

**SALUD-ENFERMEDAD DESDE LA COSMOVISIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL
PUEBLO INDÍGENA EMBERA CHAMÍ DE LA PARCIALIDAD EL PALMAR
DE FILADELFIA CALDAS 2016-2018**

Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias de La Salud
Maestría en Salud Pública
Manizales
Marzo, 2020

**SALUD-ENFERMEDADES DE LA COSMOVISIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL
PUEBLO INDÍGENA EMBERA CHAMÍ DE LA PARCIALIDAD EL PALMAR DE
FILADELFA CALDAS 2016-2018**

Trabajo de grado para optar al título de

Magíster en Salud Pública

Director del trabajo de grado

Universidad de Caldas

Facultad de Ciencias de La Salud

Maestría en Salud Pública

Manizales

Febrero 2021

Tabla de contenido

Introducción	0
1. Antecedentes	3
2. Planteamiento del problema de investigación	11
2.1. Área problema	11
2.2. Pregunta de investigación	14
2.3 Justificación.....	15
3. Objetivos	17
3.1. General	17
3.2. Específicos:	17
4. Referentes teóricos	18
4.1. Conceptos de salud y enfermedad según laOrganización Mundial de La Salud (OMS) ...	18
4.1.1. Salud.	18
4.1.2. Enfermedad.....	21
4.2. Triada ecológica o triada epidemiológica	21
4.3. Cosmovisión.....	24
5. Materiales y métodos	27
5.1. Tipo de estudio: método cualitativo	27
Metodología etnográfica	27
5.2. Población muestra y muestreo	28
5.3. Instrumentos de recolección de la información.....	29
5.3.1 Observación directa.....	29
5.3.2. Entrevista semiestructurada.....	31
5.3.3. Grupo Focal	31
5.4 Aspectos éticos.....	32
5.5. Plan de análisis y procesamiento de la información.	33
5.5.1 Técnica de análisis de datos.....	33
5.6 Análisis de los resultados	33
La parcialidad Embera Chamí El Palmar.....	33
5.6.1. Contexto actual del pueblo embera chamí de Caldas.....	33

Organigrama parcialidad indígena El Palmar, Filadelfia Caldas	38
5.6.2. Contexto epidemiológico	39
5.6.3. Pirámide poblacional parcialidad indígena El Palmar.....	40
5.6.4. Causas de consulta odontológica: encabezamiento	50
5.6.5. Aproximación a la salud y a la enfermedad en la parcialidad indígena El Palmar	50
6. Resultados.....	52
6.1 Características desde los imaginarios del proceso salud-enfermedad en la parcialidad indígena el palmar. Componentes emergentes	52
6.2 Salud mental en la comunidad indígena El Palmar	56
Encuentro intercultural ¿Qué te pone triste? ¿Qué te pone feliz?	57
6.3 El concepto de salud mental en el pueblo embera chamí como concepto emergente.....	67
6.3.1 “El caso de Rosa”.	71
6.3.2. Jaibaná José Javier Guasarave Degrama, 04 de agosto de 1980.	73
6.3.3 Henry Flórez Guasarave, 02 de mayo de 1989.....	73
6.3.4. Roberto Calambas Niaza, 18 de abril 1985.	74
6.3.5. Octavio Guasarave Vinasco, 06 de agosto de 1941.....	74
6.3.6. Gonzaga Guasarave Córdoba, 29 de octubre de 1980.....	75
6.3.7. Miguel Antonio Guasarave Vinasco, 29 de mayo de 1947.	75
6.3.8. Análisis de la situación en salud desde lo propio e institucional (Cuidado de Salud propia e intercultural).....	77
7. Análisis	81
7.1. Benekua. Ritual fuerza	88
7.1.1. Elementos para el ritual	90
8. Conclusiones	98
9. Recomendaciones	101
10. Referencias bibliográficas	1055

Lista de figuras

Figura 1. Comunidades emberas chamíes de Caldas	34
Figura 2. Organigrama parcialidad indígena El Palmar, Filadelfia Caldas	38
Figura 3. Pirámide poblacional parcialidad indígena El Palmar.....	40
Figura 4. Causas de consulta urgencias 2016	44
Figura 5. Causas de consulta urgencias 2017	45
Figura 6. Causas de consulta urgencias 2018	46
Figura 7. Causas de consulta externa 2016.....	47
Figura 8. Causas de consulta externa 2017.....	47
Figura 9. Causas de consulta externa 2018.....	48
Figura 10. Controles de PYP 2016	48
Figura 11. Controles de PYP 2017	49
Figura 12. Controles de PYP 2016	49
Figura 13. Lista de enfermedades según la lengua de la comunidad embera	55
Figura 14. Fortalecimiento salud propia e intercultural.....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 15. Mapa de procesos en salud intercultural	¡Error! Marcador no definido.
Figura 16. Mapa de la ruta de atención intercultural	85

Lista de fotografías

Fotografía 1. Jaibaná mayor Octavio y jaibaná Baudilio.....	70
Fotografía 2.Tratamiento intrahospitalario a paciente con enfermedad jai por parte del jaibaná Javier	88
Fotografía 3.Príncipes y princesas preparando los alimentos que serán compartidos en el <i>Benekua</i>	93
Fotografía 4.Ritual de sanación comunitario <i>Benekua</i>	94

Lista de tablas

Tabla 1. Condición educativa	41
Tabla 2. Salud-aseguramiento.....	42
Tabla 3. Acceso a servicios públicos por familias.....	42
Tabla 4. Condiciones de la vivienda.....	43
Tabla 5. Causas de consulta odontológica 2016.....	50
Tabla 6. Causas de consulta odontológica 2017.....	50
Tabla 7. Causas de consulta odontológica 2018.....	50
Tabla 8. Principales características de la enfermedad <i>jai</i>	52
Tabla 9. Transcripción de respuestas a las preguntas: ¿Qué te pone feliz? Y ¿Qué te pone triste?	60
Tabla 10. Transcripción de respuestas a las preguntas: ¿Qué se hace cuando se está deprimido? Y ¿Cómo se cura?.....	64
Tabla 11. Lista de chequeo de la Circular 011 de 2018.....	79

Salud-enfermedad en la comunidad Embera Chamí de la parcialidad “El Palmar” de Filadelfia, Caldas

Introducción

La presente investigación surge de la pregunta por los términos de salud y enfermedad, a partir de la interacción de la investigadora, como profesional del área de la salud y gerente de la E.S.E Hospital San Bernardo del municipio de Filadelfia, con la comunidad embera chamí, una comunidad que es vulnerable respecto del resto de la población debido a sus condiciones de vida.

Cuando se habla de Cosmovision sobre la salud-enfermedad, se debe tener una idea clara que este tiene un sentido específico en cada cultura, este concepto en el pueblo *Embera Chamí* vive su cotidianidad con base en los principios de unidad, tierra, cultura y autonomía, y en la teoría del origen del mundo que se atribuye la configuración de tres componentes que separan lo material de lo espiritual; en primer lugar está *bajía*, término en lengua *embera* que significa mundo celestial o "de arriba", conformado por *Karagabí* (luna), *Ba* (trueno), sitios sagrados (como montañas, lagunas y cascadas), espíritus ancestrales y guardianes del territorio (espíritus representados en algunas elementos de la iconografía indígena o en forma de energías que circulan al interior de los sitios sagrados); luego está *egoró*, mundo medio o de los humanos, y en último término *aremuko* o *chiapera*, mundo subterráneo o "de abajo", donde convergen principalmente espíritus o energías negativas. Los tres mundos se conectan a través del agua, por ello este es un elemento sagrado.¹

El interés radica en ver el proceso de satisfacción de esta comunidad en relación a los servicios de salud, como dignificar y reconocer a esta población; es decir, como prestar los servicios en función de la propia cultura y los conocimientos desde el área profesional, teniendo en cuenta la cultura del otro, su territorialidad, sus creencias y prácticas.

Así mismo, en este trabajo se elaboró una descripción y una interpretación del sistema de salud propio, a partir de la construcción de significados, lo cual permitirá en una perspectiva futura una mejor articulación entre el saber tradicional y el occidental.

