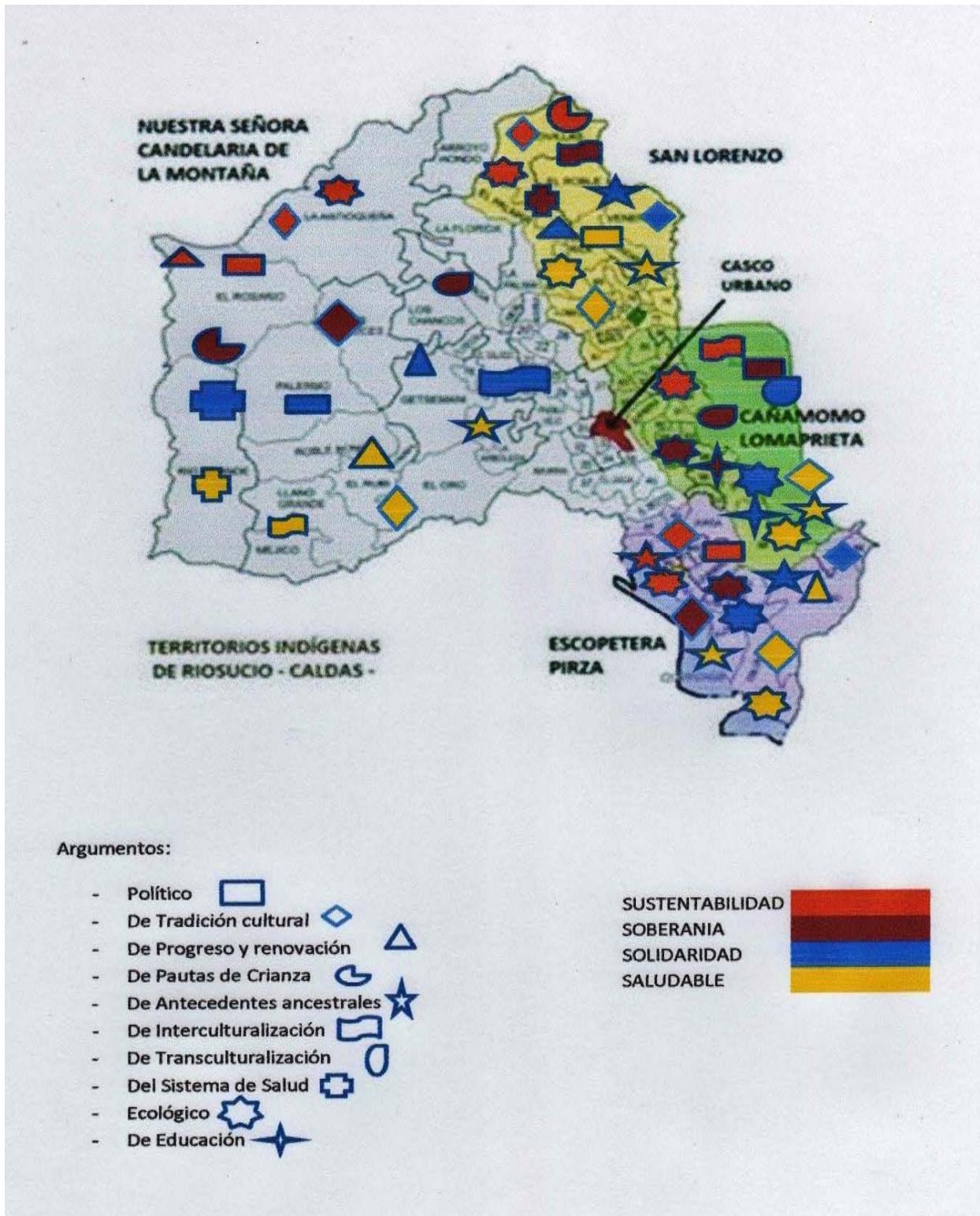


Figura 20. Cartografía de la calidad de las relaciones ecológicas del grupo

Fuente: Creación propia

Tabla 8.

Matriz de procesos críticos-dimensión particular-modo de vida.

Dominios	Perfiles estructurales		Perfiles generativos	
Particular El concepto de Salud	Procesos Destructivos	Procesos Protectores	Procesos Destructivos	Procesos Protectores
	<ul style="list-style-type: none"> -Transculturización -Mestizaje -Occidentalización -La Medicina occidental tiene el concepto de salud, como un producto del sistema ósea un servicio difícil de adquirir por las especialidades - La Medicina occidental y algunos resguardos, toman la salud como un resultado del sistema que la maneja como un producto de consumo de una población, que aún falta educar. 	<ul style="list-style-type: none"> -La importancia del concepto de salud -Conservación del concepto de la sabiduría ancestral de la salud -Cosmovisión en la salud -Elementos del cuerpo, el espíritu, la naturaleza, la mentalidad, el pensamiento y su forma de vida, que inciden en la salud. -La salud como un derecho que tienen las personas. -La medicina occidental ya reconoce la salud como un bienestar físico, mental y espiritual. - La Medicina Occidental apoya a la salud como un derecho y se acercan a reconocer otros factores, fuera del físico, como inherentes a la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se enfocan demasiado en los aspectos individuales, como la convivencia, alimentación, servicios de salud, y hábitos. Son procesos destructivos al no ser saludables. . Desde el punto de vista Occidental, la salud se entiende cuando el cuerpo está bien. Toman el médico occidental "como un orientador del cuerpo" -Sugieren manejar los determinantes de las enfermedades o sea lo que conocemos aun como los factores de riesgo. -Los que brindan atención a grupos indígenas en el área de la salud aunque es mucho más amplia e integral, no le da la importancia que tiene la ecología dentro de la salud. -Problemas en Hospital y sistema de salud y sus fallas 	<ul style="list-style-type: none"> -El equilibrio con la naturaleza - Hay conceptualización colectiva de la salud como los servicios básicos, el bienestar, el desarrollo y la calidad de vida. -Manejan el concepto de "evolución constante", que sugiere un dinamismo o sea un cambio constante para mejorar. -Destacan el comportamiento, el vigor, la paz, la riqueza, la atención hospitalaria, la educación, la vida, la espiritualidad, es lo individual y el entorno y son los servicios domiciliarios. -Tienen tres enfoques para la definición de salud como bienestar, derecho y servicios. - Proponen dejar de ver la salud como un negocio y la atención dirigida no solo hacia los grupos vulnerables para entender mejor al ser humano en sí. -Reconocen que en la salud se trata cada día de involucrar más a la población, incluyendo a la indígena, respetando su particularidad. -Talleres de sensibilización para el manejo de la problemática en salud, adoptando medidas de prevención y promoción. -Apoyo en la salud tradicional, la alimentación típica, programas del gobierno como familias en acción, programas del adulto mayor, programas de bienestar familiar, la capacitación y apoyo en los montajes paneleros nuevos. -"Los niños tienen prioridad en los centros asistenciales" y más aún por parte de los médicos tradicionales. -Destacan la autonomía de decidir a qué tipo de atención médica acuden. -Sugieren que las tablas de talla y peso no son autóctonas, se deben tener sus propias curvas de crecimiento y desarrollo en los niños indígenas. -Se busca tener el derecho a la salud, pero dentro del contexto en que vive la población. -Se exige mayor intervención y seguimiento permanente e inclusión de personal capacitado que incluya los Médicos tradicionales y parteras.
Las Condiciones Grupales de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> -Los procesos en salud son centralizados y faltan políticas gubernamentales con programas de biocapacidad y más oportunidades de vivir dignamente. - Frente a la soberanía reconocen que la población ha cambiado y ha evolucionado de una manera compleja, las pautas de crianza se han modificado de una forma complicada. -La pérdida de los parámetros culturales educativos hacia los jóvenes, representan deterioro en la soberanía. -La interculturalidad ha llevado la evolución hacia una amplia transformación social compleja. -La ley les ha quitado mucha autoridad a los padres y la juventud es manipuladora. -La falta del sentido de pertenencia. - La influencia en la salud de una persona, un grupo amplio y heterogéneo de factores -Las comunicaciones actuales llevan hacia un facilismo y alejan a sus nativos de lo cultural y de varias maneras afectan los factores sustentables de su comunidad -Consideran que la evolución ha sido negativa por las enfermedades, las tradiciones modificadas y emergencias. -Aceptan estar ligados a la tecnología, 	<ul style="list-style-type: none"> - Son las condiciones grupales de trabajo como condición productiva en la estructura positiva y patrones laborales -Como se cuenta con las dos medicinas, occidental y tradicional, los niños se diagnostican con enfermedades naturales y enfermedades propias. -La cultura es un manifiesto de soberanía en un grupo, identifican la cultura no solo como las expresiones artísticas, sino que también tiene que ver con la cultura ciudadana, familiar y de cada comunidad. -El concepto de la solidaridad en la sociedad ha permanecido lo cual se nota en el cuidado de los adultos mayores, - Son parte de la soberanía, las condiciones culturales y de costumbres las cuales influyen en la salud. -Existe un reconocimiento de las autoridades tradicionales y propias de su etnia, así como las autoridades propias de la nación. -Culturalmente, el Resguardo apoya a las tradiciones buscando autosuficiencia y ser complementada con el saber ancestral de cada pueblo indígena y sus conocimientos. -Existe el respeto a unos derechos que debe expresarse 	<ul style="list-style-type: none"> -Socialmente hay muchas diferencias entre las personas que deben prestar un servicio y las que la reciben. -Se recurre a alimentos procesados y no a alimentos naturales. - Pérdida de los parámetros culturales y educativos hacia los jóvenes. -Actualmente es más esfuerzo para el sostén de las parcelas y las familias optan por retirarse de la tierra porque los hijos no se posesionan de ellas -La utilización de químicos y las plagas, acaban con los cultivos. -Las juventudes son menos solidarias y no se integran a actividades con los mayores. - Se identifica en algunos niños maltrato, abuso sexual, abandono, discapacidad cognitiva, visuales y auditivas y dificultades en la espiritualidad. -Las cosas que afectan la salud son; 1) No seguir las instrucciones de los Médicos tradicionales 2) El consumo de cigarrillo y el licor, y 3) Las personas con dificultades de cualquier índole que se manifiestan como enfermedad. 	

Dominios**Particular****Perfiles estructurales**

- Procesos Destructivos**
- Las comunidades tienen deterioro en lo social, en el medio ambiente, en la comunidad a causa de lo que ellos llaman “la evolución”
 - Las rutas de la medicina occidental son mal aprovechadas
 - Las leyes y el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) no les inculca trabajo y disciplina a los niños.
 - Falta de infraestructura en salud
 - Las comunidades se han visto atacadas por el consumismo.
 - Migración de la población indígena hacia otras ciudades, hacen perder el concepto de una sociedad solidaria.
- Procesos Protectores**
- en la creación e implementación de políticas públicas, específicas para lo cual reconocen que tienen responsabilidad con los problemas, el territorio y las soluciones colectivas.
 - Consideran una evolución positiva la creación de la Constitución Política de Colombia de 1991, en donde se les reconoce los derechos como indígenas.
 - Los comuneros y líderes indígenas en el aspecto de la sociedad saludable consideran que en niños el estado define los parámetros de crianza
 - La Constitución Política de Colombia reconoce la salud es un derecho, es parte de la interculturalidad
 - El posicionamiento de antes y de ahora de las mujeres
 - La combinación de las medicinas refleja la ubicación de una autodeterminación étnica y cultural.
 - Los rituales de sanación para la madre tierra y el ser humano.
 - Ha habido mejoría en la calidad de sociedad desde los servicios públicos, vías, estudio, reconocimiento de sus derechos indígenas, mejoramiento de sus viviendas y en los medios de comunicación.

Perfiles generativos

- Procesos Destructivos**
- Se destacan como la tasa de natalidad está bajando lo que no consideran sano para la comunidad indígena.
 - La deficiencia en la atención en salud por la tardanza en las citas, el desconocimiento de enfermedades y poca atención oportuna.
 - Ya no se utiliza la leche materna como alimento primario de crianza
 - La falta del sentido de pertenencia
 - El mal uso de la tecnología
 - La disminución de los valores personales.
 - Los conflictos familiares. El núcleo familiar se ha perdido.
 - Pérdida de la cultura, la identidad y el sentido social.
 - Las instituciones que con sus políticas no permiten trabajar lo propio
 - Aún hay mortalidad prevenible en los niños y en maternas
 - Las comunicaciones actuales llevan hacia un facilismo y alejan a sus nativos de lo cultural
 - Las rutas sociales y económicas, son dependientes de programas de estado.
 - Consumo de alcohol desde temprana edad.
 - Describen los servicios médicos para menores de 5 años, como “muy malos” porque faltan aspectos de la promoción y la prevención.
- Procesos Protectores**
- Se realiza formación de médicos tradicionales. una IPS indígena propia, educación cultural y soberanía alimenticia.
 - La determinación social de salud se enfocan en los ingresos, la geografía, herencia genética y las políticas públicas, la paz, los servicios básicos, la educación y la vivienda, porque en su criterio todos inciden de una u otra forma en la salud.
 - Ya no hay presencia de grupos armados en el territorio y mejora la seguridad.
 - Consideran que la salud ha mejorado en los niños menores de 5 años,
 - Notan mejoría en la prestación de los servicios públicos, la defensa de sus derechos y la inclusión social.
 - Asumen los programas del gobierno y propios como una evolución positiva en la parte social, cultural y política y son los Resguardos que gestionan estos cambios
 - Se aporta la mayor capacitación para las parteras y a los médicos tradicionales,
 - Las personas tienen acceso al sistema de salud
 - Existe interés de las personas en capacitarse más en salud, ser más profesionales, tener más sentido de pertenencia por la parte organizacional.
 - La seguridad alimentaria con la utilización de talleres y charlas sobre el consumo de lo que ellos mismos producen.
 - Las charlas sobre la prevención en la utilización de sustancias psicoactivas.
 - Hay más ayudas en la parte de auxilios para los menores
 - Hay más intervención y más ayuda para la vida, en el campo educativo, por medio de capacitaciones se han ayudado a las familias a mejorar la calidad de vida.
 - La bioseguridad ha mejorado con la presencia de las instituciones como IPS Minga, Asometroc, la Alcaldía de Riosucio, y los Resguardos indígenas.

La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo

- El gobierno no ofrece iguales garantías en atención en salud, tanto para niños como para adultos.
- “Al sistema de salud colombiano le hace falta el refuerzo en conocimiento y educación en salud”.
- Lo más difícil del sistema de salud es el aspecto de los medicamentos formulados como No Pos.
- Algunos indígenas sugieren “eliminar la ley 100” porque no cubra el 100% de la atención en salud y lo No Pos,
- Se necesitan mayores recursos para capacitar y continuar el programa de los tipos de medicina,
- Piensan que hace falta el diagnóstico para políticas públicas
- Algunas personas consideran que se ha mejorado y cambiado las viviendas y sus vestidos, y esto lo denominan como “facilismo”.
- Aún se denotan falencias en circunstancias y se debe mejorar la atención, para que se respete el derecho a la salud integral,
- No existe un enfoque Etno diferencial en el aspecto cultural, al hablar de salud.
- Las condiciones de los grupos se pueden mejorar, tomando conciencia de la importancia de la salud en el ser humano, lo que conlleva a promocionar la salud propia y una buena prevención de la enfermedad, opinan sus líderes.
- El gobierno debe ponerles más atención a los hospitales, servicios de salud, en la educación y los controles de los niños menores de 5 años.
- La globalización es negativo ya que bloquea el desarrollo de la mente de la gente, ligados a la tecnología que enriquece el concepto capitalista para su explotación.
- Se han perdido las tradiciones propias, la solidaridad, lo cultural
- Consideran que hay desarmonía de los hogares. Se identifican hábitos que se han perdido y por ello se deben recobrar usos y costumbre
- Se puede mejorar la situación de salud con una atención más adecuada en el contexto de la población y al aspecto geográfico, con el personal de salud comprometido con las mismas comunidades. -
- Proponen una articulación de las dos Medicinas-Occidental e indígena- con la identificación de las enfermedades propias, aceptando que los Médicos tradicionales puedan ejercer en los Centros de Salud y aplicar esta medicina cuando se requiera.
- Se ha avanzado en cuanto a los conocimientos del personal, pero no en el trato de ellos a la comunidad. -
- Consideran generar espacios de socialización, utilizar la medicina propia, e igualar la atención entre acceso y programas de salud;
- consideran que la búsqueda de la articulación entre Minga-Hospital es un medio para lograr esto. -Cuidado de la madre naturaleza y el ser.
- Inclusión social desde los servicios públicos, vías, estudios y derechos. -Destacan una mirada de la enfermedad como un proceso más amplio donde inciden múltiples condiciones además de los directamente considerados por la medicina occidental. -La Medicina propia se ha desarrollado para preservarla, aun con la interculturalización.
- Gestionar mayores recursos orientados hacia la medicina occidental y la medicina tradicional.
- Se nota mayor apoyo a la comunidad indígena y mayores espacios para unas adecuadas políticas públicas
- En lo social, se ha identificado la mejoría que ha llegado hasta los servicios públicos, vías, derechos de educación.
- Se ha recibido mucha información en los aspectos de educación y política para la comunidad.
- La población indígena, conoce cuales son los derechos de cada persona y la salud entre ellos.
- Asocian la salud con lo social en una relación directa
- La sociedad indígena ha evolucionado por la presencia de la ciencia, investigación y la tecnología la cual influye en todos los sectores de una forma positiva.
- Solicitan personal idóneo y más eficacia en la atención, sugiriendo un modelo de atención propia.
- Se requiere un diálogo de saberes.
- Sugieren recuperar la alimentación y el ambiente sano.
- Consideran que la alimentación a los niños ha cambiado en forma negativa.
- La evolución ha tenido parámetros negativos (enfermedades, modificaciones, facilismo, enajenación)
- Existe un concepto erróneo en los jóvenes de lo que es la calidad de vida.
- Es desventaja que el indígena se ha vuelto dependiente de las rutas de atención y se le ha olvidado las prácticas propias.
- Los programas que el estado propone son principalmente en la cabecera municipal donde vive la menor parte de la población indígena.
- La administración de los afiliados que se acogen a los servicios del Hospital y las EPS es un problema en la calidad de la salud por los problemas del sistema de salud occidental.
- Se identifica que la salud se convirtió en un negocio, y no en un servicio.
- Ciertas condiciones, como la habitación, aun muestran algo de hacinamiento.
- Aunque la mortalidad en general ha disminuido, se persiste la mortalidad infantil evitable.
- Consideran los programas del gobierno, (familias en acción y aldeas infantiles) direccionan a los padres a una actitud occidental.
- La alimentación de alimentos procesados implican exposición a los químicos.
- El servicio en los hospitales es deficiente y la accesibilidad de esta atención es difícil.
- La inversión en la salud no es suficiente para la demanda que existe.
- La migración de parte de la población hacia otras ciudades por la falta de empleo deteriora la parte económica y cultural.
- La poca atención, desarrolla las enfermedades y necesidades que más adelante no tienen una cura.
- Implica educación a jóvenes, el tipo de consumo de alimentos, calidad de vida para los jóvenes que implica el empleo y aportarle al pueblo trabajo social y trabajo comunitario.
- Existen parámetros positivos (la salud, calidad de vida, educación, modernización, se mantiene la cultura, igualdad de género).
- Se han identificado las enfermedades propias, aceptando que los Médicos tradicionales puedan ejercer en los resguardos.
- El reconocimiento y apoyo a sus propias costumbres en la salud y en los cultivos de plantas medicinales.
- La población local está en un constante movimiento, generado por la tecnología- la agroindustria, y la globalización.
- Diferentes instituciones tipo ONG han hecho presencia en esta zona que buscan ayudar en la salud de los niños y a la población en general.
- Actualmente existe mayor conciencia de los comuneros en lo cual aporta los medios de comunicación y de transporte.
- Existe un avance en la creación de Instituciones prestadoras de Servicio-IPS propias, destacan la atención en salud que dan las Mingas.
- Se hace servicio por parte de los promotores en salud en los jardines infantiles en la parte de prevención.
- La educación en salud se toma como un avance significativo.
- Capacitación de los Médicos tradicionales y la celebración de fechas especiales.
- Hay muchos avances tecnológicos.
- Actualmente menores de la primera infancia, cuentan con un código de atención y protección lo cual garantiza que el derecho a la salud.
- El mejoramiento de los nutrientes y la alimentación,
- Se detectan enfermedades y posibles curas a través de ciencias aplicadas al Ser humano.
- Con la implementación de los grupos extramurales, se hacen más accesibles los servicios para los comuneros en la zona rural,
- La cooperación interinstitucional, aunque puede mejorar buscando entradas en el aspecto económico, así ayudar a mejorar la situación de la población en general y la sociedad como tejido.

Dominios

Particular
La capacidad
objetiva del
grupo para crear
y producir
valores
culturales

Perfiles estructurales**Procesos Destructivos**

-Se observa la desarmonía e intranquilidad en algunos comunereros
-Hay contaminación en sus territorios, que afectan la cosmogonía, auto visión, y la conservación tierra-agua-vida-aire, propia de su cultura.
-Consideran que la tierra ya no es tan productiva como en tiempos anteriores, porque han entrado los químicos y las plagas para acabar con los cultivos.
-Las costumbres se han perdido, no se respetan a los abuelos, ni las enseñanzas que se tenían hacia los padres.
-Es negativo la aculturalización.
-Ha cambiado el aspecto social, cultural, y el concepto autóctono del concepto de salud.
-Los saberes ancestrales no los escriben, sino que se trasladan de manera oral entre las generaciones.
-Ha habido enajenación por su ubicación geográfica;
-Hay dificultad para transmitir a los hijos los pensamientos culturales.
-El niño actualmente es ajeno al contexto de su crianza y sus tradiciones.
-Anteriormente la sociedad era más unida, compartían, eran más sociables, se integraban y los conceptos eran más apropiados a la franja de los buenos valores.
-Culturalmente se ha perdido la Medicina tradicional.
-Se acepta que la identidad propia se ha perdido y aunque hay mejoría, falta articular el saber ancestral con los conocimientos actuales.
-Se ha perdido la comunicación en la casa, lo cual se ha extendido a toda la sociedad, demostrando un deterioro de la cultura familiar.
-La pérdida del lenguaje propio como un ejemplo de transculturalidad
--Falta un compromiso por parte de la población a recuperar la siembra tradicional y la utilización de semillas propias.
-Se perdió el vestuario que los identificaba culturalmente y también el autocuidado en la gestación y de los niños.
-Pérdida de la identidad propia indígena, tanto en lo mental, como en lo espiritual. A los jóvenes indígenas no les agrada aprender de su cultura.

Procesos Protectores

-La sabiduría ancestral y las reuniones-mingas, rituales para intercambiar experiencias, preservan la tradición indígena.
-Cuentan con la cultura, danza, chirimías, actividades que invitan a participar e integrar actos de toda la población en general.
-Estas actividades generan respeto a su cultura, a su entorno natural y inducen a la participación y al conocimiento de sus costumbres.
-Se destaca el apoyo a su propia cultura incluyendo la medicina tradicional.
-Predomina el concepto de salud como el estado de equilibrio entre el cuerpo, bienestar espiritual y mental con la naturaleza en cada ser humano.
-Se mantiene y gestiona la organización política, los tejidos propios, la música y la práctica de la medicina propia, utilizando armonizaciones y rituales.
-Se reconoce la coexistencia del médico tradicional y el médico occidental.
-Consideran que los aspectos culturales se reflejan en los principios y valores de cada ciudadano.
-La familia y su entorno, son la unidad principal en la sociedad indígena.
-se conservan los principios de la cosmogonía, la tierra, el agua, el aire y el fuego.

Perfiles generativos**Procesos Destructivos**

-Manifiestan desacuerdo con la forma que el ICBF ha incidido en la crianza de sus hijos. Dicen que se les ha quitado la potestad a los padres a decidir cómo criar a sus hijos y ha conllevado pérdida de valores que regían los aspectos culturales.
-Parte de la población no quieren luchar por el sustento, ni apoyan la cultura. Les gusta más la diversión y la tecnología. - Así mismo, parte de la población ha dejado la Medicina tradicional por la occidental, consumen medicamentos sintéticos que, en su concepto, crean adicción.
-Consideran que el personal de salud del sistema no trabaja por vocación.
-Identifican actitudes en los jóvenes como resultado de la interculturalidad tales como el consumo de alcohol e inician la sexualidad y la diversión, muy temprano.
-La atención a la primera infancia en la cabecera municipal ha avanzado con programas del estado, pero no están acorde con sus usos y costumbres.
-Pérdida de semillas propias en la agricultura.
-Actualmente, se ven los abuelos levantando hijos, y los hijos de sus hijos. Este proceso debilita a la cultura, la identidad y el tejido social del territorio.
-Se ha perjudicado la autonomía en lo familiar, porque cambia los pensamientos propios de los indígenas y afectan la unidad comunitaria.
-En la explotación de la tierra los "afueranos", la dependencia de la tecnología y de los productos foráneos, se identifican dentro de la población indígena.
-"Pérdida de la comida sana de antes", los juegos típicos en los niños y se nota que los niños no quieren estar en la casa.
-Dentro del autocuidado, había una alimentación propia para la embarazada, baños fortificantes y el acercamiento de la familia al vientre lo cual está en desuso.

Procesos Protectores

-Se ha venido recuperando la cultura, con el apoyo de los rituales, la armonización, la música autóctona. -Se tiene mayor confianza a los Médicos tradicionales y sus tratamientos;
-Se comparten las actividades culturales con todos los grupos de edad de la comunidad.
-Reconocen una oportunidad de participación para una población vulnerable
-Se habla del SISPI o Sistema Indígena de Salud propio intercultural, el cual ya ha sido desarrollado a nivel nacional pero su aplicación está en una etapa de inicio.
-Se ha ganado con la institucionalización de las Mingas.
-Existe un perfil epidemiológico de Enfermedades propias y hay un avance a manera de la espiritualidad.
-Se conserva la medicina tradicional, como son las parteras y los sobanderos, y médicos tradicionales.
- Se gestiona el rescate de huertos de plantas medicinales.
-Se han generado cambios muy buenos, que no han sido concordantes, con los resultados de la EPS- Empresa Promotora de Salud, como por ejemplo la atención oportuna e integral.
-Se conservan aun las creencias filosóficas, espirituales, de alimentación, costumbres de danza y de manejo del embarazo en la mujer y el niño.

Dominios

Particular
La Capacidad
objetiva del
grupo para el
empoderamiento,
organización y
soportes de
acciones en
beneficio del
grupo.

Procesos Destructivos
-El proceso de la globalización y las grandes empresas que se benefician a través del comercio “ha impedido el desarrollo de la mente” de la gente.
-Las malas costumbres de otra cultura, los malos hábitos alimentarios, el consumo de drogas, alcohol, la pérdida del conocimiento propio, de lo natural y lo tradicional.
- La contaminación de los alimentos, la modificación genética de los vegetales y las frutas a través de transgénicos, y el uso de medicamentos empacados.
-El problema de la crianza.
-Las enfermedades traídas por los españoles o afueranas.
-La globalización mundial, el sistema comercial, la tecnología y la explotación de los recursos naturales, convierte el espacio de los indígenas en un espacio vulnerable.
-La transculturalización por las culturas occidentales,
-Enajenación de los resguardos por su ubicación geográfica, por su proximidad a otros pueblos urbanos.
-Pérdida de su capacidad de productividad, capacidad de trabajo, su parte cultural y una organización comunitaria, por la incidencia de municipios no indígenas o con parámetros de vida distintos.
_La cultura occidental, ha influido en el actuar, vestir, el comer, en la convivencia familiar y en el escuchar o comunicación en general.

Perfiles estructurales

Procesos Protectores
-Reconocen mayor facilidad en las comunicaciones por los avances tecnológicos.
-Conservación de sabidurías ancestrales como crianzas, medicina tradicional, partería y todo lo que engloba la tradición cultural.
-El arraigo del concepto de la vida desde la Cosmovisión, el equilibrio de las energías negativas o positivas de factores internos o externos.
-Se reconocen dos líneas de salud, la autóctona y la occidental, aplicando las dos alternativas que tienen para solucionar sus enfermedades.
-La confianza que le tienen a lo natural y a lo espiritual para la solución de las enfermedades y “malas energías”.
-La organización indígena que apoya todas las actividades grupales.
-Presencia de un gobierno propio que trabaja articulado con las comunidades para potencializar líneas productivas, de organización, relación con el ambiente y el papel de la mujer.
-La Medicina tradicional como pilar fundamental en el ser espiritual con las prácticas de los rituales y ceremonias, que contribuyen al bienestar físico, mental y espiritual de toda la población.
-Derechos reconocidos por la Constitución Política de Colombia actual.
-Organización muy cimentada y estructurada que tiene sus bases en el territorio.
-Mejoramiento gracias a la gestión de las autoridades propias del Resguardo, que tienen la capacidad para defender sus derechos, las funciones y la estructura propias.
-Se nota una mejor y adecuada atención a la región y el contexto geográfico.
-La toma de decisiones, el liderazgo propio y la convivencia persiste y esto manifiesta autonomía de los resguardos,
-La sociedad embera ha evolucionado, se ha caracterizado por ser muy solidaria y se ha conservado este valor.

Perfiles generativos

Procesos Destructivos
-Los usos y costumbres del día a día se han perdido debido a la escogencia de elementos “que se han traído de afuera.”
-La evolución del aspecto social en la comunidad en las nuevas generaciones, ya que los jóvenes no se relacionan con los adultos, como antes y han perdido el concepto de solidaridad y trabajo colectivo.
-Servicio de salud malo porque hay mucha demora en las citas, y una entrega de medicamentos inoportuna.
-A pesar del conocimiento en la comunidad indígena sobre los químicos se continúa consumiendo alimentos procesados.
-Inherencia en lo indígena por parte de las políticas nacionales, como es la planificación de sus familias.
-La mortalidad perinatal con parteras ha persistido, la desnutrición no ha disminuido, y la mortalidad ha aumentado.
-Muchas de las enfermedades se dan por los malos hábitos alimenticios, que son por el cambio de las comidas tradicionales, también con las músicas, equipos y tecnologías de afuera. -Transculturización
-Piensan que se han perdido los espacios familiares debido a los medios de comunicación y a la tecnología.
-ASOMETROC aceptan que a pesar de que territorialmente se identifican y respetan como resguardos indígenas con todo lo que esto implica legal, cultural, étnica y socialmente, la influencia de los municipios aledaños afecta el grupo indígena. Esto se manifiesta en la pérdida de elementos propios de la etnia, como lo son el lenguaje, el vestido y los hábitos propios,

Procesos Protectores
-Hoy no incide tanto el conflicto de la violencia.
-Consideran de gran importancia la participación ciudadana de comunidades indígenas y la población vulnerable. -El cabildo de cada Resguardo junto con su Gobernador, elegido por los propios comuneros son una manifestación de organización social.
-En el área de la medicina occidental reconocen la prioridad de asistencia a los menores que cuentan con carnet indígena.
-Se le ha dado mayor relevancia a la Medicina ancestral y se ha reconocido esta por parte de la Medicina occidental.
-Se ha construido un Perfil epidemiológico de las enfermedades propias, realizado por los Médicos tradicionales.
-La sociedad solidaria se ha ganado con mingas y de esta manera han cambiado sus conceptos en el aspecto social y cultural
-Los líderes indígenas reconocen que el Estado ha dado la importancia a las comunidades indígenas, y se ha avanzado.
-Hay un reconocimiento del valor que tienen sus recursos naturales.
-Hay un reconocimiento a la conservación de los derechos por la lucha local (ejemplo tener una EPS-Indígena).
-Dentro de las instituciones escolares de la región se busca el rescate de lo propio.
-Se apoya que los que manejen su salud sean EPS propias indígenas, como Mallamas y la Asociación Indígena del Cauca-AIC, utilizando el reconocimiento de su propia medicina, además de la aplicación del sistema de salud nacional de la Ley 100
-Aplicación del SISPI, para un sistema de salud propio indígena. Este es un enfoque étnico diferencial, de acuerdo al aspecto territorial.
-Los funcionarios se desplazan hacia las comunidades, y estas solicitan la capacitación en salud, y la promoción y prevención.
-Compromiso de las organizaciones indígenas para materializar las diferentes políticas públicas existentes.