El trabajo se desarrolló en doce apartados. En el primero, se elaboró un rastreo bibliográfico del concepto de salud y enfermedad en los pueblos indígenas, haciendo énfasis en la comunidad embera chamí, la cual se convoca por medio del Gobernador Narcés¹ debido a que es la persona que toma las decisiones y permite el acercamiento a la comunidad con el fin de tener una interacción directa y llevar a cabo la ejecución de la investigación; en el segundo, se realizó el planteamiento del problema de investigación, donde se desglosaron y se clarificaron las dos concepciones, científica natural y social, que han llevado a que, por un lado, se dé cuenta de las sintomatologías del concepto de enfermedad desde lo físico y, por el otro, a que se realice a partir del sistema de creencias y prácticas de los diferentes grupos sociales; el tercero, explica y revela en profundidad los motivos que condujeron a llevar a cabo esta investigación; el cuarto, muestra el objeto de este estudio: describir la cosmovisión de salud y enfermedad en la cosmovisión de la comunidad indígena El Palmar del municipio de Filadelfia Caldas, a partir de la metodología etnográfica con el objetivo de contribuir a la política pública en salud relacionada con el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades; en el quinto, se ahondó en los referentes teóricos, vinculando los conceptos de salud, enfermedad y cosmovisión, con el concepto propio de los pueblos latinoamericanos; el sexto, expone la metodología a través de la cual se construyó este estudio, este se llevó a cabo a través de un método cualitativo y una metodología etnográfica en la parcialidad indígena el Palmar con la finalidad de conocer sus imaginarios y concepción del mundo, por lo tanto se buscó un acercamiento con las personas indicadas de la comunidad que pudieran aportar a vislumbrar cuáles son las prácticas autoctonas aplicadas en el proceso de salud-enfermedad, para tal caso se estableció un contacto con el señor Narcés Gobernador de la zona indígena del municipio de Filadelfia-Caldas, quien posibilitó la interacción con los médicos tradicionales, jaibanas y parteras, y la comunidad en general siendo los instrumentos metodológicos aplicados a 64 personas y dividido en tres grupos focales.

En el séptimo se describen las particularidades de la parcialidad frente a la cosmovisión acerca de la salud dentro del territorio Embera Chamí El Palmar; el octavo, como su título lo dice, se mostrarán las características del proceso salud-enfermedad en dicha parcialidad indígena; el noveno revelará, que además de lo biológico, la salud psíquica también es importante, toda vez

¹ Narcés Gobernador de la Parcialidad indígena desde el año 2016, aprendiz de Jaibana y es la persona que representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, él es el encargado de dar los permisos para el ingreso a la comunidad y tener contacto directo con los integrantes.

Comentado [MOU1]: Importante hacer una breve descripción de este gobernador, dentro del resguardo??' (puede ser una nota a pie de página)

que el suicidio y la depresión son características y consecuencias de un impacto occidental en las culturas ancestrales; el décimo, es una propuesta de articulación de las dos medicinas como aporte significativo a un enfoque integral (intercultural) de la salud; y, por último, se develarán las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.

I. Antecedentes.

A través de la revisión bibliográfica se buscó consultar la documentación que aporte a la indagación teórica y metodológica sobre el concepto de salud y enfermedad en la cosmovisión de los pueblos indígenas, en particular de la comunidad Embera Chamí de El Palmar en el municipio de Filadelfia - Caldas, no obstante, parece ser que es muy poca la bibliografía existente acerca de la concepción de la salud en esta comunidad. Las producciones tienen como finalidad elaborar descripciones del perfil epidemiológico a partir de la concepción occidental de la salud, dejando a un lado la construcción simbólica de la comunidad, en el conjunto de representaciones y prácticas propias de los indígenas y la significación del concepto desde sus dinámicas. Pese a ello, se enunciarán las producciones enmarcadas en el contexto internacional, nacional y local desde el tema de la investigación, es decir, se mencionaron aquellas producciones relevantes que permitan abordar las categorías de análisis propias de la investigación.

En el plano internacional, De Carvalho y Marchiori¹, elaboran un punto de vista general enmarcado en los procesos de la salud, entendiendo ésta como una producción social que desborda el ámbito de lo físico, para ello edifican una comprensión hermenéutica a través de la historia, dentro de la epistemología del concepto de salud. En cuanto a la interpretación de lo que se entenderá por determinantes sociales de la salud, los autores exponen que son aquellos factores que inciden en la comprensión del proceso salud-enfermedad, siendo estos: lo físico, lo metafísico, lo natural, lo social, a la vez, que lo colectivo y lo individual; de este modo, existirá una visión ontológica y una funcionalista: la primera abordará el proceso como una entidad y la segunda como un desequilibrio presente en el cuerpo del afectado, este desequilibrio será producto de agentes internos o externos.

Desde esta comprensión se desliga completamente el proceso de los factores biológicos que determinan la aparición de la enfermedad y se amplía a las implicaciones del contexto social en el que se desarrolla la vida, teniendo en cuenta las circunstancias como lo económico, lo cultural, lo educativo; para concluir que la sociedad también presenta un estado de salud.

Por otra parte, Boixareu² afirma que la antropología de la salud busca definir y comprender, desde un marco cultural, qué es lo que se entiende por salud y enfermedad, así, las categorías tiempo y espacio serán vitales para poder localizar el origen o la causa de los

padecimientos afecciones, al igual que el desarrollo de los mismos, ya sea tanto en el cuerpo individual como en el colectivo social. El objetivo de esta será elaborar comprensión holística a partir de los relatos de los miembros de una comunidad en particular con relación a las dinámicas de la salud y la enfermedad y de la enfermedad y la salud desde los mecanismos de cura o sanación².

La antropología de la Salud comparte “interés” con todas las disciplinas en la medida en que focaliza su atención en el ser humano y sus circunstancias. La salud es una situación vital que se experimenta desde ella misma, o bien a partir de su carencia; como lo referencia Boixareu²: “Estoy sano a pesar de mi enfermedad”.

Del mismo modo, indica:

Hay una simpatía significativa entre etno-medicina, Antropología de la Medicina y Antropología de la Salud. Sin embargo, una dependencia interdisciplinaria señala lo distinto del punto de partida de cada una de ellas y, en consecuencia, del concepto de persona y de salud que priorizan. Desde nuestra perspectiva, la Antropología de la Salud prioriza la salud entendida, fundamentalmente, a partir de la experiencia, la responsabilidad y el bienestar de la persona concreta con las incidencias y las influencias que recibe y revierte de su entorno y en él.²

Así, la antropología de la salud se fundamenta en la re-construcción de los procesos históricos, de los relatos biográficos y de la memoria como componentes del conjunto de creencias y valores de una comunidad y de un individuo en pro de establecer el origen de una enfermedad en un grupo particular, de describir las prácticas y actitudes entorno a la situación o fenómeno particular y de teorizar o elaborar un discurso que sirva de guía para entender la complejidad de los procesos evidenciados en la práctica.

De lo anterior se puede decir que, la antropología de la salud busca entender, a partir de los diversos sistemas culturales, los significados de lo sano, de lo enfermo, de lo que trasciende y lo que no, desde una perspectiva particular; es decir, busca teorizar de una manera u otra sobre el entendimiento, el abordaje y la experimentación de los diferentes procesos vitales en un grupo particular. Su finalidad es bastante clara: “Vivir, comprender y mejorar la realidad humana desde su propia peculiaridad, entendiendo esta realidad en los términos expresados cuando hablamos del ser humano, una realidad personal”²

En este orden de ideas, aparece la publicación realizada por los doctores Langdon y Wiik³ cuyo título es “Antropología Salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud”. La tesis principal de los autores relaciona los patrones culturales con los procesos de salud y enfermedad propios para una comunidad, cuyas respuestas obedecen a las prácticas particulares de cada realidad cultural. Se aborda un concepto de cultura entendida como: “Un conjunto de elementos que median o califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social”³

Lo que permite pensar, que la cultura es una construcción o artificio que se comparte y en ese devenir se estandariza, ya que, el proceso de interacción y el compartir de los individuos provocarán una fijación de prácticas y creencias propias dentro de su sistema o unidad social, así los autores toman varios ejemplos de la cotidianidad de varias culturas.

Como un ejemplo más significativo, a la luz de la pertinencia para dicha propuesta investigativa, Langdon y Wiik³, exponen el caso de los indígenas Barasanas de la selva amazónica colombiana. Para dicha comunidad, en el proceso de aparición de una enfermedad, influye el consumo de carne contaminada con *witsioga*, este término se refiere a una sustancia presente en la carne de los animales según su tamaño. Esta sustancia suele ser nociva cuando es consumida por niños, mujeres embarazadas o recién paridas, al igual que para quienes se encuentran en estados liminales; estos individuos son considerados como vulnerables ante la sustancia *witsioga* que atrae espíritus de la enfermedad. La pertinencia de este ejemplo se manifiesta en la interpretación de la caracterización de la salud y la enfermedad para la comunidad. Los autores concluyen, de una manera general, que si se llegara a dar una intervención en salud donde se ignore el sistema de creencias particular, esta fracasará, pues es necesario abordar los procesos de salud-enfermedad no solo desde el aspecto biológico, sino desde toda la complejidad del sistema de creencias.