Dominios	Perfiles estructurales	Perfiles generativos
Particular La calidad de las relaciones ecológicas del grupo	<p>Procesos Destructivos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reconocen que actualmente no hay respeto a la tierra y no es tan productiva antes, porque han entrado en el uso de los químicos para acabar las plagas de los cultivos. Esta relación con el medio ambiente tiene un costo muy alto. -La calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo, incluyen las políticas de salud, el sistema de salud actual, -La interculturalidad que se manifiesta en la educación y la salud, y muestra “desarmonía e intranquilidad con la madre tierra”. -Existe una sociedad desfavorable o no saludable, por el exceso de contaminación de los territorios. -Aceptan que hay deterioro social, deterioro en el medio ambiente, en la comunidad, a causa de lo que ellos llaman la evolución. -La contaminación del territorio y la desarmonía en la sociedad son parámetros negativos para la sustentabilidad en el metabolismo sociedad-naturaleza. -Incide negativamente, la contaminación de los conocimientos propios, ya que se aplica una transculturalidad que termina disminuyendo una cultura indígena, sobre una cultura occidental más fuerte. 	<p>Procesos Protectores</p> <ul style="list-style-type: none"> -Considera que la vida de cada ser humano debe tener una relación con su entorno o sea con el medio ambiente. -Consideran que tienen una conciencia ambiental que brinda un buen comportamiento y manejan el elemento principal que es el agua. -El manejo de las basuras, son formas sustentables de la vida dentro de esta conciencia. -Definen a la salud como la armonía con la naturaleza y el bienestar espiritual del Ser Humano. -El avance en la espiritualidad busca la relación sistémica con el medio ambiente, mirando hacia la supervivencia de las buenas condiciones, la vivienda, el espacio, el agua y el oxígeno. -Incluye la incidencia de la forma de vida en la salud, como es la alimentación, la educación y los conocimientos ancestrales. -Manifiestan que la base son los conceptos de cosmogonía, auto visión, tierra-agua y vida. -Estar bien en la filosofía indígena, es el equilibrio del hombre con la naturaleza, la espiritualidad, la vivienda, y estar en armonía entre todos. -Dentro de las condiciones grupales, el resguardo se ha caracterizado por permitirles orientarse, conocer y crear espacios que les permitan identificar ambientes de aprendizaje que contribuyen al desarrollo de la población. -Los rituales de sanación para la madre tierra y el ser humano, son parte de la educación cultural para mantener las tradiciones de los embera.
	<p>Procesos Destructivos</p> <ul style="list-style-type: none"> -El hecho de que los alimentos sean procesados, cultivados en una forma distinta a la que ellos aplican lo ven como algo negativo dentro de lo ecológico. -Problemas del manejo de las aguas negras -Reconocen los cultivos de hoy transgénicos, como no saludables para la comunidad. -Actualmente la alimentación está siendo traída desde el mercado externo, sin saber cómo se produce. -La sociedad saludable es afectada por los contaminantes agrícolas que afectan la tierra y causan las enfermedades a las personas. 	<p>Procesos Protectores</p> <ul style="list-style-type: none"> -Concientizar a la población y gestionar a las entidades encargadas de los problemas ambientales. -Apoyar los sistemas alternativos de producción de alimentos, reconociendo los usos y costumbres de las prácticas culturales tradicionales. -El Resguardo apoya el medico tradicional, lo cual muestra armonía con la naturaleza. -Se busca el entorno más limpio, sin basuras, en contra a la contaminación para mejorar las condiciones. -Conservación de la comida, la música, la medicina tradicional, los huertos medicinales y el reconocimiento de su propia legislación. -La aplicación de la educación propia dentro de las instituciones escolares de la región, -Las EPS deben aplicar un enfoque Etno diferencial en el aspecto cultural de la salud, y hacer censos que pueden determinar las diferentes prioridades de la población. -Apoyan los grupos extramurales de las IPS que prestan atención actualmente

Fuente: Propia

6. Caracterización de los estilos de vida cotidianos en salud en los menores de 5 años, en los resguardos Embera-Chamí, Riosucio, Caldas - dimensión singular o individual

6.1 Presentación

Este capítulo se enfoca en la dimensión individual o singular que abarca los menores de 5 años, sus familias y las relaciones familiares e individuales. Se analizan los estilos de vida cotidianos por libre albedrío individual, variabilidad cotidiana y grados de libertad. Incluye la valoración de los siguientes aspectos a) el itinerario típico personal diario, b) patrón personal y de consumo como la alimentación, descanso, vivienda, acceso y calidad de servicios y recreación, c) las concepciones y valores personales, d) la capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud, y e) el itinerario ecológico personal (Breihl, 2003).

Como en esta investigación el sujeto en estudio son los indígenas menores de 5 años, y por su condición es muy difícil lograr directamente los aspectos citados para la dimensión individual, se recurrió a las madres de estos niños, con preguntas directas para el estudio. Además de ser sus cuidadores, los adultos que los crían y tienen el mayor acercamiento físico, social y psicológico a los menores en estudio. Las respuestas son reflejo de la experiencia de los adultos con ellos, pero así mismo de la manifestación a su medio de crianza, de las inquietudes que los niños tienen. Se considera que no hay mucho sesgo intergeneracional por las preguntas y la forma de la entrevista, y se debió recurrir a este proceso, con la conciencia de la interpretación de la dinámica del proceso. De acuerdo con los objetivos de esta investigación se consideró un instrumento suficiente para adquirir la información en esta dimensión.

Inicialmente se realizó un acercamiento a la dimensión singular o individual de la investigación, por medio de los estudios realizados anteriormente lo que implicó buscar investigaciones e indicadores enfocados hacia la población indígena menor de 5 años de los indígenas Embera Chamí de Riosucio, Caldas. En fuentes originadas de la Dirección local de salud del municipio de Riosucio y de la Dirección territorial de salud del departamento de Caldas, así como en los archivos de cada Resguardo indígena de Riosucio y del Concejo Regional indígena de Caldas-CRIDEC- se buscó la información encontrando que las entidades territoriales no realizan una clasificación de indicadores epidemiológicos por Resguardo Indígena como Unidad de estudio, sino que toman todo el municipio en general. En esta tesis el análisis se realiza por resguardo ya que, por su importancia territorial, política, étnica y cultural, el Resguardo se considera la mejor unidad de estudio de evaluación en las poblaciones indígenas. En los estudios de la salud occidental no se encuentra una diferenciación por Resguardo, condición que se considera necesaria para evaluar la dimensión singular. Sin embargo, los indígenas de Riosucio ya iniciaron su perfil epidemiológico propio en lo concerniente a la Medicina tradicional y de este estudio específico, se tomaron en consideración algunos de los indicadores encontrados separados por resguardo. En general, se observaron indicadores de salud por departamentos y por municipios con población indígena, sin separación étnica como se mencionó y se utilizaron estas cifras como un reflejo de algunos de los indicadores de salud de los Embera, conociendo que el 90% de la población del municipio de Riosucio es indígena (CRIDEC, 2011).

Se reconoce que la interculturalidad predomina en esta mayoría de Embera Chamí la cual habita Riosucio. Es un fenómeno muy marcado y ha influido en los hábitos culturales propios de la población, como la habitación, hábitos, tradiciones, lenguaje, el vestido y otros estilos de vida.

Por estudios anteriores y el actual, se conoce que en el 10% de la población indígena de Caldas, que no habita en Riosucio, los procesos de interculturalidad han sido menos marcados y es posible que se conserve más ciertos aspectos como el lenguaje y el vestido (municipios de Risaralda, Filadelfia, Anserma), así como los indígenas Embera que viven en otros departamentos, como el de Risaralda, Antioquia, Valle y Choco.

De acuerdo al Informe llamado, “Perfil de salud de la población indígena y medición de desigualdades en salud en Colombia” (Ministerio de salud y protección social 2016), se encontraron varios indicadores que muestran diferencias importantes de la población indígena con respecto a la población general en Colombia por ejemplo en el 2013, murieron 2.13 veces más niños indígenas menores de 5 años, con respecto a ese grupo en la población general. En la Tabla 9 se observan otros indicadores, que sugieren tasas menores en población indígena pero altas con respecto a los objetivos de desarrollo.

Tabla 9.

Tasas comparativas en población indígena y población no indígena.

Indicador	Población indígena	Población no indígena	Año
Tasas de Mortalidad General entre 0 a 4 años	186	492	2013
Tasas de Mortalidad Infantil en neonatos	16.7	17.9	2009-2013
Tasas de Mortalidad Infantil en menores de 1 año	23.5	27.7	2009-2013
Tasas de Nacidos vivos de bajo peso al nacer 2009	85	99	2009
Tasas de Nacidos vivos de bajo peso al nacer 2013	81.7	89.9	2013

Nota: Tasa X 1,000

Fuente: Dane, Savigila, Estadísticas vitales, RUAF.

Otros indicadores comparan el municipio de Riosucio, cuya mayoría de población es indígena, con respecto al mismo indicador a nivel nacional, así como la comparación de la

población indígena del departamento de Caldas con el indicador a nivel nacional para población indígena, en el mismo periodo (Tabla 10).

Tabla 10.

Tasas Comparativas entre Municipio-Departamento y Nación

Indicador	Zona	Territorio	Año	Tasa X
	Riosucio	Nacional		
Tasas de Mortalidad Infantil en menores de 1 año	179	304.4	2013	1,000
Tasas de Mortalidad Infantil en menores de 5 años	201.3	419.9	2013	1,000
	Caldas	Nacional		
Población indígena con discapacidad	5	16	2013	100
Madres con más de contrales prenatales	92.7	54.2	2013	100

Fuente: DANE, Sivigila, Estadísticas vitales, RUAF.

Entre el 2012 a 2015 el municipio de Riosucio tuvo alcalde indígena y profesionales indígenas al frente de la secretaria de la Salud y se desarrolló el perfil epidemiológico del área de la Medicina Tradicional y en el “Perfil Epidemiológico de Riosucio del 2013”, incluyeron un capítulo llamado “Perfil epidemiológico propio”. En este capítulo, por primera vez, se comenzó a evaluar los resguardos indígenas únicamente enfocada hacia la medicina tradicional indígena o sea los datos fueron aportados por los médicos y parteras tradicionales. El estudio muestra la procedencia del paciente con respecto al Resguardo (Figura 21), con respecto al municipio (Figura 22), y su origen étnico (Figura 23).

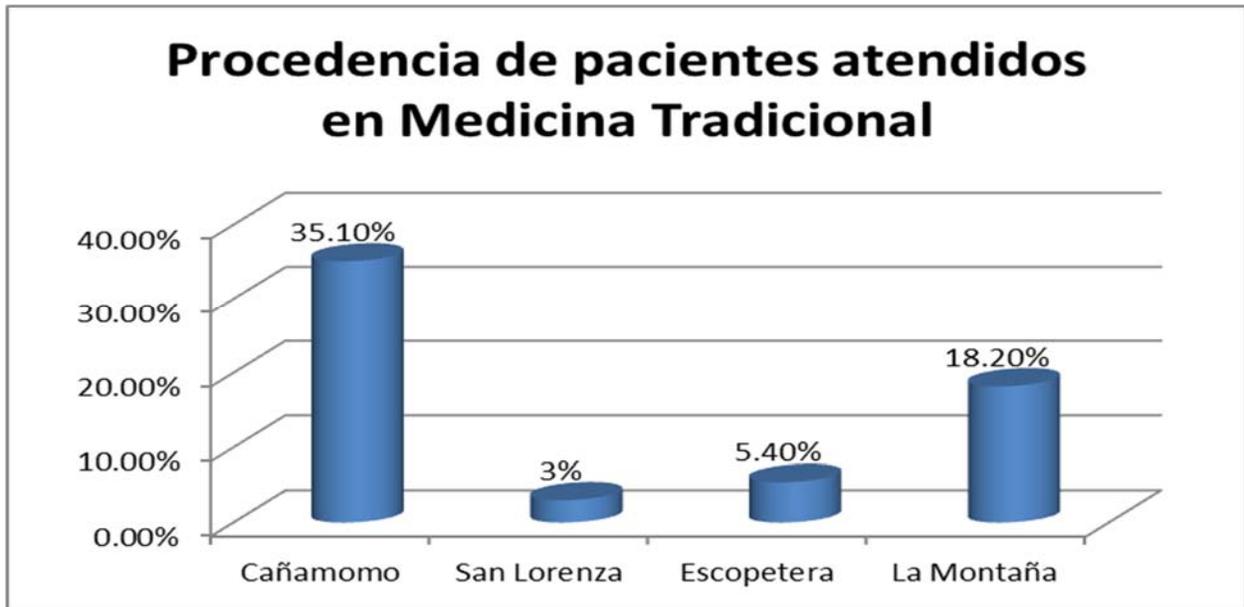


Figura 21. Procedencia de Resguardos de pacientes de la Medicina Tradicional.

Fuente: DANE, Sivigila, Estadísticas vitales, RUAF.

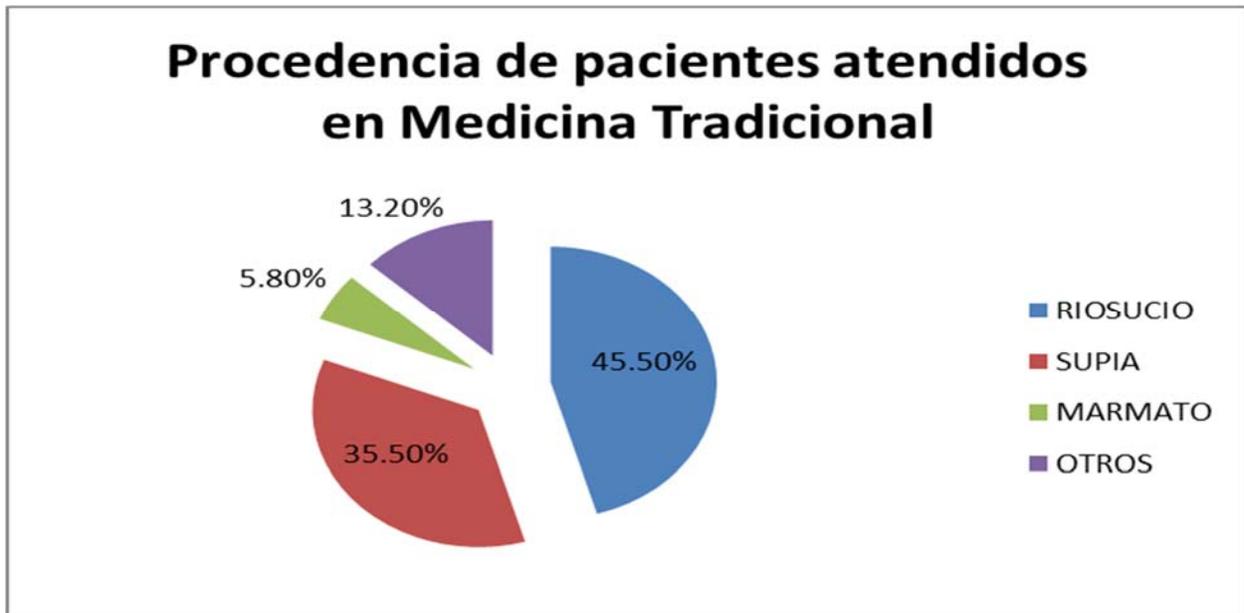


Figura 22. Procedencia Municipal de Pacientes de la Medicina Tradicional.

Fuente: DANE, Sivigila, estadísticas vitales, RUAF.



Figura 23. Clasificación Étnica de Pacientes de la Medicina Tradicional.

Fuente: DANE, Sivigila, estadísticas vitales, RUAF.

Aquí incluyeron los términos de enfermedades afueranas, enfermedades propias naturales y enfermedades enérgicas. De acuerdo a los Jaibanás y Médicos tradicionales, las enfermedades afueranas las consideran como aquellas enfermedades que no surgen del desarrollo de su propia dinámica, sino que surge de la dinámica impuesta por lo de afuera y que ya no se puede controlar. La mayoría de estas enfermedades se consideran infecciosas o metabólicas. Las enfermedades propias naturales la consideran como las enfermedades que se dan de su propio cuerpo y su medio ambiente, y finalmente las enfermedades enérgicas, surgen de una alteración en el flujo de energía dentro del cuerpo de la persona. Pueden ser influenciadas por energías externas del cuerpo. Los médicos tradicionales manejan principalmente las enfermedades propias naturales y los Jaibanás manejan principalmente las enfermedades enérgicas. Generalmente la afueranas se las deja al médico occidental (Figura 24), sin embargo, el tipo de Medicina que prefieren y adonde como termina este proceso se visualiza en la Figura 25.

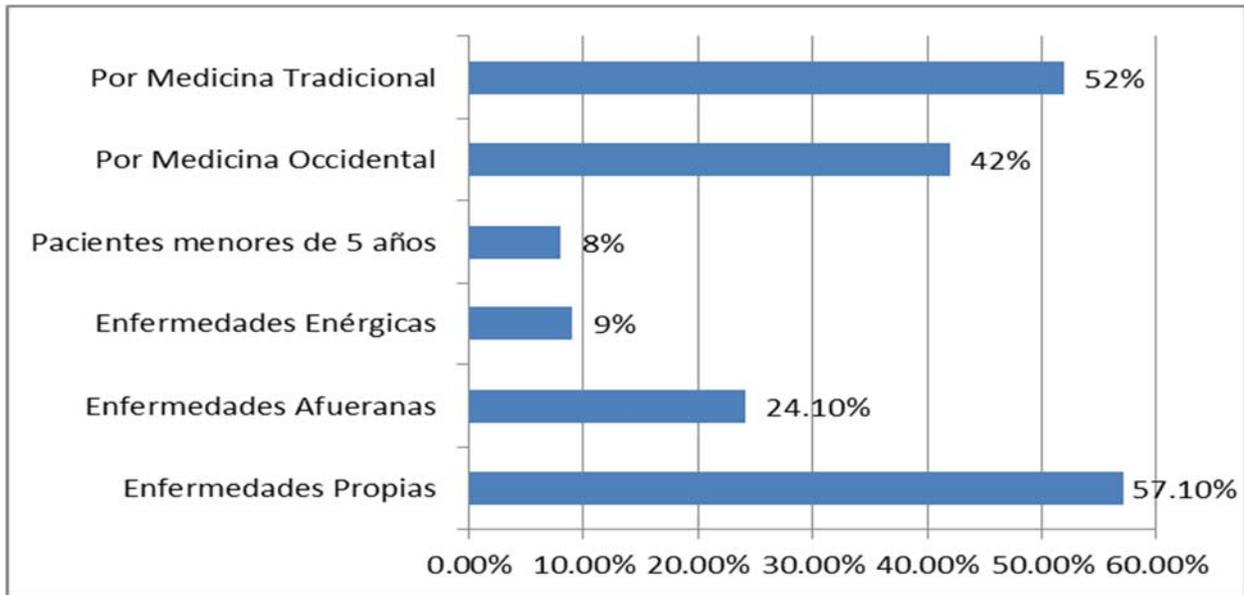


Figura 24. Tipo de atención médica preferida o recibida.

Fuente: DANE, Sivigila, estadísticas vitales, RUAF.

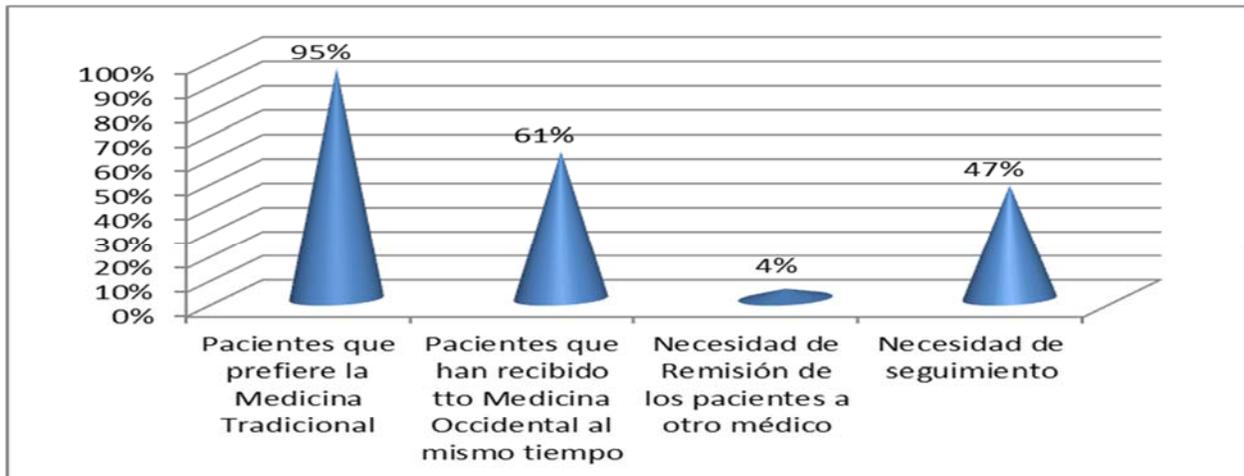


Figura 25. Tipo de atención médica preferida o recibida.

Fuente: DANE, Sivigila, Estadísticas Vitales, RUAF.

Lo anterior muestra la interculturalidad y la cosmovisión de la etnia indígena, quienes aceptan las diferentes interpretaciones de la enfermedad, y así mismo recurren a sus

representantes propios de su salud y aceptan la medicina occidental. Sin embargo, para ampliar la información hacia una caracterización de los estilos de vida cotidianos en salud en la población menor de 5 años en estos Resguardos Embera Chamí, específicamente en los 4 Resguardos de Riosucio se utilizó la entrevista (Anexo-2) a las madres asociadas al programa “Familias en Acción”, ya que ellas todas tienen hijos menores de 5 años de edad y proceden de los cuatro resguardos estudiados. Para determinar la cantidad representativa de madres a entrevistar, se aplicó el proceso de muestreo aleatorio simple y se determinó un número representativo de acuerdo al total de menores de 5 años residentes por resguardo, el cual osciló entre 24 a 26 entrevistas por resguardo. Al completar las entrevistas, se aplicó la clasificación y categorización con el método Atlas-ti, y se observa a continuación la Red Semántica de la Dimensión singular, y luego los resultados cualitativos encontrados (Figura 26).

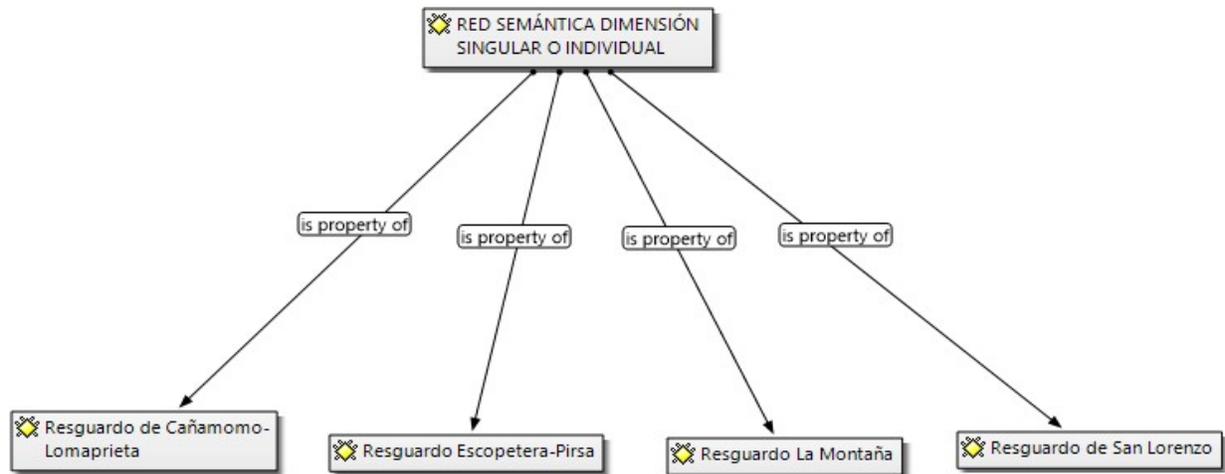


Figura 26. Red semántica de dimensión singular o individual.

Fuente: Creación propia.

6.2 Resguardo de Cañamomo-Lomaprieta

6.2.1 Itinerario típico personal del niño

En este resguardo, la hora de levantarse es variable y oscila desde las cinco de la mañana hasta las ocho de la mañana. El 75% de los niños van a Hogares infantiles o están inscritos en algún de los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Las familias piensan que estos programas son beneficiosos porque los menores pueden aprender y se relacionan con otros niños. Sin embargo, la duración del tiempo en el día que están allí lo considera limitado. Casi todas las familias entrevistadas viven en la zona rural y en el tiempo libre tiene como costumbre ver televisión, para estas familias la televisión es un importante elemento en la educación y una forma de entretenimiento para sus menores. Los niños luego de salir de los hogares infantiles, en la casa juegan con sus hermanos y amigos, salen a pasear por la vereda y visitan a los familiares. En ese tiempo en la casa se les enseña pequeños oficios para su edad y tareas como colorear, contar y lo estimulan.

6.2.2 Patrón familiar y personal de consumo

Por la distribución geográfica del resguardo de Cañamomo-Lomaprieta todas las familias viven en zona rural pero alrededor de importantes vías carreteables como la que comunica a los municipios de Riosucio y Supía con la capital del departamento que es Manizales y otras ciudades importantes como Medellín y Pereira, lo que genera facilidad en el desplazamiento a esas ciudades. La mayor parte de los grupos familiares en este resguardo se forman por familias nucleares, según como ellos lo describen, aunque conviven con las abuelas y los tíos. La madre es la que cocina y la abuela es la que cuida a los niños. Esto quiere decir que son familias de un

número mediano que comparten el hogar, al vivir en la misma casa y los adultos mayores no pierden su rol.

Todas las familias con menores de 5 años manifestaron que la dieta principal de sus hijos fue la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida. Son más los niños que comparten su cama y cuarto con otros hermanos, pero muchos tienen cama independiente, muy pocos con cuarto independiente explicado por el tamaño de las casas, la convivencia con otros familiares y la situación económica de las familias. Todas las casas cuentan con servicios básicos como acueducto, electricidad, no tiene agua de acueducto, pero si potable y para los baños utilizan el sistema de pozo séptico.

En la parte de cultivos todas las casas son casa fincas o sea que tienen diferentes áreas de lote teniendo de tal forma huerta casera así como cultivos de pan coger como plátano, café, cebolla, cilantro, yuca, naranja, maíz, frijol y cacao. La gran mayoría siembra la caña panelera pero son pocas las que cuentan con los trapiches para el proceso de la panela, aunque esta es una fuente de industria importante en el Resguardo.

Están de acuerdo que tienden a comer alimentos propios de su misma huerta y siembra que son los que consideran saludables y tratan de consumir pocos alimentos procesados, aunque si se consiguen fácilmente. Muy pocas familias no tienen animales en la casa, pero por vivir en zona rural la gran mayoría conviven con perros, gatos y crían gallinas, lo que consideran muy usual y las cuales utilizan más para su propio consumo que para la venta.

6.2.3 Concepciones y valores personales

A los niños los padres les permiten jugar, hacer las actividades cotidianas normales y ver televisión dentro de la casa. Les parece que los niños deben socializar con otros niños a esta edad. No se les permite ser groseros con sus padres, mayores y otras personas, ser desordenados, ni salir solos de la casa. No se les permite jugar con fuego, cuchillos, exponerse a situaciones peligrosas, o salir con extraños. En algunos pocos hogares manifiestan que no les permiten a los menores jugar con los animales. En todos los hogares donde existe la pareja madre-padre, ambos hacen las normas. Sin embargo, donde no existe el padre, la madre y los abuelos son quienes hacen las normas de la casa. Así mismo ellos sancionan a los niños, dialogando y quitándole los privilegios que se han ganado, como ver televisión o salir a jugar. Muy pocos utilizan medios físicos de castigo como ellos mismos lo citan que son las “palmaditas” o los “correazos”. Están de acuerdo que hay que mejorar las pautas de crianza, y los padres deben ser más pacientes y comprensivos. También apoyan que tanto los padres como los niños tienen que aprender para estar mejor.

Todas las madres entrevistadas afirmaron que, sí les enseñan a sus hijos el valor de ser indígenas y el valor de su familia. Lo hacen porque consideran que hay que enseñarles la cultura del territorio, porque es de su identidad y porque hay que valorar su cultura. También dicen que lo hacen porque tienen ancestros indígenas y esto no se puede perder el origen, ni el legado de sus antepasados, piensan que no se deben avergonzar de su identidad y su realidad. Todos le dan una importancia a esto es por su territorio y por la tierra en donde viven; esto muestra esa liga cultural que siempre han tenido entre ellos como personas y la pacha mama.

6.2.4 Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud

Todas las madres entrevistadas, afirman que siempre utilizaron la lactancia para alimentar a sus hijos o le dan lactancia exclusiva si son menores de 6 meses que a veces se extiende hasta los 2 años con alimentación complementaria. Todas tuvieron el parto asistido en el hospital local, no mencionaron parto por partera. La gran mayoría de los padres, cuando se enferman sus menores de 5 años, los llevan tanto a los médicos occidentales como los médicos tradicionales. Manifiestan que creen en los dos tipos de medicinas. Todas manifiestan haberle aplicado cumplidamente las vacunas a sus hijos y estar inscritos en los programas de crecimiento y desarrollo. Les enseñan el aseo personal de su cuerpo como bañarse, cepillarse, el autocuidado y respetar su propio cuerpo. La enseñanza incluye protegerse de los peligros y situaciones de riesgo, prevenir los accidentes, prevenir el abuso sexual y cuidarse de personas extrañas.

6.2.5 Itinerario ecológico

El respeto y cultivo a la tierra es parte de la pedagogía indígena y trasladar el conocimiento de padres a hijos es su principal instrumento. Por ello las madres de este resguardo afirman como se les enseña a los niños enseña a cuidar y regar las plantas en una forma de dialogo diario. Cuidar los animales, tanto de la finca, como las mascotas, alimentándolos y respetándolos son parte de esta enseñanza diaria. El respeto y el valor por el agua como un don de la naturaleza y todo lo que la pueda afectar, se observa en las prácticas que inculcan los padres a los menores en todos los hogares. Por ello el manejo de la basura también se incluye aquí, demostrándoles que la disposición de basuras tanto en la casa como en el medio ambiente y sobre todo evitar llevarla a la zona de los ríos, es muy importante y se debe de hacer correctamente. Cuidar y valorar su entorno y los beneficios de naturaleza para su etnia, se refleja

como principios que los padres quieren que los menores adquieran, en este resguardo indígena.

En la Red Semántica (Figura 27) se resume la organización y los conceptos de este resguardo.

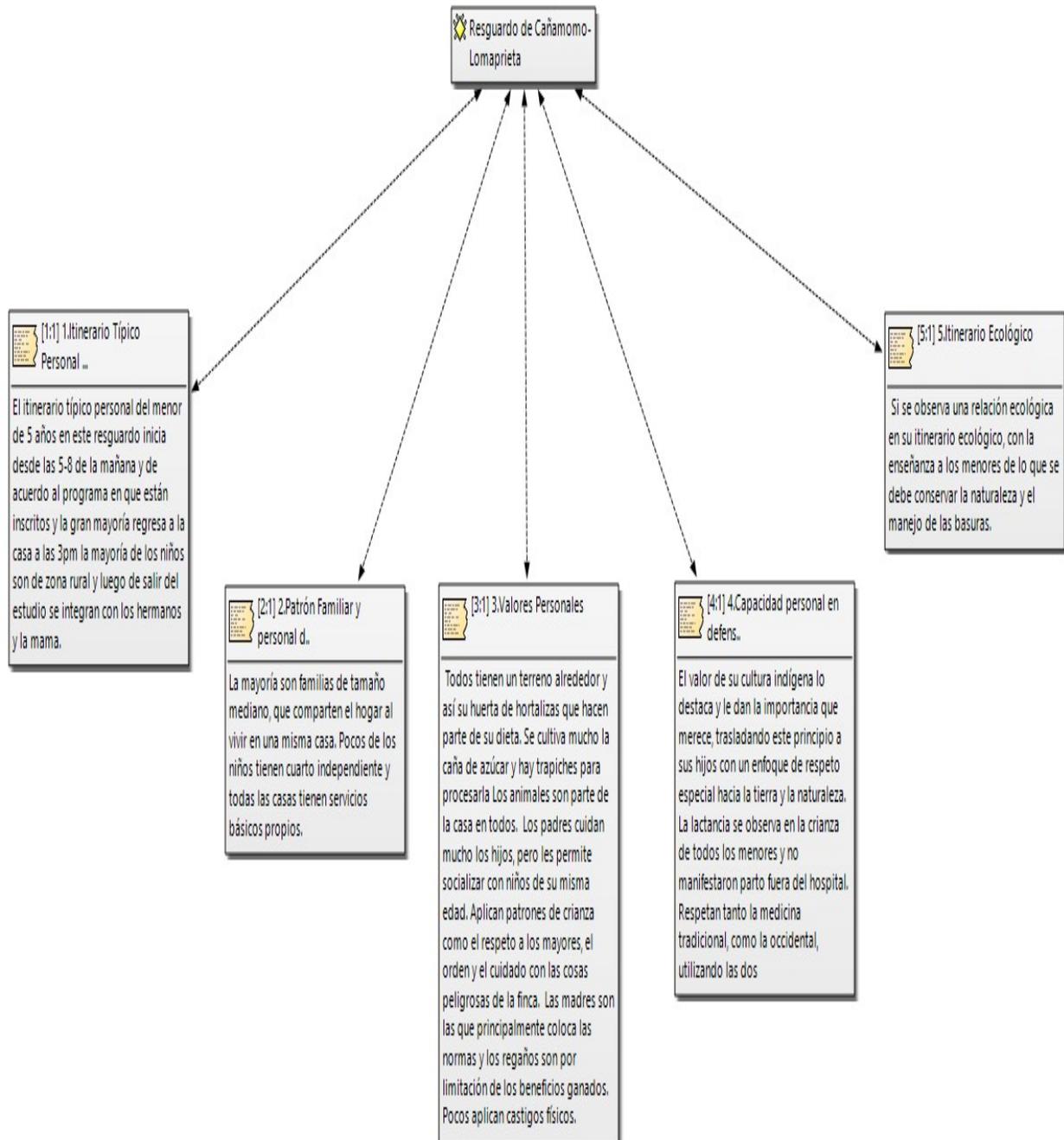


Figura 27. Red semántica de dimensión singular resguardo Cañamomo-Lomapieta.

Fuente: Creación propia.

6.3 Resguardo de San Lorenzo

6.3.1 Itinerario típico personal del niño

Un día normal en los niños menores de 5 años en esta comunidad lo describen sus madres que casi todos se levantan temprano (6-7 am) y comienzan sus actividades. La mayoría de los niños van al Centro de Desarrollo Infantil o CDI, o a los Hogares infantiles y vuelve a las 4 de la tarde. Otros se quedan en la casa con la mamá en programas como “modalidad familiar”, o asisten una vez a la semana a programas llamados “aldeas infantiles”. Un número importante, no asiste a estos programas porque no están de acuerdo a sus actividades, o porque los CDI en sus veredas los han cerrado y los menores permanecen con sus madres principalmente, durante la mayor parte del día y ellas los vuelven parte activa de las labores domésticas y les permiten dormir más horas durante el día.

Al volver a casa, o durante el tiempo que se quedan en la casa cuando no asisten a los CDI, los niños juegan con sus hermanos o primos, a veces solos con sus juguetes, la mayoría ve televisión y pocos hacen ejercicio en espacios abiertos. Luego de la llegada del colegio en las horas de la tarde, los padres juegan con sus hijos menores de 5 años. Hacen juegos sencillos, juegos didácticos y de aprendizaje, juegos con sus muñecos y salen a caminar. También realizan las tareas con sus padres y estos los “ponen a coger la escoba” y ayudan a asear la casa. Incluyen el dialogo sobre cómo les fue en el colegio, dibujan y juegan a la pelota. Tratan de orientar sus juegos, en actividades que les ayudan para su crecimiento. El apoyo con su familia como los tíos y la abuela del niño se observa frecuentemente. Se observa que los padres si procuran dedicarle mucho tiempo al apoyo de la educación de sus hijos.