Por otra parte, se toma como ejemplo la investigación: *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Contenidos curriculares*, escrita por Kornblit y Méndez⁴ (2000), cuya pertinencia radica en la claridad conceptual del primer capítulo: “El proceso salud-enfermedad”. En éste se dice que la salud y la enfermedad no son solo estados físicos, son más bien el resultado de la interacción de varias de las dimensiones de desarrollo del ser humano,

siendo estas lo físico, lo biológico, lo psicológico, lo ambiental, lo social y lo cultural. Desde esta mirada, la salud y la enfermedad responden a un conjunto de creencias y prácticas propias de cada comunidad y a la relación individuo-naturaleza e individuo-sociedad.

Siguiendo esta lógica, la salud y la enfermedad se podrán entender también como construcciones culturales. Flores⁵ (2004) presenta un artículo titulado: “*Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la Antropología Sociocultural*”, el cual habla de las implicaciones socioculturales de los términos abordados, los cuales, desde el pensamiento médico occidental, suelen ser tratados como dicotómicos u opuestos. En la lectura aparece el término “dolencia”, entendida como una condición de falta o ausencia de salud que no necesariamente está asociada a la aparición de una enfermedad, estas dolencias hacen parte de un sistema de creencias propio a cada comunidad con relación a la salud y a la enfermedad. Cada cultura tendrá una interpretación y un tratamiento particular según la dolencia, así, el autor ejemplifica, a través de la visión de los sistemas de salud de ciertos pueblos indígenas iberoamericanos, la relación entre la salud, la dolencia y la enfermedad.

Los pueblos indígenas en su cosmovisión siempre estarán rodeados por un sin número de fuerzas desconocidas e incontrolables que influyen en sus dinámicas de vida, esta influencia es descrita y de alguna manera tratada. Esgrimen una serie de pautas de tratamiento que son comunicadas de generación en generación, permitiendo la estandarización de una serie de prácticas. Las culturas iberoamericanas analizadas son: Kichwa del Ecuador, Aymara de Bolivia, Shipibo-conibo y Asháninca de las comunidades indígenas amazónicas del distrito Tahuaná-Ucayali en Perú, los pueblos indígenas tucanos en Colombia, Cunas en Panamá, NGÖBE de panamá, Miskitos del Río Coco de la costa atlántica de Nicaragua y Huicholas de la comunidad de San Andrés Cohamiata, Jalisco, México. Para estas comunidades, el concepto de salud, se enmarca en la armonía de los elementos del contexto que habita el hombre con relación a las dimensiones: mental, espiritual y biológica. La ausencia o el desequilibrio entre estos dará origen a la enfermedad, por lo tanto, las enfermedades son respuesta a la des-armonía del sistema cultural del hombre que la padece. Es necesario decir que las enfermedades y la salud son de tipo individual y colectivo, por lo que la patología también es de tipo social, pues se manifiesta en el cuerpo comunitario o en el conjunto de individuos que la componen.

Para finalizar la consulta bibliográfica en el ámbito internacional, se cita el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁵ *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas componente comunitario de las estrategias de Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*, específicamente en el capítulo II: “La salud en las poblaciones indígena, situación de los niños y niñas indígenas”. El capítulo muestra, a través de gráficos estadísticos, la precariedad de las condiciones de salud de los pueblos indígenas, propiamente de Perú y de la Amazonía. Se responsabiliza la situación a la baja cobertura de la prestación de los servicios de salud en las zonas rurales, específicamente en aquellas donde hay asentamientos indígenas; no obstante, las culturas tratan de sobrevivir a través de la implementación de sus conocimientos y prácticas para el tratamiento de las enfermedades, lo cual no es suficiente. La OPS hace un llamado de atención a las entidades encargadas de prestar los servicios de atención en salud en los pueblos indígenas para que la atención se enfoque en el entendimiento del sistema de prácticas propias, la cultura y los procesos que en ella se dan, sin trasgredir su sistema de creencias ni imponer uno particular.

Por otra parte, en cuanto al plano nacional, se encuentra que la mayoría de bibliografía está orientada a identificar conceptos y relaciones entre el sistema de salud occidental y los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas de Colombia a partir de su cosmovisión.

El artículo reflexivo “¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud”, publicado en la revista de *Ciencias de la salud* cuyos autores son Parra y Pacheco⁶, resalta la imposibilidad y la incapacidad de los sistemas de salud públicos occidentales para responder a las necesidades de los sistemas propios y tradicionales de las comunidades. Esta es una reflexión encaminada a mostrar el concepto de interculturalidad entre sistemas médicos, los cuales son un conjunto de procesos entre las comunidades, reflejo de las experiencias en la comprensión de la salud y la enfermedad. Es necesario establecer un diálogo entre el sistema occidental y el tradicional que propenda por el cuidado integral de la comunidad, así, el sistema médico moderno debe reconocer otros sistemas explicativos de los procesos de salud y enfermedad si se pretende impactar en las condiciones de salud de los pueblos indígenas.

Borde y Torres⁷ en su artículo: “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”, desarrollan ampliamente la categoría de territorio, documento que fue

consultado para el planteamiento del problema, se tomó dicho concepto, ya que es necesario entender las transformaciones que se dan en la concepción de la salud y la enfermedad, esto permitió ver cómo el territorio ajeno o el desplazamiento de la comunidad condiciona el bienestar de las comunidades, tomando dicho concepto como espacio dotado de sentido de interacción, de apropiación y de producción y reproducción social de vida y de salud. La comprensión de la salud, propia de las comunidades indígenas, está íntimamente ligada con las condiciones de vida y las dinámicas que se dan en el territorio.

En esta misma labor de investigación y consulta se encontró el artículo de Cardona, Rivera y Carmona⁸ *Expresión de la interculturalidad salud en un pueblo Embera-Chamí de Colombia*. Su objetivo se centró en determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud en este pueblo indígena; el diseño metodológico partió de un enfoque cualitativo, de la selección del objeto de estudio y del tamaño de la muestra. Veinte indígenas adultos con diferentes roles dentro de la comunidad fueron entrevistados en el periodo que corresponde al 2011-2012 (se supone que entre 2016, 2017, 2018); el muestreo fue de tipo teórico y el método empleado fue de tipo etnográfico (en cuanto al proceso descriptivo) y hermenéutico (desde la transversalización y el análisis de la información observada), a su vez esta información fue recolectada por medio de entrevistas semiestructuradas y de narrativas de vida, una vez transversalizada la información emergieron las categorías principales siendo estas: *contexto de la interculturalidad, acciones y prácticas de la interculturalidad*.

Vasco⁹ en su artículo *Algunos aspectos relacionados con la salud en el chamí*. La relevancia de esta investigación radica en la invitación a entender los procesos de salud, enfermedad y contagio desde el locus de enunciación propio del grupo indígena. El documento aborda problemas como la tuberculosis y su relación con la propagación de la enfermedad desde el concepto de la limpieza, profundiza e incluye aspectos contextuales dentro del significado de la salud. Este artículo es una aproximación descriptiva a partir de un proceso etnográfico, por lo que es muy pertinente en la presente investigación.

Finalmente, en el contexto local, Lozano y Salazar¹⁰ publican el artículo *Evolución histórico-política de la salud indígena en Caldas: aproximación a la determinación social de salud*. Su objetivo fue la elaboración de una aproximación histórica a la evolución del proceso de

la salud y la enfermedad en la población indígena del municipio de Riosucio, Caldas. Como método de investigación los autores hicieron una revisión hermenéutica de la información existente en torno a la temática entre el periodo 2005 y 2015, Cerca de 70 artículos fueron revisados, de los cuales 50 fueron relevantes para el proceso. Los resultados encontrados permitieron hacer un análisis histórico en tres etapas, la primera, de la época precolombina hasta la Colonia del siglo XVII; la segunda, del siglo XVII al siglo XIX y la última, se enfoca en los efectos de la Ley 100 en Colombia. Los autores concluyeron que la población Embera Chamí del departamento de Caldas, reflejaban las condiciones indígenas desde los procesos de interculturalidad como algo irreversible, esta interculturalidad ha posibilitado la conservación de la cultura indígena en los resguardos colombianos.

En el mismo municipio, Calvo¹¹ en su trabajo *Construcción del sistema eco-salud a partir de las emergencias estéticas de la relación bucleica salud-ambiente-calidad de vida. Estudio de caso, resguardo indígena de San Lorenzo Riosucio-Caldas*, buscó construir una propuesta sistémica de eco-salud, partiendo de la interpretación de las estéticas de la relación bucleica salud-ambiente-calidad de vida en el resguardo indígena de San Lorenzo de Riosucio, Caldas. El enfoque bajo el cual se desarrolló la investigación proviene del pensamiento ambiental complejo, el cual integra, en palabras del autor, de forma dinámica, caótica, rizomática la trama del actual sistema de salud. La metodología propuesta se basó en un análisis hermenéutico establecido en tres momentos: descripción, interpretación y construcción teórica, apuntando a interrelacionar lo social, lo cultural y lo ecológico, a partir de elementos de la etnografía para tener un movimiento amplio dentro de un espacio-tiempo social.