6.3.2 Patrón familiar y persona de consumo

La mayor parte de los entrevistados reportan que viven en la zona rural. Pocas familias viven sin familiares o sea solo la pareja y los hijos, por el contrario, viven acompañados de la abuela, los tíos y aun primos, dentro de la misma casa. Los hombres se dedican a las labores del campo y las mujeres a las labores de la casa y a cuidar los niños. Sin embargo, en una gran proporción, las madres también trabajan y son las abuelas o las tías, quienes asumen el cuidado de los niños y las labores de casa, como cocinar y limpieza. Se nota que nunca dejan solos a los menores, ya que alguien más dentro de la familia ve por ellos al ausentarse la mamá. Inclusive el papá asume esos cuidados a los niños al faltar la madre o la madre sale con los niños en sus vueltas. Las familias con más hijos tienen 3 ó 4 niños cuando son numerosas, pero la familia se agranda por la compañía de los otros miembros adultos. Las familias quienes viven en la zona urbana, que son la minoría, tiene a los niños menores de 5 años matriculados en el CDI-Centro de Desarrollo Infantiles. En la zona rural, las familias los tienen matriculados en los CDI cuando existen estas instituciones en su vereda o cerca de ella, pero si confirman que en algunas veredas no pueden contar con esta figura y les hace mucha falta a las familias.

Todas las madres aceptan que sus niños menores de 5 años recibieron, o aun reciben, la lactancia como principal fuente de alimentación en sus primeros meses de vida. La mayor parte de los menores duerme con la madre, aunque la tendencia es que cuando el espacio de la casa lo permita, se les dejaba tener un cuarto aparte a los hijos. La tradición de tener una huerta casera es predominante en estas familias indígenas, buscando recurrir a sus productos para completar las comidas diarias de la familia. El trabajo de la tierra en sus parcelas es la principal fuente de ingresos de la familia y es el padre quien se ocupa de esto.

La mayor parte de las casas poseen acueducto con agua potable, aunque si existen veredas donde no se cuenta con este servicio básico. No se utiliza en esta zona el sistema de alcantarillado sino los baños con pozos sépticos, y en ocasiones la salida directa a las fuentes de agua se identifica. La luz eléctrica es otro servicio el cual la mayoría de las casas si cuenta. Sin embargo, la utilización de enseres eléctricos, como la estufa, la nevera y la televisión no se utiliza. Principalmente se cocina con hornos de leña, siendo esta una de las causas principales de problemas respiratorios en los adultos y los niños. La tendencia de reemplazar este servicio se nota, sin embargo el hecho del costo del servicio eléctrico y la falta de una fácil accesibilidad al gas domiciliario (principalmente en pipas de gas), no ayuda a acentuar esta tendencia. En estas familias, el consumo de alimentos naturales producidos por ellos mismos o los vecinos es muy importante. Las madres les enseñan a sus hijos esta tradición, sin embargo, el uso de alimentos procesados y gaseosas en su dieta está incrementándose rápidamente.

Dos terceras partes de las familias con menores de 5 años entrevistadas tienen algún tipo de animal con quien conviven en la casa. Son principalmente el perro y las gallinas estas especies, pero como son más casas-finca por su naturaleza rural, tratan de tener gatos, pollos, cerdos, vacas en sus propiedades, no solo como compañía sino como fuentes de alimentación. Una tercera parte de estas familias, niegan tener algún tipo de animal en su hogar, pero estas son las que se sitúan en la parte urbana del resguardo.

6.3.3 Concepciones y valores personales

A los niños y niñas menores de 5 años, en el 100% de estas familias entrevistadas, no se les permite que sean desobedientes o que irrespeten las reglas. Se nota un predominio de la madre como la persona en la familia quien pone las reglas en la casa. Sin embargo, en unas

familias se notó como había comunicación y se compartía esta responsabilidad entre padre y madre. Hay actividades como el no poder arrimarse al fogón, no tocar cosas ardientes, no ser groseros con sus mayores, respetar a las otras personas diferentes a las de la misma familia, mantener el orden, que se les enseña directamente dentro del hogar. El principal castigo que utilizan en estos grupos son el retirarles a los menores lo que más les gusta, y se les deja jugar y divertirse, si se portan bien. Sin embargo, el no poder salir de la casa, o castigos físicos como pegarles en las manos también se utilizan, pero con una menor frecuencia.

Con respecto a los principios de vida, a los menores los padres responden que se les enseña el valor de ser indígena, a valorar a la familia y su resguardo. Se les enseña a trabajar la tierra y a hacer manualidades propias de su cultura. Creen que si se les enseña a conocerse como indígena, esto les ayuda para aclarar su identidad y a reconocer que lo principal es donde están sus raíces indígenas. Consideran que no se pueden dejar perder las tradiciones y por eso hay que trasladárselas a los menores. Se les enseña a los menores como hablar utilizando las señales, como los ancestros lo hacían antes, porque creen que les sirven de muchas formas en su vida. Fue importante identificar que, en una minoría de los entrevistados, ellos aceptan que los valores indígenas ya son pocos, y que han tomado la decisión de no enseñárselos a sus hijos.

6.3.4 Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud

Para cuidar la salud de sus hijos, las madres entrevistadas dicen que principalmente les da lactancia, buena alimentación cuando son mayores, buena higiene, vacunación y control médico en los programas de crecimiento y desarrollo de la medicina occidental. No los dejan “ventear” y están pendientes de enfermedades propias como “el mal del ojo”. Consideran que los cuidados de salud de sus hijos comienzan desde el embarazo, y sus cuidados propios durante este periodo

es importante inscribiéndose en los programas de control prenatal. Es importante el número de partos de estas madres atendidos por parteras, sin embargo, reconocen que, al identificar un parto complicado, siempre buscan que lo atiendan en el hospital. La tradición de atención con parteras, la explican algunas de las entrevistadas no solo por tradición, sino que este acto incluye un proceso simbólico de su cosmovisión indígena, el cual es enterrar la placenta al final del parto para que permanezca la relación del nuevo ser, como la tierra y la naturaleza.

Todos le tienen mucha fe a su tradición y reconocen sus “enfermedades propias” o “enfermedades afueranas”, para las cuales buscan el apoyo de los Médicos tradicionales o Jaibanás, quienes aplican sus principios espirituales y de medicina tradicional para curar las enfermedades. El concepto de la interculturalidad se refleja mucho en el manejo de las enfermedades, ya que aceptan patologías reconocidas por las dos culturas, indígenas y occidental, y aplican a veces en diferentes tiempos y a veces simultáneamente, los tratamientos que los médicos occidentales y jaibanás deciden aplicar a sus hijos y a ellos mismos. La mayoría lleva a sus hijos a los programas de Crecimiento y desarrollo, logrando mantenerlos con la vacunación al día. Sin embargo, hubo una respuesta que manifiesta considerar a las vacunas como ‘un negocio sucio, que busca el exterminio para matar a la gente, y que tienen cianuro’. A la mayoría de los menores, si se les enseña a respetar su cuerpo y a cuidarlo. Les enseñan a identificar sus partes íntimas, cuidarlas y se les enseña prevenir el abuso por parte de personas mayores. Les dicen que si hay algo que alguien mayor haga y no les gusta, lo reporten sin miedo a sus padres.

6.3.5 Itinerario ecológico

De acuerdo a las madres entrevistadas, los padres les enseñan a cuidar el medio ambiente y toda la naturaleza. Se le inculca a no contaminar el agua, a no contaminar el aire y a querer a los animales. Con respecto a las basuras se le enseña a no botar la basura en zonas no apropiadas como en las cañadas de los ríos, los caminos y en cualquier lugar que no sea un basurero. Para ellos, el reciclar todo tipo de basuras es muy importante y se les debe pasar este principio a los niños. Reciclar bolsas, todo tipo de plástico, vidrios y latas aluminio son formas de manejo de la basura que los niños deben saber. En general, si hay respeto a la naturaleza y a los principios de la existencia de la tierra, como ellos mismos lo manifiestan, todo lo que vaya en contra de esto se debe de evitar. Por esto el cuidado de todo elemento de la naturaleza como el agua, animales y plantas son parte de este respeto, así como la disminución de los elementos que afectan esta parte de la madre tierra, que se resume en lo que es la basura. Están de acuerdo en ayudar en esto, sabiendo manejarla. En la Red Semántica (Figura 28) se resume la organización y los conceptos de este resguardo.

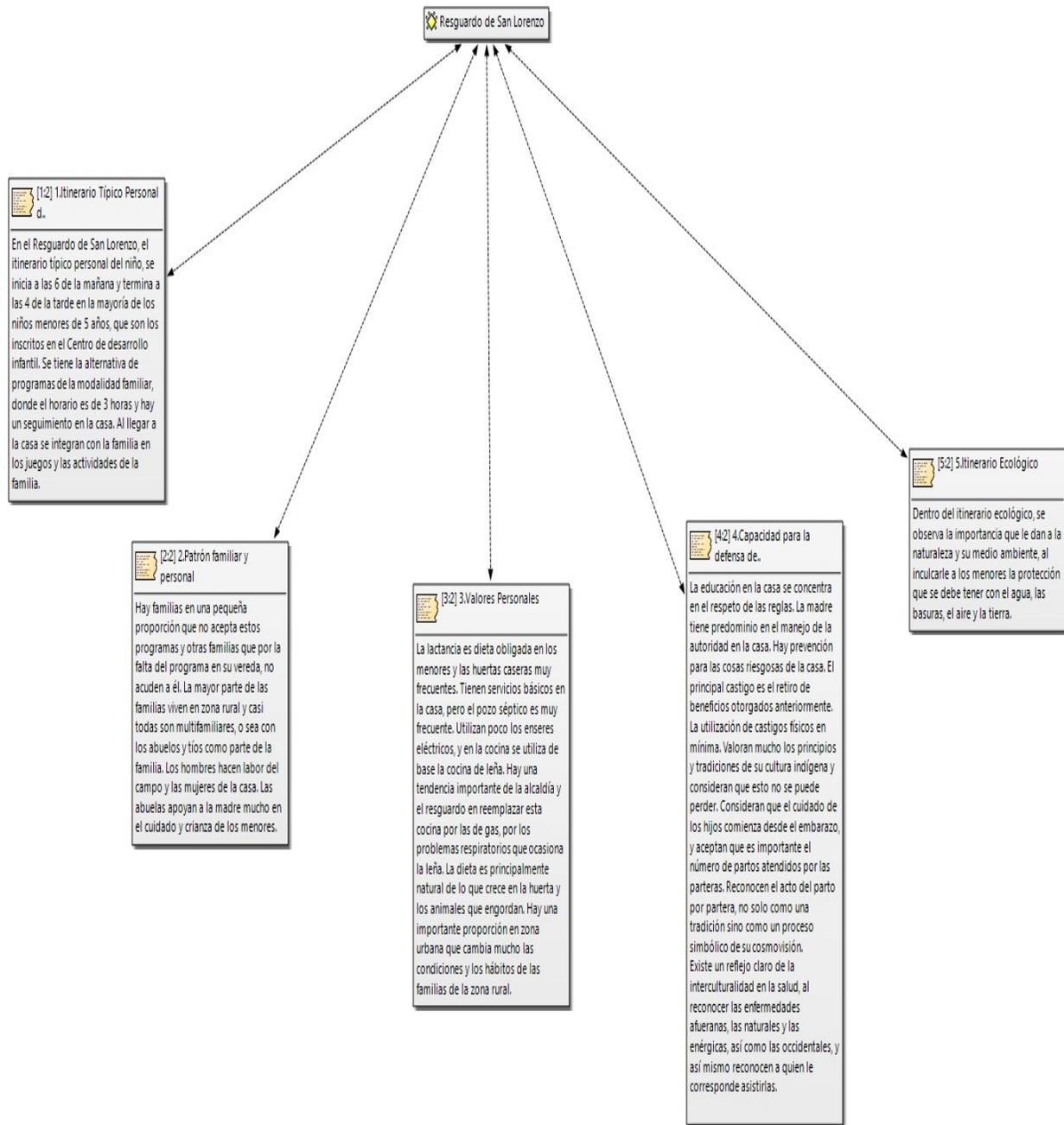


Figura 28. Red Semántica de Dimensión Singular Resguardo San Lorenzo.

Fuente: Creación propia.

6.4 Resguardo de Escopetera-Pirza

6.4.1 Itinerario típico personal del niño

En el Resguardo Escopetera Pirza, la mayoría de los menores de 5 años se levantan entre las 6 a 7 de la mañana. Hay pocos que madrugan con sus padres a las 5:30 y varios que se levantan un poco tarde, a las 9 de la mañana. Estos últimos son los que no están inscritos a ningún programa. No todos están inscritos al CDI (Centro de Desarrollo Infantil) o el programa de modalidad familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Los que están en programas están en periodos de 3 horas diarios en estos, pero los inscritos en CDI están desde las 8 hasta la una y media de la tarde. Las madres que tienen sus hijos inscritos en estas instituciones refieren que sus hijos les gustan estar en estos programas porque les gusta a los niños las actividades, los juegos y su relación con otros niños de la misma edad. La gran mayoría ve televisión acompañados de sus padres o adultos. En la tarde al llegar a la casa, los niños se ponen a jugar, salen a pasear con la familia dentro de su comunidad, dialogan con el menor y hacen actividades para estimularlo. Dentro de estas actividades están el jugar balón y colorear. A los que están cerca de los 5 años, les enseñan disciplina con sus juguetes y a hacer mandados y oficios caseros simples.

6.4.2 Patrón familiar y personal de consumo

Todas las familias de los menores estudiados en este resguardo viven en zonas rurales. Son de una familia nuclear principalmente, pero son familias extensas porque viven en compañía de abuelos y tíos. Siempre cocina la madre, o en ocasiones la abuela, así como quienes los cuidan son ellas mismas. En pocas ocasiones refieren que cuando se ausenta la mamá o la

abuela, recurren a los tíos o a una vecina para cuidar el menor. Pocos afirman llevarse a los niños a hacer vueltas. La lactancia es un medio de alimentación que las madres indígenas valoran mucho, al ver que en este resguardo todas manifestaron usarla al criar sus hijos. La gran mayoría de los menores cuentan con una cama independiente, pero no de cuarto independiente. Un número muy importante duerme junto a la madre o con la abuela; el número con cuarto independiente es mínimo.

Dos terceras partes de las casas donde viven estos menores cuentan con acueducto, pero un tercio de estas familias no cuentan con agua potable en sus casas. Todas las familias cuentan con un terreno donde tienen una huerta casera y cultivan muchos de sus alimentos, como café, plátano, naranja, limón y hortalizas. Los productos procesados o embolsados si hacen parte de su dieta, pero en una pequeña proporción, y los denominan como el mecato. Pocas de estas familias no tienen animales que convivan con ellos, la mayoría si los tienen y son principalmente los perros y las gallinas y en menor cantidad los gatos. Sin embargo, se nota que la cría de animales de producción como los cerdos, vacas, gallinas a gran escala, no se observa en estas familias.

6.4.3 Concepciones y valores personales

Los padres dicen permitirles a sus hijos menores de 5 años, jugar, hacer actividades cotidianas y salir siempre acompañado de mayores. No se les permite jugar con fuego, con elementos filudos, salir solo, ser grosero, ni hablar con extraños. Las normas disciplinarias de la casa generalmente las pone la madre o ambos padres, pero en algunos de los hogares le dejan esa responsabilidad a la abuela. Lo sancionan regañándolo, disminuyéndole privilegios, no dándole dinero y citan que en ocasiones utilizan castigos físicos como las palmadas o pocos utilizan “la chancla”. Curiosamente, también utilizan la amenaza con “pegarle con una ramita” pero al parecer

nunca le pegan. Como padres, las madres entrevistadas consideran que deben aprender más sobre las pautas de crianza. Así mismo creen que deben ser más tolerantes y comprensivos con los niños, pero sin dejar de estimular su desarrollo. En el hogar, a los niños se les enseña el valor de ser indígenas y el valor de sus ancestros y familia. Los padres creen que deben conocer su identidad natural y deben de reconocer sus costumbres indígenas. El hecho de vivir en un resguardo indígena, y todo lo que esto implica culturalmente es la razón más importante que proponen para continuar esta tradición. Un solo entrevistado manifestó no aplicar estas enseñanzas.

6.4.4 Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud

Todas las madres entrevistadas aceptan que la lactancia es la principal fuente de alimentación de sus recién nacidos, los primeros 6 meses. En este resguardo unas de las madres indicaron haber tenido el parto con partera, al resto su parto fue atendido intrahospitalariamente, se nota que la tradición de partera se ha transformado a un acompañamiento durante el embarazo y el momento del parto, que en su mayoría son intrahospitalarios. Practican mucho el aseo personal de los niños y les brindan afecto, y la gran mayoría acude tanto al médico occidental, como al médico tradicional al enfermarse el menor, pocas madres no acuden al médico tradicional en estos eventos. La mayor parte de los menores son llevados a los programas de crecimiento y desarrolla y mantienen la vacunación al día. Se les enseña prácticas de autocuidado, se les inculca el valor y respeto por su propio cuerpo y cuidarse de manoseo y confianza de personas extrañas.

6.4.5 Itinerario ecológico

También todas refieren enseñarles a sus hijos el valor por la naturaleza, las plantas y los animales, cómo cuidar el medio ambiente y la tierra, sembrar, la reforestación, el cuidado del agua y los otros recursos de la tierra así también el manejo de basuras sobre su disposición final y reciclaje sin contaminar las fuentes de agua. En la Red Semántica (Figura 29) se resume la organización y los conceptos de este resguardo.

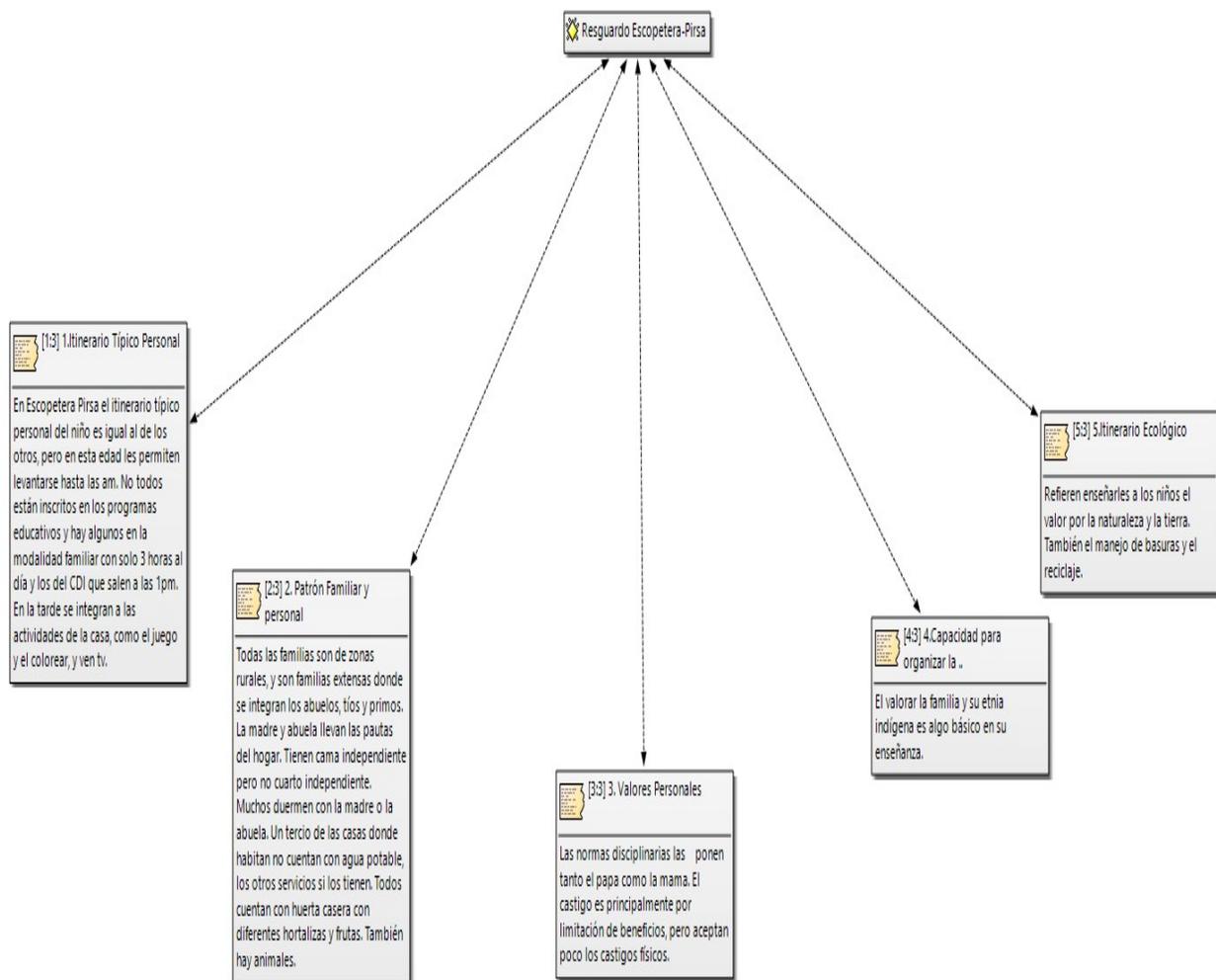


Figura 29. Red Semántica de Dimensión Singular Resguardo Escopetera-Pirza.

Fuente: Creación propia.

6.5 Resguardo de La Montaña

6.5.1 Itinerario típico personal del niño

Se reporta que la mayoría de los menores de 5 años, se levantan entre las 5 a las 7:30 de la mañana. Principalmente es entre las 6 a 7 de la mañana. Los niños de menor edad, están inscritos en la modalidad familiar rural, en donde están al menos 3 horas dentro del programa. El resto está desde temprano en la mañana hasta las 4pm, inscrito en el CDI. Tanto a los niños, como a los padres les agradan las actividades que se realizan en estos programas. Muchos de los niños, al llegar a la casa, ven la televisión acompañados de su madre. Hay pocos que nunca observan la televisión. En la tarde al llegar de los programas educativos, los niños juegan entre ellos, juegan con los padres y hacen tareas con los padres. También les enseñan a hacer los oficios domésticos y salen a pasear por la comunidad. Esto lo manifiestan todos los hogares.

6.5.2 Patrón familiar y personal de consumo

Del grupo entrevistados, la mitad de los evaluados citan vivir en zona urbana y la otra mitad en zona rural. Hay familias nucleares y familias extensas. Estas últimas familias incluyen abuelos, abuelas y tías. No hay relación directa entre la familia nuclear y la zona rural o urbana en donde viven. Se acentúan más el número de familias extensas. La cocina casi siempre la asumen las madres, y en las familias extensas, entran las abuelas. Al salir la madre, las abuelas también asumen el cuidado de los niños, pero en familias nucleares los hijos mayores y los papás asumen el cuidado. La lactancia es un alimento prioritario para los niños desde su nacimiento en las madres de este resguardo. Lo utilizan hasta los dos años de edad en promedio.

La mitad de los menores evaluados, duermen en cama aparte de sus padres o abuelas, y una tercera parte tiene cuarto separado. Dos terceras partes no tienen cuarto separado y duermen en el mismo cuarto de sus padres o con sus abuelos. La mayoría de las casas en donde viven estas familias, cuentan con acueducto con agua potable, sin embargo, hay un número a destacar que no cuenta con agua potable. Muchas de las casas no cuentan con terreno, principalmente los de la zona urbana, al contrario de los de la zona rural los cuentan con terreno y huertas caseras, donde cultivan alimentos para su propia dieta. En general el promedio de consumo de productos procesados o embolsados es escaso dentro de estas familias. Una tercera parte de los hogares no refieren tener animales en la casa. Estos son hogares principalmente de la zona urbana. En la zona rural, prácticamente el 100% cuenta con perros, gatos y gallinas en su espacio de la casa.

6.5.3 Concepciones y valores personales

Los padres les permiten jugar, montar en triciclo, ver televisión, pintar, escribir y visitar a los vecinos y familiares. También se les permite colaborar en los oficios de la casa y salir siempre acompañados. No se les permite jugar con objetos peligrosos, jugar en la cocina, con fuego, estar solos en la calle, hacer desorden, ver televisión hasta muy tarde, subir a zonas altas, ni jugar con animales desconocidos. En la mayor parte de los hogares, las reglas las ponen la madre y la abuela, aunque en una buena proporción en conjunto ambos padres son los que ponen las reglas disciplinarias. Se castigan principalmente quitándoles los beneficios que tienen, como ver la televisión y no poder jugar hasta tarde. Muy pocos refieren castigos físicos.

Aunque se nota una importante proporción de madres quienes consideran que no deben mejorar su forma de educar a sus menores, porque consideran que lo están haciendo bien, la mayoría si está dispuesta a mejorar las reglas, ser más flexibles con ellas, y tener más paciencia y

tolerancia con sus hijos. A los niños en este resguardo se les han enseñado los valores, la cultura y a identidad. Los padres les hablan al respecto de estos temas y los ancestros de la familia. Dicen que lo hacen porque son indígenas. Algunos quienes son indígenas no les ha enseñado nada, pero si lo quieren hacer y otros dicen que no les enseñan porque no se consideran indígenas.

6.5.4 Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud

En este resguardo, como en los otros, la lactancia es la principal fuente de alimentación de los recién nacidos y por todo su primer año de edad. La mayor proporción de madres refieren haber sido asistidas en su parto en el hospital y solo una refirió haber tenido su hijo con partera. Todas las madres refieren que al enfermarse los menores acuden al médico occidental y también al médico tradicional, por sus enfermedades propias (cuajo, ojo, entre otras). Para cuidar los niños, aplican normas de sanidad en general y periódicamente. Dicen que, para ellas, la higiene en el ambiente es muy importante para la salud de sus hijos. Si tienen al día la aplicación de todas las vacunas para sus hijos y los tienen inscritos en los programas de crecimiento y desarrollo de la medicina occidental, con satisfacción porque las tienen actualizadas en cuanto a salud. La mayoría de las entrevistadas, dicen enseñarles a sus hijos hábitos y prácticas de autocuidado. Se les enseña acerca de su cuerpo y el respeto y cuidado que deben tener con él. Un buen número de madres incluyen los temas de la prevención de abusos sexuales en sus charlas con sus menores, además del aseo.

6.5.5 Itinerario ecológico

En cuanto a la ecología, en este resguardo las madres les inculcan a los menores, el cuidado por el medio ambiente, que incluye el cuidado con la tierra, las plantas, el agua y los

animales. Los indígenas toman la naturaleza como un todo, siendo ellos mismos parte de ella, recordando la cosmovisión propia de los Embera Chamí. También les enseñan a ser organizados, a recoger sus juguetes y tener su espacio limpio. Lo mismo con las basuras, les dicen que deben recoger la basura y no botarla por cualquier parte, para que de esto se pueda disponer. Se ve que relacionan la basura con preservación de su zona de la naturaleza. En la Red Semántica (Figura 30) se resume la organización y los conceptos de este resguardo.

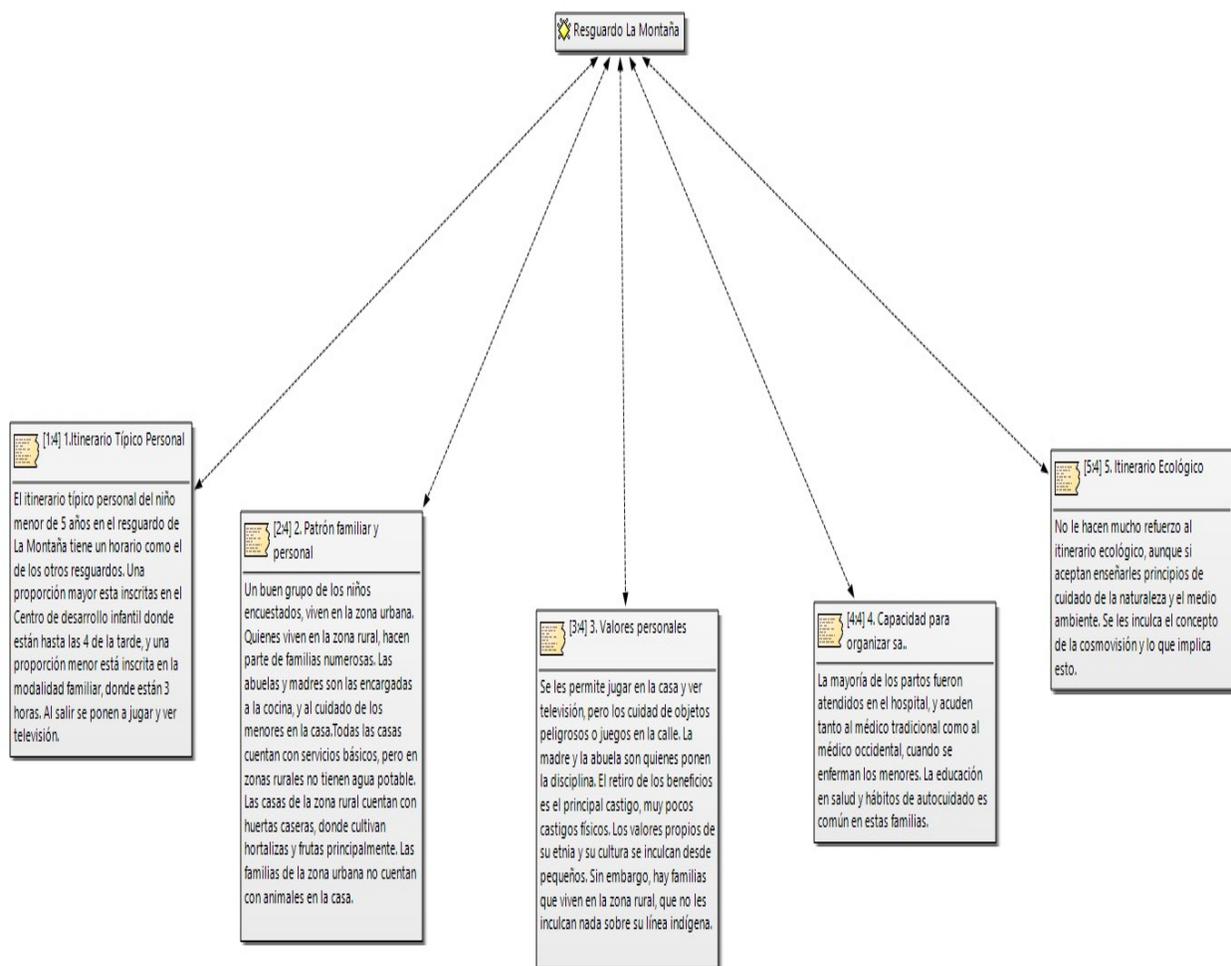


Figura 30. Red Semántica de Dimensión Singular Resguardo La Montaña.

Fuente: Creación propia.

6.6 Consideraciones Finales

El itinerario típico personal del niño se acomoda en cada resguardo si existe o no existen Centros de desarrollo infantil y su horario escolar. Todos los resguardos cuentan con este programa y esto implica un horario de estudio desde las 6 de la mañana, hasta las 3 o 4 de la tarde. La mayor parte de los niños entre 2 a 5 años están inscritos en ellos. La otra alternativa, son la modalidad familiar que ofrecen a las familias indígenas, que son 3 horas diarias de actividades educativas. Se observa que algunas familias en el Resguardo de San Lorenzo, no creen en estos programas educativos y prefieren no llevar a sus hijos a estas instituciones; otras familias en los resguardos de Escopetera Pirza y La Montaña no llevan a sus hijos a los programas por no contar con ese programa en un lugar cercano a donde viven. Todos los menores al salir del centro educativo acuden a sus casas en donde se integran a las actividades familiares, incluyendo juegos y ayudar en labores de la casa. Esta última la aceptan los padres como una forma de crianza y no como una forma de explotación a menores.

Las familias de los resguardos San Lorenzo y Escopetera Pirza son primordialmente rurales y su estilo de vida se adapta a esta ubicación. Cañamomo y Lomaprieta tiene una pequeña proporción de familias en zona urbana, pero La Montaña es el resguardo que más familias se ubican en zona urbana y también son los más distantes en la zona rural. La zona urbana naturaliza los procesos de interculturalidad para estos pobladores que por un lado son beneficiosos y por el otro lado pueden ser limitantes.

Una familia en una zona urbana es nuclear y solo viven los padres y los hijos; una familia en zona rural es más extensa e incluye casi siempre además de los miembros de la familia nuclear, a los abuelos, tíos y primos, lo cual hacen una familia amplia. Las casas de las familias

urbanas implican facilidad para los servicios públicos básicos y espacio limitado. Por el contrario, la casa de familias rurales implica unos servicios públicos básicos incompletos, con baños hacia el exterior de la casa con el sistema de pozos sépticos. En el resguardo de Escopetera Pirza se identifica que un tercio de las familias no cuentan con agua potable, y en el resguardo de San Lorenzo, la utilización de estufas u hornos de leña por la falta de electricidad o gas, reflejan esa falta de servicios básicos. La casa de las familias en zonas rurales implica un espacio para la casa y es más amplio al que ellos llaman parcela y que les permite tener una huerta casera para la siembra de hortalizas y frutas que le aporta a su dieta casera. Así mismo estas familias por el espacio de la casa, crían animales como la gallina y el cerdo, que también luego hacen parte de la dieta casera. La tenencia de mascotas en las casas, como el perro o el gato son muy comunes en ambos tipos de casas rurales o urbanas y esto lo determina más el gusto de la familia, así prácticamente en un 100% de las casas rurales tienen un perro.

Se observó que en el Resguardo Cañamomo-Lomaprieta el cultivo de la caña de azúcar y otros de pan coger son más comunes que en los otros resguardos, teniendo inclusive formas de procesar los cultivos, como el trapiche para la producción de panela y sus derivados con espacios para la comercialización de estos productos. La dieta de los niños, principalmente se base en los cultivos de la huerta, los animales de cría y los productos naturales que los padres compran. La tendencia a comprar alimentos procesados o embolsados es baja en la zona rural, pero en resguardos como Cañamomo Lomaprieta, va aumentando por su población urbana. La lactancia a sus hijos, en todos los resguardos es muy valorada y siempre es el principal recurso de alimentación en el primer año de nacidos.