Esta propuesta pretende religar por medio de un sistema de gran complejidad la relación hombre-naturaleza, donde tanto la medicina tradicional y los servicios de salud se complementen a partir de nodos de encuentro donde se privilegie el respeto-amor al territorio, la ética ambiental, el dialogo de saberes, el bienestar colectivo-ambiental y la sustentabilidad del planeta¹¹.

A diario las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud están atendiendo población indígena, para el caso particular del departamento de Caldas, la Organización Mundial de la Salud¹²(OMS) ha creado unas estrategias sobre medicina tradicional para el periodo 2014-2023 buscando evaluar y desarrollar aquellas planteadas para el 2002-2005, dicha evaluación

busca valorar las prácticas de la medicina tradicional y su posible integración al sistema de prestación de servicios en salud. Esta estrategia tiene tres objetivos:

1. Desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales;
2. fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación; y
- 3) fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de MTC y la auto-atención de salud en los sistemas nacionales de salud. (OMS, 2013, p.11)

Para que se lleve a cabo dicha base de conocimiento se hace necesario comprender cuál es el significado de los conceptos de salud y enfermedad en el pueblo Embera Chamí, si se toma en cuenta que la Organización Nacional de Indígenas de Colombia (ONIC) en el apartado que corresponde al pueblo Embera Chamí toma las cifras del DANE del año 2005, en la que la entidad reporta 29.094 individuos pertenecientes a la comunidad, de los cuales 7.209 se encontraban en el departamento de Caldas. Esta cifra ha de modificarse si se tiene en cuenta que han transcurrido trece años desde el censo citado en la página oficial de la ONIC, es incierto, al parecer, el número de individuos que pertenecen a la etnia y cuántos de ellos hacen presencia en el departamento.

Desde las políticas públicas de Atención Primaria en Salud (APS), y la resolución 518 de 2015 Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)¹³, se hace un llamado a las entidades territoriales para que el enfoque de atención sea contextual y diferencial, atendiendo a los rasgos culturales de la población en la que se efectúe la atención. No obstante, sino existe un mínimo acercamiento a las comunidades y no se logra dimensionar la importancia de sus creencias y prácticas en su sistema de salud, los planes de intervención no tendrán resultado, es por ello y en virtud de la poca bibliografía existente sobre el concepto de salud en el marco de las creencias y prácticas de los EmberasChamíes, que, desde la salud pública, se propone esta investigación.

2. Planteamiento del problema de investigación

2.1. Área problema

En las comunidades indígenas persisten y cada vez se reagudizan los problemas en salud pública relacionados con necesidades básicas insatisfechas, como “las enfermedades transmisibles y a su vez progresivamente se han aumentado las enfermedades crónicas y degenerativas”¹⁴. Los indicadores que miden la situación en salud de las comunidades indígenas colombianas no presentan buenos resultados a nivel nacional ni internacional, estas comunidades presentan una de las tasas de mortalidad infantil más altas en el mundo; cuya principal causa es la desnutrición se presenta en la población infantil, pues “más del 70% de los niños la padecen, situación que hace que la población sea más vulnerable a padecer cualquier tipo enfermedad”¹⁴.

Los ¹⁴procesos de salud de las comunidades indígenas han sido permeados por el modelo de salud occidental, desconociéndose los principios de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas. Estos principios son: “el enfoque integral de la salud, derecho a la autodeterminación de los pueblos, respeto y revitalización de las culturas indígenas, reciprocidad en las relaciones y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas”¹⁴.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se establecen acciones en salud que ahondan en la protección de los derechos colectivos de las etnias respetando sus cosmovisiones y prácticas ancestrales tendientes al cuidado de la salud. En las instituciones prestadoras de servicios de salud no se evidencia que estas acciones se adapten según las necesidades de los grupos étnicos que se encuentren en cada territorio, es decir, no consideran que las condiciones de salud son afectadas por las condiciones socioculturales y afectan el bienestar individual, familiar y comunitario.

Si bien se han realizado grandes esfuerzos gubernamentales para la afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), esto no ha sido suficiente para dar solución a las problemáticas en salud de los pueblos indígenas, ya que no se garantiza un acceso efectivo y en condiciones de calidad al sistema; este se ve influenciado por obstáculos de acceso como la geografía, nivel socioeconómico, barreras de acceso cultural, nivel educativo y acceso a

servicios públicos. A pesar de que existe un amplio marco legislativo y que en regiones del país como el Cauca se ha avanzado en la creación de empresas promotoras indígenas, instituciones de prestación de servicios de salud indígenas y la creación de un hospital indígena, en otras regiones, como el occidente del país, las instituciones que hacen parte del sistema de salud no aplican la norma o la desconocen. Situación que se refleja de manera positiva en la prestación de los servicios de salud cuando un indígena los solicita, ya sea de la baja, media o alta complejidad.

Las atenciones se realizan desde la medicina occidental sin tener en cuenta la cultura y creencia del usuario para su tratamiento: es decir, no se realiza concertación para la atención acercando el sistema médico alopático y el sistema médico tradicional, esto se debe a que el modelo occidental no se ha preparado para articularse con los modelos propios e interculturales para la atención en salud. Se desconoce el derecho que tienen las comunidades indígenas a controlar su salud y sus decisiones, así como la participación en la construcción y adecuación de prácticas de cuidado de la salud.

El cúmulo de diferencia entre las concepciones de salud y enfermedad se han abordado desde la mirada científica natural y social. La primera ha dado cuenta de las pautas o sintomatologías de la enfermedad desde lo físico y, la segunda, lo ha hecho entorno al sistema de creencias y prácticas de los diferentes grupos sociales. Los estilos de vida ya sean individuales o grupales (dietas, formas de preparación de los alimentos y sistema de filiación) y los factores socio-estructurales como la ausencia de viviendas adecuadas o dignas, trabajos en los que las condiciones de salubridad son inexistentes, ausencia de acueducto y alcantarillado adecuados para proveer agua y desechar correctamente materiales biológicos de los hogares, también condicionan el nivel de salud y el tipo de enfermedades de ciertos grupos étnicos, todo esto lleva a determinar un sistema propio y complejo de lo que se percibe, vive y se entiende como salud-enfermedad dentro de una comunidad particular, para el caso de la investigación una comunidad indígena colombiana (Embera Chamí)

Las entidades prestadoras de servicios de salud deben conocer las creencias y la cultura de la población usuaria de sus servicios, con el fin de comprender y aceptar los modelos de salud propia e intercultural, pues si estas no se conocen no se podrán prestar servicios de salud con enfoque diferencial étnico. El abordaje de los problemas en salud se debe realizar con una

visión integral, pues este desde la medicina occidental no abarca ni contempla el campo espiritual como parte integral y fundamental para el tratamiento y manejo de las enfermedades.

Para el caso de Caldas, según el Consejo Regional Indígena de Caldas (CRIDEC) hay alrededor de 67.000 mil indígenas del pueblo EmberaChamí habitando el departamento, en Riosucio, San Lorenzo, Supía, Marmato, Anserma, Belalcázar, San José, Viterbo y Filadelfia.

Este último se encuentra en el noroccidente del departamento de Caldas, limita al este con Aránzazu, al noroeste con Riosucio, al norte con La Merced, al oeste con Risaralda y al sur con Neira, el número de habitantes del municipio es de 11. 034 habitantes, según el censo DANE de 2018. Desde hace 15 años al municipio arribaron familias indígenas propias de la etnia EmberaChamí, comunidad hablante de *EmberaBedeá*. Su llegada, fruto del desplazamiento forzado, ya fuera por violencia armada o por buscar mejores condiciones de vida, los llevó a asentarse en el municipio, donde posteriormente fueron reconocidos como parcialidad indígena El Palmar, compuesta por 64 personas, actualmente ubicados en las veredas de El Carretero, Aguadita Grande, Piedras Blancas y La Ceiba. La Empresa Social del Estado del municipio tiene caracterizada esta población en el aplicativo de atención primaria social del departamento de Caldas y al analizar la información registrada en los aspectos de determinantes sociales de la salud, se encuentra que sus condiciones de vida son precarias y que se presentan “enfermedades del espíritu” (especificar mejor) ligadas al estrés o a los problemas de convivencia. Como referencia de las condiciones de vida se encuentra, en el aplicativo mencionado, que el material con el que se construyeron las viviendas es de bahareque, en los pisos, cemento, gravilla y tierra, la calidad del agua hace que esta no sea potable, las aguas negras se eliminan por sumideros, pozos sépticos y en campo abierto.

Las condiciones de higiene de las viviendas son malas, los alimentos son preparados en fogones que funcionan con leña. La disposición de las basuras es en campo abierto. Estas situaciones exponen a la comunidad a riesgos latentes como las enfermedades de tipo pulmonar, gracias al humo de los fogones y de tipo digestivo y contagioso producto de la exposición de las basuras en el lugar de vivienda de la comunidad. Es clara la situación de inequidad que se presenta en la nombrada parcialidad indígena y que el abordaje de las problemáticas que los afectan no se ha realizado de manera integral, pues no se ha comprendido su cultura, identidad y cosmovisión.

Esta población ha sido invisibilizada en el municipio desde que se asentaron, al ser una comunidad hablante de lengua Embera, se les han generado más dificultades para el acceso a las instituciones de prestación de servicios de salud, ya que estas no han realizado la adecuación jurídico-social para la prestación de dichos servicios, no se ha realizado un acercamiento para conocer las prácticas del cuidado propio de la salud y documentarlas. Dificultándose así los procedimientos de atención a los usuarios de este grupo étnico, el desconocimiento de su creencia espiritual y de su cultura en general, lo que trae consigo la desconfianza para ser tratados, bajo la mirada de un médico occidental.

Es así como se hace necesario conocer cuál es el significado del concepto de salud y enfermedad dentro de la comunidad, así como el papel de los agentes tratantes de los diferentes tipos de “males” que padecen los individuos de la parcialidad indígena El Palmar.

2.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la cosmovisión de salud y enfermedad en la comunidad indígena El Palmar del municipio de Filadelfia, -Caldas entre los años 2016 y 2018?

Comentado [MOU2]: Separar las palabras:

2.3 Justificación.

Los motivos que conducen a investigar la concepción propia de la comunidad indígena El Palmar, se fundamentan en la necesidad de conocer la cosmovisión de la comunidad indígena con relación a los procesos propios de salud-enfermedad, lo que permitió crear una ruta que posibilita una adecuación pertinente y estable del sistema indígena de salud propia e intercultural, por medio de una comprensión holística de la categoría de análisis salud-enfermedad. La comunidad es vulnerable al resto de la población, poseen una lengua propia (*EmberaBedeá*) usada con frecuencia; así mismo, poseen un patrón cultural diverso que se convierte en una barrera para la atención oportuna de una enfermedad, esta situación puede, incluso, desencadenar situaciones de riesgo, debido a sus hábitos culturales y sociales que no son comprendidos por el sistema médico occidental.

Se pretendió entonces, elaborar una descripción y una interpretación del sistema de salud propio a partir de la construcción del cuerpo de significados, lo cual apunta a una mejor articulación entre el saber tradicional y el occidental. De este modo, el presente trabajo expone la cosmovisión propia del pueblo EmberaChamí con relación a su sistema propio de creencias sobre la salud y la enfermedad, además, da lugar a una aproximación en la comprensión del sistema de creencias propio de la comunidad con la que se pudo establecer una ruta de atención desde lo diferencial y lo intercultural.

Las características de la prestación en los servicios de salud desde el sistema médico occidental y las características en el tratamiento de las enfermedades desde el sistema médico tradicional al no estar articuladas, generan barreras de acceso a los servicios para los pueblos indígenas. Con el abordaje intercultural del proceso salud-enfermedad se permite la articulación entre los sistemas antes mencionados, con el fin de contribuir en el mejoramiento de las condiciones de salud de los indígenas de la parcialidad El Palmar del municipio de Filadelfia, a través de un abordaje integral, al mejorando de la organización en cada uno de los servicios de salud que se ofertan en la E.S.E municipal y comprendiendo la concepción de salud-enfermedad al interior de la comunidad indígena.

Como profesional del área de la salud y gerente de la E.S.E Hospital San Bernardo del municipio de Filadelfia surgió el interés por mejorar la satisfacción de la comunidad indígena

frente a los servicios de salud, para dignificar y reconocer esta población. Desde el sistema médico, la prestación de los servicios de salud se realiza en función de la propia cultura y los conocimientos desde el área profesional sin tener en cuenta la cultura del otro, sus creencias y prácticas. Con la investigación se podrá realizar la adecuación cultural de los servicios médicos y prestar servicios humanizados que impacten la disminución de la morbilidad y la mortalidad en la parcialidad indígena El Palmar.

El aporte de la presente investigación a la maestría en Salud Pública de la Universidad de Caldas es una contribución a las políticas públicas de salud, que tiene que ver con el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades. A su vez, otorga una mirada intercultural al fenómeno de la salud y enfermedad desde la construcción de significados, prácticas y creencias que existen entorno a los procesos mismos en el pueblo Embera Chamí del municipio de Filadelfia, fortaleciendo a los profesionales egresados en el desarrollo de competencias comunicativas, valores y la capacidad de comprender de una mejor manera cómo los procesos culturales afectan la salud individual, familiar y comunitaria en los pueblos indígenas, a través de abordajes culturalmente adecuados, contribuyendo al “buen vivir” de estas comunidades.

3. Objetivos

3.1. General

Identificar la cosmovisión de salud y enfermedad en la cosmovisión de la comunidad indígena El Palmar, del municipio de Filadelfia, Caldas, en los periodos de tiempo comprendidos entre los años 2017-2018 a partir del enfoque etnográfico para contribuir a la política pública en salud relacionada con el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.

Comentado [MOU3]: Solo describir???? Creo que se hizo más que esto, se analizó???? Se identificó????

3.2. Específicos:

- Caracterizar sociodemográficamente la parcialidad indígena El Palmar del municipio de Filadelfia: escolaridad, grupo de edades, sexo y roles de los miembros de la comunidad en la comprensión de los procesos de Salud-enfermedad.
- Observar la estructura organizacional de la parcialidad El Palmar del municipio de Filadelfia – Caldas respecto de las concepciones propias sobre los imaginarios de salud y enfermedad
- Identificar cada una de las características de los procesos salud-enfermedad dentro de la cosmovisión en la comunidad indígena de Filadelfia, Caldas.
- Comprender el significado de la salud y enfermedad en la parcialidad indígena El Palmar del municipio de Filadelfia.

4. Referentes teóricos

A continuación, en este apartado se hizo una aproximación teórica-conceptual al objeto de investigación, ya que es necesario enunciarlas principales categorías de análisis que dieron sustento a la misma. En este orden de ideas, los conceptos tratados son: salud, enfermedad y cosmovisión; salud y enfermedad se abordaron desde la construcción de significados dada por la OMS y el concepto propio de los pueblos indígenas latinoamericanos. Primando entonces la necesidad de conocer los conceptos en virtud de un interés epistemológico que permitiera una exégesis construida a partir del uso que se les otorga.

4.1. Conceptos de salud y enfermedad según la Organización Mundial de La Salud (OMS)

4.1.1. Salud.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁵.

Esta definición es de carácter integral; comprende las dimensiones del desarrollo humano como la biológica, lo cognoscitiva y la social, es decir, no solo contempla la salud enmarcada en un cuerpo físico, sino que, esta trasciende y se convierte en un fenómeno social; así mismo el concepto se vuelve complejo y multidimensional implicando que su comprensión se dé a través de la interdisciplinaridad, entendida como la integración de diversas disciplinas que comparten cierta conmensurabilidad en cuanto a términos, enfoques y metodologías en pro de la construcción de un conocimiento compartido o una meta en común en la investigación Martínez¹⁶, o para el caso en particular, la interacción entre las ciencias naturales y las ciencias sociales.

El doctor Ferrara¹⁷ (como se citó en OMS) complementó la definición dada por la OMS sobre el concepto de salud y la específica desde las tres dimensiones primarias del ser, sobre cada una dirá:

Salud física: Corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.

Salud mental: El rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen. **ESTA PARTE ES TEXTUAL**

Salud social: Representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social¹⁷

Este concepto hace referencia no al completo estado de bienestar biopsicosocial, sino al que busca que la persona logre el grado máximo o de goce de bienestar, que sería sinónimo de salud. El concepto es dinámico en relación a la percepción que puedan tener las personas acerca de lo que para ellas significa bienestar, se vincula más con un objetivo a lograr que a un estado ideal, la salud estará asociada con equilibrio entre lo biológico, lo mental y lo social. No obstante, ese equilibrio permea a la sociedad y sus estructuras, el acceso a la educación, a la vivienda, a la estabilidad económica, son entendidos como indicadores del proceso de salud, al respecto Navarro¹⁸:

(...) Las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y lo psicológico, sino también en las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.

En este sentido también Alcántara¹⁹ (2008) manifiesta:

La salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, encerrado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad, siendo una medición cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera acertada en el sector salud desde una política de Estado que sea eficaz y perdure en el tiempo¹⁹.