Las pautas de crianza a los menores las aplican las madres y las abuelas. Este matriarcado representa el tiempo con que están las madres con sus hijos y el tiempo que los padres pueden estar en el hogar, ya que principalmente están trabajando en sus huertas, otras tierras u otros lugares buscando el sustento. Esto es uniforme en todos los resguardos. El castigo a los menores indígenas es principalmente aplicado por limitación de beneficios ganados, sin embargo, aún utilizan actos físicos en una muy baja frecuencia, que implica el correazo, chancletazo, y palmadas. Las concepciones y valores personales a los menores son inculcadas tanto por el padre como la madre, y aun las abuelas en todos los resguardos. La gran mayoría inculca el respeto y cariño por su etnia, sus tradiciones y el respeto a los mayores. Solo se observó que las familias que son del Resguardo La Montaña y que viven en zona urbana, manifestaron no inculcarles a sus hijos sobre su línea indígena de origen. No existe esto en la zona urbana del Resguardo Cañamomo Lomaprieta donde se preservan estas tradiciones. Esto puede ser por la interculturalidad que se ha convertido en transculturalidad con el mestizaje marcado.

Por otro lado, se debe reconocer que los resguardos indígenas en Riosucio y toda Colombia, se aplican por territorialidad y no específicamente la raza o cultura de quien vive en ese territorio, que es de una etnia. Esto quiere decir que una persona puede ser parte de un resguardo y gozar con todos los beneficios de un indígena y de la etnia que abarca el resguardo, por vivir en el terreno determinado como resguardo sin ser étnicamente, culturalmente, ni históricamente parte de ese resguardo. Por ello podemos identificar esta clase de respuestas de familias desinteresadas en enseñarles a sus hijos las tradiciones indígenas. Dentro de la capacidad para organizar acciones para la defensa de la salud, se observa las dos líneas de salud en todos los resguardos, la medicina tradicional y la medicina occidental. Dentro de la medicina tradicional se observa el concepto de los tratamientos con plantas naturales y el concepto de

tratamiento desde el concepto de la cosmovisión, espiritual y manejo de energías. En todos los resguardos creen y aceptan estas formas de ver la salud, y siempre acuden a la medicina occidental y a su medicina tradicional de acuerdo a lo que creen que tenga el niño. Recurren al médico tradicional, quien maneja los tratamientos naturales y al Jaibana, quien maneja las energías del cuerpo y su entorno. Cañamomo Lomaprieta y San Lorenzo tiene más tendencia a lo propio, como así lo llaman ellos.

La partera, personaje tradicional importante en la cultura indígena embera chamí, también aún se preserva. Los resguardos de San Lorenzo y Escopetera Pirza, son los resguardos que más valoran y utilizan a las Parteras en el momento del parto. El resguardo de San Lorenzo inculca desde el embarazo, la creencia de que la salud comienza desde entonces y debe continuar sus propios principios con la atención de parto por partera, con un evento que implica abrir la relación de la madre tierra del nuevo ser, al enterrar la placenta, como parte del evento del parto. Finalmente, aunque todos los resguardos manifiestan por las entrevistadas, un itinerario ecológico para los menores de 5 años, en donde se les inculca el respeto y relación con el agua, la tierra, el aire y los animales, buscando preservarlos, la práctica de las familias indígenas es otra.

Dicen manejar las basuras y aplicar el reciclaje, pero la acumulación de basuras en ciertas zonas es importante, principalmente debido a la falta de un servicio de recolección real y educación de manejo de los desechos.

En resumen, se observan en la población indígena de los Embera Chamí de Riosucio, y específicamente en los menores de 5 años, un estilo de vida claro y propio de su cultura. Varía de acuerdo a la zona en donde habitan, ya sea rural o urbana, pero es de destacar que el 70% de la

población indígena de Riosucio, es rural. Esta ubicación determina el patrón familiar y personal de consumo, la capacidad para organizar acciones en defensa de la salud y el itinerario ecológico.

No así determina el itinerario típico personal del niño y las concepciones y valores personales. Sin embargo, en estas dos últimas áreas, el hecho de vivir en zona urbana influencia algo sus principios. Se observa una interculturalización en todos los resguardos, viendo que se preservan más las tradiciones en los resguardos de San Lorenzo y Escopetera Pirza dentro de la familia. El resguardo de Cañamomo Lomapieta tiene ya una política de preservar su tradición y comienza a aplicarla.

La cosmovisión propia de los Embera Chamí, implica la determinación de un estilo de vida como el tener animales, la huerta casera, los servicios, la educación, la preservación de las tradiciones, la creencia en un tipo de medicina y aun su relación con el medio ambiente que llegan a determinar un estilo de vida, como se plasma en este capítulo. Mejorar ciertas condiciones de vida, facilitar ciertos servicios, promover la educación propia, apoyar las líneas de atención en salud tanto occidentales como la de la medicina tradicional y del Jaibaná, preservarían una cultura tradicional lo que conllevaría unos beneficios para todos los pobladores, en especial a los menores de 5 años. Se debe tratar de mantener la equidad en la interculturalidad actual de cada resguardo, para no pasar a procesos de transculturalidad, que conlleven la pérdida de su identidad étnica, es un reto que se encuentra y para el cual se deben realizar nuevas acciones, una herramienta podría ser con la aplicación de la epidemiología crítica que sería desarrollar estos procesos sobre todo en un manejo de la determinación social de la salud en indígenas menores de 5 años respetando los parámetros étnicos, políticos o culturales propios lo aseguraría unos mejores indicadores de salud.

Tabla 11.

Matriz de Procesos críticos-dimensión individual-estilos de vida.

Estilos de Vida	Procesos Destructivos	Procesos Constructivos
El itinerario típico personal diario.	<ul style="list-style-type: none"> -Mucho tiempo diario retirado de la familia, desde una pronta edad hacia el Centro de Desarrollo Infantil. -Algunas familias no aceptan estos programas, ni los alternativos. -En algunas veredas no se ofrecen estos programas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Alternativa de programa de solo 3 horas diarias, con tareas en casa. -Integración con hermanos con actividades caseras. -Se cultiva mucha caña de azúcar y hay trapiches para procesarlas.
Patrón personal y de consumo como la alimentación, descanso, vivienda, acceso y calidad de servicios y recreación.	<ul style="list-style-type: none"> -Familias de tipo mediano con espacio limitado en la casa. Casa multifamiliares (incluyen abuelos, tíos y primos) -En un 30% de las casas no hay agua potable. -En la zona urbana no cuentan con huerta casera, ni crían animales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Buenos servicios básicos en general. -Integración dentro de la familia. -División de responsabilidades en la casa entre el padre y la madre. -La lactancia es dieta obligada -Apoyo de la abuela en crianza de los menores. -En zona rural todos cuentan con huerta casera que apoya en la alimentación familiar. -En zona rural crían animales y hay animales domésticos. -Cuentan con pozo séptico.
Las concepciones y valores personales.	<ul style="list-style-type: none"> -Aunque el castigo es principalmente por limitación de beneficios, aún hay castigos físicos. -Utilizan poco los enseres eléctricos y cocinar se basa en fogones de leña, que son perjudiciales para la salud. -Las familias indígenas que viven en la zona urbana, tiene tendencia a cambiar sus hábitos y costumbres culturales. -Se identifican familias de la zona rural, que no les inculcan a sus hijos, la cultura y costumbres indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Los padres cuidan mucho los hijos, pero les permiten socializar con niños de su misma edad. -La educación en la casa se concentra en el respeto de las reglas. -La madre tiene predominio en el manejo de la autoridad en la casa. -Aplican patrones de crianza como el respeto a los mayores, el orden y el cuidado con las cosas peligrosas de la finca. -Los valores propios de su etnia y su cultura, se inculcan desde pequeños. -Existen programas desde la alcaldía para reemplazar los fogones de leña en las casas. -El valor de su cultura indígena lo destacan y le dan la importancia que merece, transmitiendo este principio a sus hijos con un enfoque de respeto especial hacia la tierra y la naturaleza. -La lactancia se observa en la crianza en todos los menores.
La capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> -Prestan tanto la medicina tradicional como la occidental, restándole importancia a su cultura. -Existe un reflejo claro de la interculturalidad en la salud, al reconocer las enfermedades afueranas, las naturales y las enérgicas, así como las occidentales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pocos partos con parteras. -El valor de la familia y su etnia indígena es algo básico en su enseñanza de los menores. -La educación en salud y hábitos de autocuidado es común en estas familias. -Hay prevención para las cosas riesgosas de la casa. -Consideran que el cuidado de los hijos comienza en el embarazo. -Reconocen el acto del parto por partera, no solo como una tradición sino como un proceso simbólico de la cosmovisión, y así mismo reconocen a quien les corresponde asistirlas.
El itinerario ecológico personal.	<ul style="list-style-type: none"> -En veredas los padres se obligan a botar la basura en los caminos y cuencas de los ríos, por la falta del servicio de recolección. 	<ul style="list-style-type: none"> -Si se observa una relación ecológica en su itinerario ecológico, con la enseñanza a los menores de lo que se debe conservar la naturaleza (agua, aire, tierra) y el manejo de las basuras (reciclaje). -Se les inculca el concepto de la cosmovisión y lo que esto implica.

Fuente: Propia

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1 Consideraciones finales

A continuación, se resume el análisis de los hallazgos logrados en la investigación, intentando recopilar los temas de cada dimensión evaluada (General, Particular e individual), los principales puntos de estos temas, orientados hacia los resguardos en general y enfocados hacia la población menor de 5 años. Se destaca la diferencia de los resultados de un análisis desde la epidemiología crítica, comparado con un análisis desde paradigmas positivistas.

La dimensión general, ayuda a visualizar el contexto general de los resguardos indígenas y los niños menores de 5 años de su comunidad, entendiendo sus condiciones desde un perfil histórico, étnico y cultural más amplio

No existe un contexto único en los resguardos indígenas Embera-chamí estudiados. Existen coincidencias en muchas de sus características, pero cada resguardo tiene visiones de la salud y prácticas de vida propias de acuerdo a la evolución histórica que han tenido y al proceso de interculturización que se ha presentado desde la conquista de los españoles hasta el momento actual.

Se identificó que las diferencias entre resguardos, radican en el proceso de traslado de las culturas indígenas a nuevos territorios, de la interculturalidad entre etnias indígenas y de la interculturalidad de diferentes grupos étnicos como los descendientes de los europeos, así como los afro descendientes. Cada grupo étnico conserva su propia cultura y todo lo que esto implica y al compartir un territorio como el de los resguardos de Riosucio, se presentan los fenómenos de interculturalización, multiculturalización, pluriculturalización y transculturización.

Se identifica no solo el fenómeno de la interculturalización, sino el de la transculturización en algunos de los resguardos indígenas de Riosucio que se manifiesta en la pérdida del lenguaje, de la vestimenta, y la incursión de conceptos ajenos a su propia cultura, impuestos por el mismo Estado y entidades del estado, como son las políticas públicas y el sistema de salud. Sin embargo, los resguardos conservan algunas de las tradiciones ancestrales, principalmente en lo que se refiere a la medicina tradicional, los cabildos y justicia propia de sus culturas.

Aunque en la dimensión general se respetan los derechos indígenas reconocidos por el Estado basados en leyes estatales, a nivel particular se nota dificultad en la práctica de los derechos propios indígenas como son la autonomía para decidir sobre su territorio, el derecho a regir éste y a manejar las políticas propias. Se realizan planes originados de políticas nacionales, pasando por políticas del departamento y siendo aplicadas por los entes municipales y no al contrario, que nazcan de los comuneros de los resguardos y sus sistemas de gobernanza. En los últimos años al elegir alcaldes de origen indígena se ha tratado de incidir en este aspecto, sin embargo, las políticas públicas siguen siendo ordenadas y controladas desde el nivel nacional y con parámetros únicamente occidentales.

Las organizaciones unificadas como ASOMETROC, que reúne médicos tradicionales y parteras, son una manera propia de conservar además de la filosofía de la cultura indígena los usos y costumbres por lo que son los mejores gestores para el mantenimiento de estos saberes ancestrales.

En lo particular o grupal en todos los resguardos se identifica y reconoce un modo de vida influenciado de forma similar por el patrón laboral, el consumismo y la forma de interpretar la naturaleza y sociedad. Conservan su cosmovisión y cosmogonía y cada resguardo tiene una interpretación propia que se identificó al aplicar las 4S en los modos de vida.

En la dimensión individual enfocado hacia los niños menores de 5 años, el itinerario típico del niño, el patrón personal de la vida diaria de ellos, las concepciones y valores personales y la capacidad de defensa de la salud, se enfocan hacia dos frentes. El primer frente es el aportado por los padres del niño, que nace de las tradiciones ancestrales parcializadas, pero apoyados por los principios de su cultura y los protagonistas generales de los resguardos, como lo son el cabildo y la medicina tradicional.

El segundo frente es aportado por los beneficios que les otorga el Estado, como son los servicios públicos, la escuela, los programas de salud y alimentación, y los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). La mayoría de las madres entrevistadas manifiestan que, a pesar de ser un gran apoyo para el manejo de sus niños, la forma de educación en los centros de la ICBF es diferente a los de su cultura, y les enseñan “cosas diferentes”, que se reflejan en la falta de seguimiento de los niños de todo lo que se refiere su propia cultura, el respeto a sus mayores y una visión futura hacia el concepto de trabajo y participación, dentro del espacio colectivo de su propia etnia. Esto último se considera una transculturización.

Existe una subsunción clara, de las políticas occidentales con respecto a las políticas propias indígenas, a pesar de la conservación de muchos parámetros de la cultura indígena. Sin embargo, se ve como la generalización que debe ir hacia la individualidad, desde el punto de vista propio indígena, no existe; tampoco existe la vía contraria de lo individual hacia lo general, hasta ahora se está comenzando a desarrollar, el SISPI en su mejor manifestación.

La base de la dimensión singular en los niños indígenas menores de 5 años es el genotipo y fenotipo propio de la etnia Embera-chamí y los mestizajes. Sin embargo, la determinación especial

de costumbres, de servicios y los culturales, resultan en un estado individual y también colectivo, influenciado por múltiples determinadores sociales propios del espacio y tradición histórica.

Se observa la necesidad de una conceptualización más amplia y abierta que pueda permitir estudiar y analizar la situación actual en la salud y otras áreas, en los Resguardos indígenas en Colombia. Esta entidad debe nacer de la población indígena y sus comuneros, y contar con el apoyo del gobierno, pero con una autonomía para el estudio, el análisis del material de estudio que se crea en estas poblaciones. Este material de investigación debe ser de una visión multidisciplinaria, pero con un enfoque común a lo que son las poblaciones indígenas, su condición y buscando un mejoramiento de sus comunidades. Esta investigación propone, que a raíz de lo observado en este estudio, un Observatorio indígena nacional, sería el mejor instrumento para desarrollar y lograr resultados de iniciativa propia de los pueblos indígenas y hacia los pueblos indígenas, con la participación de su comunidad, sus líderes políticos y los profesionales en las diferentes áreas para lograr desarrollar unas políticas particulares para sus propios resguardos, basada en la evidencia real que se logre en los estudios, y no en políticas centralistas, que no son representativas de la realidad de estas micro culturas.

7.2 Recomendaciones

Iniciar una unificación de los criterios de manejo de la salud, respetando los conceptos de la medicina occidental, así como los de la medicina tradicional.

Gestionar el proceso de la aplicación del SISPI con participación comunitaria.

Trabajar para lo anterior, entre las instituciones responsables de salud y de lo social, integrando la Alcaldía, el Hospital de Riosucio, los Resguardos Indígenas, Asometroc, ICBF y la Secretaría de Educación.

Enfocar el proyecto desde lo individual hacia lo general y viceversa, con una visión amplia histórica, política, económica, social y cultural, particularizando la situación de cada resguardo, y enfocándose inicialmente hacia los programas en menores de 5 años.

Crear conjuntamente entre las entidades citadas, invitando a la gobernación, la nación, el Consejo Regional de Indígenas de Caldas (Cridec) y la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), un Observatorio Indígena de los Embera, con sede en Riosucio, y con liderazgo indígena, para ayudar a desarrollar desde el punto de vista social, los parámetros de vida de esta etnia, a nivel nacional.

Proponer para una futura investigación, la evaluación de la incidencia de una medicina u otra sobre la supervivencia de la población indígena, basados en los resultados de interculturalización y transculturalización identificados en este estudio.

Continuar investigaciones en los resguardos indígenas en diferentes aspectos políticos, sociales, económicos y culturales, para ampliar la información que sería la base del Observatorio para sugerir cambios positivos para la comunidad Embera.

Gestionar proyectos de producción agrícolas sanos y nutritivos para el ser humano, promoviendo la facilidad de distribución y consumo de estos productos, dentro de la comunidad indígena.

Llevar el concepto de Epidemiología crítica para su difusión a través de los líderes indígenas, alcaldes y gobernadores, haciéndoles ver el beneficio hacia la comunidad de su utilización en los planes y proyectos de sus políticas comunitarias, en todos los niveles de resguardo, municipio y departamento.