La descripción del concepto es amplia, se convierte en una meta a alcanzar, más allá de ser un estado ideal, no obstante, Rodríguez y Goldman²⁰ sugieren que “la definición facilita un marco de referencia para instaurar objetivos de salud”. Sin embargo, aunque la definición sea considerada tautológica, la postura de Ferrara¹⁷ indica que:

Los epistemólogos, que son los que estudian fundamentalmente la teoría del conocimiento, empezaron a sentir algún malestar, porque, por ejemplo, ¿cuál es para ustedes la palabra que le da la definición a salud?, estado de bienestar, ¿verdad? Entonces quiere decir que salud es bienestar

y ¿qué es el bienestar?, es el “estar bien”. Y si una definición como "estar bien" es la que va a definir a salud, esto quiere decir que estamos utilizando una misma palabra para definirla.¹⁷

De esta manera, aunque la definición sea denominada como tautológica, esta será considerada como normativa y deontológica, es decir, establece deberes y obligaciones éticas, lo cual es útil a la hora de enunciar y delimitar los lineamientos de acción de las políticas de salud Carmona, Rozo y Mogollón²¹. El significado de salud se convierte en una construcción social a medida que las variables implicadas establecen un diálogo entre sí; variables tan complejas y humanas que se desligan de los procesos del bienestar físico y se elevan hasta alcanzar el cuerpo social; de este modo esta se transforma en un fenómeno no solo físico, sino también social, respondiendo, a su vez, a procesos históricos que van desde la antigüedad griega hasta la época actual.

El concepto de salud estuvo dominado durante muchas décadas por un enfoque biologista que centró sus acciones en el desarrollo de estrategias individuales, que desconocieron en gran medida la influencia de lo social. No obstante, conferencias internacionales como las de Alma Ata, la Conferencia de Ottawa, la de Yakarta, entre otras, reivindicaron el papel que deben cumplir tanto el Estado como los colectivos en el mejoramiento de las condiciones de vida y en la búsqueda de alternativas de solución para sus principales necesidades de salud. De esta manera, surge un concepto de empoderamiento ciudadano, que dirige sus esfuerzos hacia estrategias de participación social y de trabajo intersectorial como alternativa para la resolución de las principales inequidades en salud.²¹

Concluyendo así, que la noción de lo que se ha entendido de salud estará determinada por el conjunto de prácticas, actitudes, creencias y sistemas normativos propios a cada grupo social. Si bien no se hace un abordaje histórico de la construcción del término, se toma la concepción actual de su significado, lo que permite en esta investigación un diálogo entre las dimensiones del desarrollo humano.

El término salud ha estado fuertemente relacionado con el concepto de enfermedad, siendo este su par dicotómico, es decir, en términos generales se ha considerado a la enfermedad como un proceso donde la salud está ausente, en concordancia con lo dicho se definirá el concepto de enfermedad desde una perspectiva teórica. Al respecto Peña y Paco²² concluyen que:

Nuestro entendimiento del enfermar ha evolucionado a través de los tiempos. En su elaboración han contribuido el sentido común y el pensamiento mágico, pero también el pensamiento reflexivo y creador. Uno a uno los diferentes sistemas de conocimiento han infundido significado y explicación al concepto enfermedad. En un primer intento, la filosofía atisbó solución; empero, fue necesario conocer mejor la naturaleza, la realidad, el ser humano. La ciencia y su método asumieron con creces esa misión. Sin embargo, la pila de datos entregados por ésta parece haber causado alguna confusión en nuestra perspectiva, ocluyendo su capacidad integradora. Presa de la experiencia sensible, de la “evidencia” y del dato, la medicina todavía no conceptúa un modelo teórico de enfermedad, aunque paradójico para cualquier profano en esta revisión se plasma esa conclusión. Así, la discusión de cómo definir enfermedad es la misma de hace un siglo, esto es, la dicotomía naturalista-valorativa.

4.1.2. Enfermedad.

La OMS define el término de enfermedad como una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, generalmente sus causas son conocidas. Para que una enfermedad ocurra es necesario que se presente en una serie de hechos que la faciliten, estos constituyen a la llamada triada ecológica o epidemiológica que consta de agente, huésped y medio ambiente; de esta manera “las enfermedades se pueden clasificar según su duración como agudas y crónicas, según su distribución como esporádica, endemia, epidemia y pandemia o según su etiopatogenia como enfermedades endógenas, enfermedades exógenas, enfermedades ambientales y enfermedades de etiología multifactorial”²³.

4.2. Triada ecológica o triada epidemiológica

La OPS en el módulo de principios de epidemiología para el control de las enfermedades MOPECE (sigla), define la triada epidemiológica como: “un modelo tradicional de causalidad de las enfermedades transmisibles; en éste, la enfermedad es el resultado de la interacción entre el agente, el huésped susceptible y el ambiente” (OPS, 2002, 17).

Esta comprensión, parafraseando a Gordis²⁴ es un estado de equilibrio entre diferentes factores que se relacionan entre sí, siendo estos: agente, huésped y ambiente. Cuando estos tres elementos están en equilibrio se dice que hay salud, pero si alguno se perturba, el equilibrio se perderá originando la enfermedad, si la balanza se inclina hacia el lado de los agentes la capacidad que tienen estos de infectar y enfermar a una persona irá en aumento, pero, si la

balanza se inclina hacia el lado de los huéspedes lo que aumentará será la cantidad de individuos susceptibles a enfermarse en una población.

El agente es cualquier elemento o sustancia cuya presencia, exceso o ausencia puede servir de estímulo a un proceso patológico. Los agentes patogénicos pueden ser biológicos como parásitos, bacterias, hongos o virus; químicos como yodo, flúor, gases nocivos, drogas o polvo; y físicos como presión atmosférica, humedad, temperatura, ruido, fricciones o cosas mecánicas. El huésped es el componente central de la triada ecológica, podría ser una persona o un grupo de personas; los factores pueden ser biológicos como el grupo etario, el grupo étnico, el sexo, familia, estado nutricional o algunos factores genéticos; de comportamiento como hábitos, costumbres y ocupación, la exposición a factores de riesgo en la labor realizada y factores psicológicos o sociales como recreación, alimentación y nutrición. El último de los elementos es el ambiente, entendido como todas aquellas condiciones o factores externos que pueden contribuir en la aparición de una enfermedad; algunos ejemplos pueden ser el clima o la topografía en la que vive el huésped, estos factores serán llamados factores físicos. Existen factores biológicos, son todos aquellos seres vivos que rodean a las personas incluyéndolas, no sin dejar de lado los factores socioeconómicos como el estatus social, la seguridad social, las actividades económicas, las prácticas alimentarias e incluso los procesos de higiene del huésped que pueden generar una enfermedad; por lo tanto, para que se presente una patología es necesario que el agente entre en contacto con el huésped y se presenten ciertas condiciones propiciadas por el ambiente, Gordis²⁴.

La salud está íntimamente relacionada con la enfermedad, así, de ambas se dirá, que el equilibrio entre el ambiente, el hombre y su entorno propiciarán el estado de salud y que el desequilibrio entre estos mismos propenderá un estado de enfermedad.

Una vez definido qué es la enfermedad, el concepto arroja una serie de subcategorías interrelacionadas, estas se llamarán determinantes sociales de la salud, es decir, los factores que influyen en el estado de salud del individuo o de la comunidad y se enuncian de la siguiente manera: biológicos, ambientales, estilos de vida y salud pública; este último hace alusión al cómo los centros médicos y sus medios sanitarios o de servicios influyen en la salud de las personas.

A partir de la década de los 70 **varios** grupos latinoamericanos empezaron a trabajar sobre la necesidad de superar una visión de la salud que trascendiera el término de la enfermedad. Lo que permitió evidenciar que la salud era un asunto tan complejo que trascendía el núcleo individual y permeaba lo colectivo, a esto se le llamó determinación social de la salud, es así como esta abarca lo individual y la escala del grupo socioeconómico y de la sociedad en total, así se postularon tres dimensiones para abordar la salud: la general, la particular de los grupos y la individual de la familia.

A nivel general la estructura socioeconómica es sumamente importante porque es la que determina hacia dónde va la sociedad, si la lógica de la sociedad es la acumulación de riqueza, esto significará que si hay acumulación por parte de una elite en particular, que es la propietaria de los grandes medios de producción, este proceso estará relacionado con un sistema social de exclusión. Este sistema, entonces, está íntimamente ligado a una forma de organización política y, a su vez, se teje con un sistema de organización y de desarrollo cultural, así, estos tres aspectos (la estructura económica, la configuración política y la configuración cultural), forman lo que se llamará la determinación general de la salud, ese marco es el que define los modos de vivir de los diferentes grupos sociales, los cuales existen negociando en relaciones de poder su vida, unos tienen algunas opciones otros no, ese modo de vivir (trabajar, consumir, organizarse los soportes sociales y colectivos, a la forma como se construye la identidad y las relaciones con el medio ambiente de calidad ambiental que disfrutan o no en cada grupo social) es un profundo condicionante de la salud, esta es la dimensión particular, los individuos se desarrollan como parte de un grupo y el grupo se desarrolla como parte de una lógica general de la economía la política y la cultura, así, la salud son las tres cosas, no se puede aislar la relación entre lo económico, lo político y lo cultural. Las desigualdades de las clases sociales que viven algunas personas hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y de gozar de buena salud sean casi imposibles de alcanzar Breilh²⁵.

Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto una clara relación entre el estado de salud y de enfermedad y la clase social a la que se pertenece. Una referencia clásica es el Informe Black, realizado en el Reino Unido en 1980, en el que se concluía que hay diferencias en el nivel de salud entre las clases sociales; que el individuo medio de los grupos socioeconómicos superiores está más sano, es más alto y fuerte, y vive más tiempo que las personas que pertenecen a grupos inferiores; y que las mayores diferencias se encontraban en la mortalidad infantil y en los

Comentado [MOU4]: Revisar el texto por cuanto hay muchas palabras que quedron juntas. Parece un problema del espacio.

individuos con menos recursos económicos. Investigaciones más recientes han destacado que los pacientes de las clases trabajadoras reciben un trato distinto en la atención sanitaria, que el hecho de estar desempleado o en situación de precariedad laboral daña la salud, y que la inseguridad en el empleo o la percepción de amenaza de despido actúan como factores perjudiciales para la salud.²⁵

El origen y grupo étnico también de una u otra manera se ve relacionado y/o afectado por desigualdades presentes en la sociedad. Cada grupo tendrá sus diferencias a la hora de entender los procesos de salud-enfermedad y enfermedad-muerte. Las enfermedades para los grupos indígenas no serán iguales que para la población que usa y practica la medicina occidental. Por otro lado y cobrando la misma importancia de lo mencionado, la situación de las personas que habitan los cinturones de pobreza de las ciudades o que radican sus viviendas en zonas marginales, caracterizadas por la ausencia de bienes materiales adecuados (servicios públicos, condiciones de comodidad y medio ambiente), con independencia de su situación socioeconómica, se encontrarán en una situación de riesgo en salud, así, las áreas geográficas catalogadas como pobres serán un foco de enfermedad, mientras que aquellas cuyas características son favorables para un adecuado estado de salud, estarán menos expuestas a una situación álgida en cuanto al proceso salud-enfermedad.

4.3. Cosmovisión

Conocer la cosmovisión de salud y enfermedad en la comunidad indígena permitió elaborar una propuesta de salud intercultural, como diálogo desde una experiencia local enfocada hacia una política pública de salud.

El fenómeno de la salud/enfermedad en América Latina se caracteriza por su diversidad cultural y, en muchos casos, es el producto del contacto histórico entre las culturas nativas con la hispano-europea. Los conocimientos sobre salud, enfermedad y atención se manifiestan en las distintas concepciones de lo que significa lo saludable y lo enfermo.

El concepto es un neologismo, *weltanschauung*, formado por palabras de la lengua alemana: *wel*, que puede traducirse como “mundo”, y *anschauen*, que es sinónimo de “mirar”. En griego está conformada por “*cosmos*”, que es equivalente a “ordenar”, y el verbo “*visio*”, que significa “ver”. Así se entenderá que la cosmovisión es la manera de ver e interpretar el mundo dentro de un sistema de creencias que estructuran la construcción social de la realidad de

determinado sistema cultural. En este sentido la cosmovisión abarca lo individual y lo colectivo y, a su vez, puede variar según la época.

Por esta razón es importante destacar que para los Embera Chamí El contenido teórico, mitológico y empírico que orienta la vida de su comunidad está cohesionado por una concepción de cosmos cuyo eje es la *Pacha Mama* (madre naturaleza), dicha concepción se cristaliza en cosmogonías y cosmovisiones, términos que dotan de sentido la cotidianidad de los indígenas, su interacción con el entorno, con sus *álder ego* y con la divinidad.¹

Es así como la Cosmovision que tiene la cultura indígena Embera Chami se ve reflejada en las creencias y tradiciones ancestrales, desde el imaginario que la tierra los provee de lo que necesitan, hace parte de su arraigo y su cotidianidad que han pasado de generación en generación esperando que sus tradiciones continúen y no mueran a través del proceso intercultural con la medicina tradicional.

La cosmovisión es un conglomerado de paradigmas e ideologías sociales propias de un conjunto de personas o sociedad, a partir de los cuales se estructuran los discursos y las creencias de las mismas. Tal hecho tiene lugar en un contexto específico y es producido para que las personas actúen con base en él y en las transformaciones que implica su desarrollo¹⁴. En consecuencia, la cosmovisión representa toda una forma de concebir al mundo, dado es una concepción histórica, que no es estática, sino al contrario, cambia de acuerdo al tiempo.

4.3. Interculturalidad.

El mundo social actual en que se encuentra inmersa la humanidad es claro que se tiene una visión amplia debido a diferentes aspectos que se presentan incluyendo el bagaje cultural que es permeado por mitos, costumbres, tradiciones y características específicas de grupos, presentándose la multiculturalidad o diversidad de culturas que permiten ese intercambio de experiencias y que tienen influencia de una cultura a otra.

Antes de definir interculturalidad es importante tener en cuenta el significado de cultura, dice Tyior, tomada en su amplio sentido etnográfico, es aquel complejo todo que incluye conocimiento, creencia, arte, la moral, ley, costumbre y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. Taylor. E.B.²⁶

Este significado se da a partir de un proceso muy importante para el ser humano como es el de socialización, teniendo en cuenta que este se realiza a través de las personas o grupos que se encuentran mas cercanos como la familia, y escuela, aquí mas que **transmitir** se comparten y enseñan aspectos relevantes de la cultura que dan sentido y definen quien se es apropiándose de una identidad personal, familiar, social y cultural.

El concepto de la interculturalidad parte de la base de que todas las culturas son igual de válidas, y en un proceso de entendimiento mutuo se realiza un acercamiento al “otro” o “extraño”, que al mismo tiempo implica un enfrentamiento con la propia cultura, se manifiesta en un movimiento que traspasa fronteras, nunca se queda quieta, esquivada al control, porque está cambiando todo el tiempo la perspectiva y así observa al observador.²⁷

En Colombia es fácil vivir la interculturalidad debido a los diferentes grupos étnicos que se encuentran y la interacción entre los mismos en un territorio el cual se puede definir el territorio se define como la expresión global de lo espacial, lo social y lo vivido, como una temporalidad más o menos frágil, como el encuentro del significante y del significado, de lo material y lo inmaterial... El territorio podría constituir una suerte de categoría superior para la geografía social y cultural²⁸

De esta manera se determina al territorio no sólo como un espacio físico también es un lugar donde sus actores sociales comparten las prácticas sociales, creencias, costumbres que en ocasiones se diferencian por la diversidad cultural y por la división de político administrativa.

Por esta razón es que en un mismo territorio hablando de espacio geográfico pueden habitar varios grupos sociales que tienen diferente cultura pero que son permeadas o influenciadas entre sí, que permiten encuentros de experiencias significativas en cuanto a creencias, tradiciones, rituales, y lengua que las personas van apropiando y resignificando.

Comentado [MOUS]: Es importante justificar el texto Word. Consultando las normas de presentación ¿??? Que se exige?????

5. Materiales y métodos

5.1. Tipo de estudio: método cualitativo

Esta propuesta metodológica de tipo cualitativa buscó estudiar la salud no solo como el resultado de determinadas intervenciones, sino que la exploró desde el punto de vista de la concepción cultural y simbólica que la población tiene de la misma, lo que implicó una perspectiva fundamental para el desarrollo de la salud pública. Muchos problemas esenciales como (formas de pensamiento, creencias costumbres, religión) para la investigación y la práctica en el campo de la salud están profundamente arraigados a sus respectivos contextos culturales. Las personas enfrentan en las comunidades decisiones y retos que están condicionados por su integración en múltiples grupos sociales, por ende, esto es abordado desde un enfoque cualitativo.

Para Jiménez³⁰ (2000) el o los métodos cualitativos se estructuran a partir del supuesto de que los símbolos y los significados son las sustancias que componen o crean el mundo de lo social. Así, lo intersubjetivo, visto desde un sistema de interacción entre subjetividades o sujetos, se convierte en el punto de partida del método, pues es en esta interacción donde se encuentran los significados que una comunidad o grupo social pueden tener acerca de un fenómeno o proceso particular, evidenciando cómo los significados son ampliamente compartidos gracias a la intersubjetividad.