Bibliografía

- Alarcón, A. M., Vidal, A. y Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*; 131(9), 1061-1065.
- Alcaldía de Riosucio. (Febrero 1, 2014). Alcaldía de Riosucio de Caldas. Recuperado de http://www.riosucio-caldas.gov.co/informacion_general.shtml
- Álvarez, B. y Danvid, N. (2014). Presentación “Catedra abierta en seguridad social y salud; De la salud indígena”. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Breilh, J., La salud-enfermedad como hecho social. En: Deterioro de la vida en Ecuador. Quito: CEAS; 1989.
- Breilh, J., (2003). Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J., (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Rev Medicina Colectiva*; 6(1) :83-101
- Canon, R., (2008). The Social Determinants of Health SACOSS, Information Paper December 2008. *Policy & Research Analyst*. South Australian Council of Social Service.
- Cardona Arias J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Rev. salud pública*. 14 (4): 630-643
- Chaney, D. (1996). Estilos de Vida. Madrid: Talasa
- Clifford, J. (1995) [1983] Sobre la autoridad etnográfica, 39-77. En Dilemas de la cultura, Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna, Barcelona: Gedisa.
- Colprensa. (2013). Carnaval del diablo de Riosucio, una fiesta llena de historia. *El País*, 10.

- Cortes Muñoz, O. (2013) Interpretaciones de la migración y el desplazamiento embera, el caso de familias embera katio en Bogotá, (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Crabtree, B. y Miller, W. (1992). *Doing Qualitative Research, Research Methods for Primary Care*, Volume 3, Thousand Oaks, United States: Sage Publications Inc.
- Gofin, J. (2006). Clásicos en Medicina Social Acerca de “Una práctica de medicina social”, escrito por Sidney y Emily Kark. *Revista Medicina Social, Salud para Todos*, 1(2), 25-33.
- Compendio de normatividad de los Resguardos indígenas en Colombia en relación con la información estadística. Septiembre 15 de 2013. Recuperado de <http://190.25.231.237:81/gruposEtnicos/doc/NormatividadResguardosIndigenas.pdf>
- Definiciones de cultura, interculturalidad y multiculturalidad. Marzo 15, 2014. Recuperado de [http://mareikegornemann.wor](http://mareikegornemann.wordpress.com/2013/02/05/definiciones-de-culturainterculturalidad-y-multiculturalidad/)
- dpres.com/2013/02/05/definiciones-de-culturainterculturalidad-y-multiculturalidad/ Descubrimiento de América. Octubre 2 de 2013. Recuperado de http://es.wikipedia.org/wiki/Descubrimiento_de_Am%C3%A9rica
- Evans, D. and Whitehead. (2001). The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Nueva York: Oxford UP, 2001.
- Díaz Piedrahita, (2009). La Real expedición botánica. *Revista Credencial Historia*, 240.
- Dirección Local de Salud. (2011). *Perfil Epidemiológico Riosucio*. Riosucio: Alcaldía Municipal.
- Domínguez Chávez, H. y Carrillo Aguilar, R. A. (2008). *Los indígenas en la nueva sociedad colonial*. Bogotá: Universidad Nacional Autónoma de México.
- El Estado en la Nueva España. Octubre 15 del 2013. Recuperado de http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/itam/estudio/estudio02/sec_25.html

Estrada, John (2012) Panorama de la investigación sobre salud pública en Colombia: primeras aproximaciones. Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 30 Supl. 1, diciembre 2012; 82-85

Etapas de la filosofía en la historia intelectual colombiana. Enero 10 2014. Recuperado de http://biblioteca-virtual-antioquia.udea.edu.co/pdf/8/8_694673843.pdf

Fals Borda, Orlando (2010) Prospecto 1961. Revista Colombiana de Sociología; Vol. 32, núm. 2 (2009): 50.º Aniversario de la Enseñanza de la Sociología en Colombia.; 13-43 22565485 0120-159X

Fernández Christlieb, F. (2004). Antecedentes para el estudio cultural del paisaje Urbano en la Nueva España del Siglo XVI. [geopractico.org] Recuperado de http://www.geotropico.org/2_1_F-Fernandez.pdf

Figueroa-Saavedra, Miguel. (2009). Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. Comunicación y sociedad, (12), 149-175. Recuperado en 08 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000200007&lng=es&tlng=es

Foucault, M. (1979). Vigilar y Castigar, el nacimiento de la prisión. Nueva York: Vintage Books. _____ . (1996). La vida de los hombres infames. La Plata: Ediciones Altamira.

Franco, S. (2009). Determinación bionatural y social de la salud y atención primaria en salud: Reflexiones y sugerencias. Universidad Nacional de Colombia. Sexto Congreso Internacional de Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez Universidad de Antioquia Medellín.

Frenz, P. (s.f). Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Recuperad de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>

Fusco, S., Nolazco Gonzales, P., Orroño, M., Ortega, J., Zabaleta, F., Zuñiga, V.,(2003). Microculturas y transformación de la noción del sujeto. Universidad de Chile.

Gonzales López, F. (2005). Conjuros y Hospitales. Historia Social de la Medicina en Caldas.

Manizales: Gobernación de Caldas. Recuperado de:

<http://www.periodismo.uchile.cl/cursos/psicologia/archivos/03Microculturas.pdf>

González, J., y Hernández, Z. (2003). Paradigmas emergentes y métodos de investigación en el Campo de la Orientación.

Carta sobre el humanismo, p. 25 (Cuadernos Tauros Trad. de R. Gutiérrez Girardot).

Jean-Paul Grémy, Marie-Joelle Le Moan. Analyse de la démarche de construction de typologies dans les sciences sociales. Informatique et Sciences Humaines, 1977, Numéro spécial.

Herrera Ángel, M. (1996). Ordenamiento Espacial de los pueblos de indios: Dominación y resistencia en la sociedad colonial. [icanh.gov.co] Recuperado de http://www.icanh.gov.co/recursos_user/documentos/editores/202/Fronteras_02/Fronteras_02_04_articulo.pdf

Historia del Iusnaturalismo. Octubre 4 de 2013. Recuperado de <http://iusnaturalismo.galeon.com/>

Humé, D. (2012). La imposibilidad de un progreso en los sentimientos morales. *Revista de Filosofía*.

Izquierdo Torres, B., Sekuinduwa A. (2007.) Políticas Públicas en salud para Pueblos indígenas en Colombia con enfoque intercultural (Maestría). Escuela Superior de Administración Pública, Bogotá D.C.

Kant, I. (1996). Crítica de la Razón Pura. Tomo I. México: Colofón. La Medicina en la época Precolombina. Noviembre 5 de 2013. Recuperado de <http://www.encolombia.com/medicina/academedia/academ24360medicinaprecolombina.htm>

La Medicina en la historia; culturas precolombinas. Noviembre 20 de 2103. Recuperado de <http://www.revistacentromedico.org/ediciones/1997/1/?i=art9>

La real Expedición Botánica 1783. Diciembre 20 2013. Recuperado de

http://aplicaciones2.colombiaaprende.edu.co/concursos/expediciones_botanicas/ver_proyecto_de_aula.php?id=839

Lalonde, M. A. (1974). *New perspective on the health of the Canadians*. Ottawa: Minister of supply and services of Canada.

Ley 0160 de 1994. Septiembre 30 de 2013. Recuperado de

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1994/ley_0160_1994_pr002.html

Lip, C. y Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud.

López Piñero, J.M. (1976) *Medicina moderna y sociedad española. Siglos XVI al XIX*. Valencia: Universidad de Valencia.

Mattei, Olga Elena. (2015). *El Encuentro de la Palabra de Riosucio: un legado formidable*. El Mundo, pp.11

Mayorga García, F. (2002). *Derechos Humanos de las Indígenas. Las Instituciones Coloniales Fallaron en su Defensa*. *Revista Credencial Historia*, 156.

McKeown, T. (1972). *An interpretation of the modern rise in population in Europe*. *Population Studies: A Journal of Demography*, 26(3).

Medical Systems. Enero 20 de 2014. Recuperado de

<http://elane.stanford.edu/wilson/html/chap5/chap5-sect5.html>

Miranda, N., Quevedo, E. y Hernández, M. (1993). *Historia Social de la Ciencia en Colombia. Medicina*. Tomo VIII, Bogotá: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias.

Montero Bartolomé, M., (2000). *Estilos y Modos de vida urbanos: Los procesos interculturales en las nuevas construcciones sociales de las identidades*. *Rev Documentación social*, 119.

Morales-Borrero C., Borde E., Eslava-Castañeda J., Concha-Sánchez S, (2013). Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev salud pública*. 15(6):797-808

Municipio de Riosucio. Febrero 15 2014. Recuperado de

<http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/informacion%20de%20riosucio.pdf>

OMS. (2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. OMS. CDSS. Documento de trabajo. [En línea]. 5 de mayo 2005. (Versión preliminar sin editar).] Recuperado de <http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php>

Pellegrini, F. (2011). Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 2:S135-S140*.

Pineda Camargo, R. (2002). Estado y pueblos indígenas en el siglo XX. *Rev. Instituciones y símbolos de Colombia; Credencial Historia, 146*,

Quevedo, E. (1993). *Historia Social de la Ciencia en Colombia-Medicina*. Tomo VII. Bogotá: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la ciencia y la tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias.

Roberts, B., Odong, V. N., Browne, J., Ocaña, K. F., Geissler, W & Sondorp, E. (2009). An exploration of social determinants of health amongst internally displaced persons in northern Uganda. Recuperado de <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-3-10>

Rodríguez, J. M. M.; Soto, E. C. J. (2011). Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. *Ciência & Saúde Coletiva, 16(1)*, pp. 847-854. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/630/63018473016.pdf>

Rojas Ochoa, F. (2009). *Salud Pública, Medicina Social*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba. pp. 5-8.

Sánchez Gutiérrez, E. y Molina Echeverry, H. (2010). *Documentos para la historia del movimiento indígena colombiano contemporáneo*. Bogotá: Ministerio de Cultura.

Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cubana Salud Pública*, 37(2).

Sen A. (2002). *¿Por qué la equidad en salud?* *Rev Panam Salud Publica*, 11(5-6), 302-309.

Recuperado de Available from:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002000500005&lng=en.

Secretaría Local de Salud. (2011). *Boletín Epidemiológico de Riosucio*. Riosucio: Alcaldía Municipal de Riosucio.

Solano, F. & Tzvetan, T. (1987). *Proceso Histórico al Conquistador*. Madrid: Editores Alianza.

Tzvetan, T. (1987). *La Conquista de América. El Problema del Otro*. México D.F.: Siglo XXI Editores.

Valdivia, M. (2009). Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. Recuperado de <http://www.grade.org.pe/download/pubs/externas/MV-Etnicidad%20como%20determinante.pdf>

Vivas, J.R., Comesaña, A., Vivas, L.Y., (2007). Evaluación de las redes semánticas de conceptos académicos en estudiantes universitarios. *Rev Psico-USF*, v. 12, n. 1, p. 111-119, jan./jun.

Whitehead, M., Dahlgren, G., Gilson, L. (2001). *Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective*. ill;.- *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press. pp. 309-322.

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tracking social inequities in health*. World Health Organization.

Wilkinson R. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Londres: Roytledge.

www.ugr.es/~rhuma/sitioarchivos/noticias/Indicadores.pdf

<http://www.bvsde.paho.org/tutorialin/e/lecturas/walsh.pdf>

<http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/introductorios1.htm>

<http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>

http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/material-declase/bloque-ii/2.2_desigualdades_sociales_y_salud.pptx.pdf

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>

http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/01/07/110752

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

https://prezi.com/6ljbc_0hzkpp/ley-691-de-2001/

<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/07/determinantes-sociales-2012.pdf>

https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf

<https://redcolsaludcolectiva.wordpress.com/documento-programatico-de-la-rcsc/> http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/los_determinantes_sociales_alames.pdf

<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/febrero1993/febrero1.htm>

http://www.urosario.edu.co/jurisprudencia/catedra-vivaintercultural/Documentos/ley_160_de_1994.htm

Anexo 1. Entrevista de investigación de determinación social en salud en los indígenas Embera Chamí de Riosucio, Caldas

ACICAL - Dirección Local de Salud Alcaldía de Riosucio

¿En qué Institución Trabaja usted?

Fecha:

1. ¿Cómo ve usted la salud y cómo la trabaja en sus funciones?

2. ¿Cree que la salud ha evolucionado a través del tiempo para bien o ha involucionado?

3. ¿Tiene la salud una incidencia en el aspecto social de la población indígena? ¿Por qué?

4. ¿Tiene la salud una incidencia en el aspecto cultural de la población indígena? ¿Por qué?

5. ¿Son adecuados los programas de salud para los menores de 5 años y mayores de 60 años? ¿Por qué?

6. ¿Existen otras formas de mejorar la salud en estos grupos vulnerables? ¿Cuáles?

Anexo 2. Investigación determinación social en salud de los menores de 5 años de los resguardos Indígenas de Riosucio, Caldas

Fecha:

Resguardo al que pertenece: San Lorenzo La Montaña Escopetera Cañamomo

Nota: Estamos caracterizando la forma de vida de nuestras comunidades indígenas en Caldas, agradecemos su dedicación para responder esta entrevista y la información que aporte para el proceso de conservación y continuación de nuestras tradiciones y costumbres.

1. Itinerario Típico personal del niño:

¿Cómo es un día de sus hijos menores de 5 años?

¿A qué hora se levantan?

¿Van al CDI o se quedan con usted?

¿Le gustan las actividades del CDI

¿A qué horas llegan?

¿Ven Televisión?

¿Qué hacen en la tarde?

¿Cuándo juegan, ¿juega con ellos?

¿Les ayuda con las tareas?

¿Hacen oficio?

2. Patrón Familiar y personal de consumo:

¿Viven en la zona urbana o rural?

¿Quiénes conviven con ustedes? (solo padres e hijos, tíos, abuelos)

¿Quién cocina?

¿Quién cuida los hijos cuando ustedes sales a hacer vueltas o mercar?

¿Recibieron lactancia materna sus hijos?

¿Tiene cuarto para sus hijos o duermen con ustedes?

¿Les llega agua potable?,

¿Trabajan la tierra?

¿Cultivan sus alimentos

¿Tienen huerta

¿Consumen productos de paquete y gaseosas?

¿Tienen perros, gallinas, gatos?

3. Concepciones y valores personales

¿Qué les permite y que no hacer a sus hijos?

¿Quién pone las reglas?

¿Cree que debe mejorar como padre?

¿Cómo los castiga?

¿Les enseña el valor de ser indígenas, el valor de sus ancestros y su familia?

4. Capacidad persal para organizar acciones en defensa de la salud

¿Qué hace usted para cuidar la salud de sus hijos?

¿La asistió una partera en su embarazo?

¿Les dio lactancia materna?

¿Consulta el médico tradicional?

¿Asisten a controles de crecimiento y desarrollo?

¿Los vacuna?

¿Les enseñan a respetar su cuerpo y a los demás?

5. Itinerario Ecológico

¿Qué les enseñan a sobre su relación con la naturaleza?

¿Cómo cuidarla, les enseña a reciclar, a disponer bien las basuras, cuidan las fuentes de agua y los animales, siembran la tierra?

Muchas gracias por sus respuestas, si quiere aportar conceptos adicionales puede escribir al respaldo de la hoja, indicando el numeral al que se refiere.

Anexo 3. Encuentro de saberes por resguardo en investigación determinación social en salud de los menores de 5 años de los resguardos indígenas de Riosucio, Caldas

Resguardo Cañamomo-Lomaprieta



Fotografía 1.

Reunión de cabildantes del resguardo Cañamomo-Lomaprieta en grupos focales de la investigación.



Fotografía 2.

Reunión de los comuneros en grupos focales de la investigación.

Resguardo San Lorenzo



Fotografía 3.

Reunión de los Comuneros y Cabildantes en grupos focales de la Investigación en Resguardo indígena de San Lorenzo, en zona rural.



Fotografía 4.

Reunión de los Comuneros y Cabildantes en grupos focales de la Investigación en Resguardo indígena de San Lorenzo, en zona rural.

Resguardo Escopetera Pirza



Fotografía 5.
Reunión de comuneros y cabildantes en zona rural, del Resguardo indígena de Escopetera-Pirza.



Fotografía 6.
Reunión de comuneros y cabildantes en zona rural, del Resguardo indígena de Escopetera-Pirza.

Resguardo La Montaña



Fotografía 7.
Ceremonia de los bastones de mando de los Cabildantes, en el Resguardo Indígena de La Montaña.



Fotografía 8.
Ceremonia de los bastones de mando de los Cabildantes, en el Resguardo Indígena de La Montaña.



Fotografía 9.

Ceremonia previa a la reunión de los comuneros en el Resguardo indígena de La Montaña.

Asociación de Medicina Tradicional y Parteras de Caldas (ASOMETROC)



Fotografía 10. Ceremonia de inicio a la reunión de ASOMETROC en vereda de Riosucio.



Fotografía 11. Ceremonia de inicio a la reunión de ASOMETROC en vereda de Riosucio.



Fotografía 12. Vereda de reunión para entrevistas ubicada en Riosucio, Caldas.