Metodología etnográfica

El trabajo de campo etnográfico en salud posibilitó una aproximación al contexto del pluralismo asistencial detectado en los procesos de salud/enfermedad/atención de los miembros de la comunidad que se pusieron en estudio, así como el análisis de la relación entre sus representaciones y sus prácticas.

Actualmente según Guber³¹ el concepto es entendido como un proceso dialéctico entre descripción e interpretación, el cual posibilita la elaboración de interpretaciones del conjunto de creencias, actitudes y prácticas de los sujetos observados, lo que se realiza por medio de una labor sistemática dirigida a un contexto determinado. Esta descripción será la interpretación que le asigna a este conjunto o representaciones el investigador, lo que permite concluir que la

Comentado [MOU6]: Que se quiere decir????

etnografía es una articulación entre la descripción de un fenómeno y la interpretación dada por el investigador desde un corpus teórico.

Una de las condiciones necesarias para elaborar la investigación en el marco de la etnografía, es que el investigador o etnógrafo habite el territorio en el que desarrollará su trabajo, a la vez su estancia ha de ser prolongada y deberá propiciar una convivencia cercana con la comunidad sin interferir en los procesos cotidianos de la misma. Todo esto le permitió al investigador construir una interpretación de las vivencias al interior del grupo humano investigado, siendo la interacción la herramienta que posibilitó documentarse acerca de la forma en la que el “otro” crea y representa su “realidad”, tal y como no lo refiere Malinowski³²

En el trabajo de campo del etnógrafo es necesario seguir algunos pasos de forma paciente y sistemática para poder lograr los objetivos propuestos; estos se denominan principios metodológicos, y son: 1. el investigador debe tener solo propósitos científicos y conocer los criterios y normas de la etnografía moderna; 2. tener un buen lugar para realizar el proceso de observación, sea este el mismo donde habita el sujeto observado o uno diferente, y 3. utilizar métodos precisos para la recolección de datos, su manejo, análisis y prueba de hipótesis.

El etnógrafo, según Pérez³³ no solo debe tener listas las redes en el lugar en el cual realizará la observación, ya que los resultados de la etnografía no se obtendrán solo por una buena experiencia práctica, sino que es necesario que tenga un bagaje en documentación etnográfica, los resultados de investigaciones previas, sus principios y objetivos plenamente identificados. Debido a ello se le pide una buena preparación teórica y estar actualizado con la información. No es lo mismo estar lleno de ideas preconcebidas, que estar documentado. Para la investigación en la parcialidad indígena El Palmar se contó con la participación de un antropólogo y del líder del proceso, facilitando así la recolección de la información pertinente para el entramado que se pudo construir, los procesos interdisciplinarios obedecen a las lógicas del entendimiento de lo que es la salud y la enfermedad para un pueblo indígena.

5.2. Población muestra y muestreo

Agentes tratantes “sabedores” (médicos tradicionales, jaibanás y parteras) seis jaibanás y una partera, quienes fueron identificados en el proceso de concertación del trabajo con la comunidad indígena siendo elegidos por el gobernador de la parcialidad para posibilitaran el estudio del sistema de creencias del pueblo embera chamí,

Según la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) el pueblo emberá chamí, es un grupo étnico indígena hablante de la lengua embera, su nombre significa la gente de la cordillera, quienes viven en distintas comunidades en los departamentos de Antioquia, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Caldas.

La población que se indagó corresponde a la comunidad indígena El Palmar, compuesta por 64 personas, distribuida por grupos etarios de la siguiente forma: primera infancia de 0 a 5 años: 10; 6 a 10 años: 13; 11 a 17 años: 13; 18 a 28 años: 10; 29 a 59 años: 15; mayores de 60 años: 3, para la caracterización de la población se hace uso del aplicativo de atención primaria en salud, herramienta del observatorio de salud de la Dirección Territorial de salud de Caldas, dicha caracterización obedece al seguimiento, conteo y descripción de la situación psicosocial de la comunidad indígena, la información fue levantada en campo gracias a un equipo de colaboradores de la E.S.E Hospital San Bernardo de Filadelfia, el proceso de caracterización de la comunidad indígena inició en el año 2016 y se actualiza cada año.

De esta población se seleccionaron como muestra siete sabedores, quienes ofician la labor de conservar la tradición y el conocimiento de sus antepasados, siendo médicos tradicionales, jaibanás, parteras y sobanderos, los cuales poseen la función de reproducir y transmitir el conocimiento de las prácticas a futuras generaciones, que son todos los que pertenecen a la parcialidad indígena, mientras que los dos grupos focales de la población niños y adultos fueron conformados cada uno por seis personas.

5.3. Instrumentos de recolección de la información.

5.3.1 Observación directa

El desarrollo de la etnografía está íntimamente ligado a la interpretación de los procesos de vida de un grupo humano, el cual es llamado objeto de estudio, la observación directa da cuenta de ello, desde la interpretación que el investigador alcanza de un fenómeno en particular, todo esto bajo el amparo teórico. Esta estrategia permite que el sujeto observante obtenga de primera mano la información necesaria para su investigación, como ventaja se tiene el acceso constante a las comunidades. En el proceso investigativo fue de vital importancia la observación de los procesos sociales de la comunidad ya que se pudo determinar la relación existente entre ,

las prácticas, conductas y comportamientos y respecto del objeto de investigación (salud-enfermedad), de los instrumentos empleados en los procesos. Podrá elaborarse una aproximación gracias a la descripción de los territorios habitados por el grupo específico en los que se dan los procesos de interacción, las casas, los lugares de reunión, los sitios sagrados, entre otros. Se pudo conocer la clasificación del tiempo, tanto para lo sagrado como para lo profano; es decir, los días de ritual y los días ordinarios, las festividades, y demás tipos de celebraciones. La observación directa permitió conocer el sistema de relaciones o agrupaciones bajo el cual está regido a la comunidad; cada realidad viabiliza puntos concretos de observación vistos bajo el ojo del investigador, así se logra evidenciar cómo es dentro del imaginario colectivo de esta comunidad la experiencia entorno a la salud y la enfermedad teniendo como punto de referencia la cosmovisión de la comunidad indígena *Embera Chamí* a lo largo del proceso metodológico.

5.3.1.1. Fases de la observación directa o participante en la investigación.

1. La primera fase consistió en la elaboración de una observación descriptiva, a partir de las aproximaciones a la comunidad en pro de conocer la estructura organizacional de la parcialidad indígena El Palmar y caracterizar sociodemográficamente la misma, y así se identificaron posibles narradores culturales con información relevante (jaibanás, parteras, médicos tradicionales y/o chamanes).
2. Una segunda fase se dio entorno a una observación enfocada y buscó específicamente conocer cómo se perciben y se viven los procesos de salud y enfermedad en la comunidad, desde el sistema propio de creencias de las enfermedades de tipo jai y las enfermedades de Dios, así, se logró establecer la ruta de atención a la comunidad tomando como primer filtro el doctor jaibana o médico tratante, quien a su vez es el encargado de remitir a los pacientes para que sean atendidos por el sistema de salud occidental.
3. Tercera y última fase, observación selectiva, esta se concentró en distintos tipos de actividades para ayudar a delinear las diferencias o relevancias en la presentación de las enfermedades en la comunidad tanto de las enfermedades de tipo jai, como de las enfermedades de Dios. Se participó en el canto de *lajai*, el cual fue documentado como fuerza práctica dentro del sistema de creencias de la parcialidad indígena El Palmar del municipio de Filadelfia.

5.3.2. Entrevista semiestructurada

La entrevista como técnica de investigación cualitativa se convierte en un instrumento que se fundamenta en el diálogo con el otro o con los otros, de este emergen los significados que le atribuyen los individuos al fenómeno que se pretende abordar, el preguntar, el conocer por medio de las palabras propias las cuales son fundamentales a la hora de entender un fenómeno desde la semántica que le otorga la población objeto de estudio.

Las entrevistas semiestructuradas son más flexibles y se utilizaron en la investigación para propiciar un diálogo en el que el sujeto participante se sintiera cómodo y de esa comodidad surgiera la información necesaria para el desarrollo del proceso debido a que en su mayoría las personas a entrevistar dominan ampliamente el Embrea Bedea y no el español lo que fue un impedimento para aplicar un instrumento rígido o cerrado, así las entrevistas semiestructuradas se presentaron como diálogos coloquiales que posibilitaron la emergencia de claves que permitieron el entendimiento del conjunto de significados existentes en la cosmovisión de la comunidad indígena sobre los procesos salud-enfermedad.

Las temáticas tratadas fueron: cómo se entiende la salud, la enfermedad, cómo se cura, cómo se enferma, cuál es el significado de la vida, del individuo y de la comunidad; se explicó al entrevistado la dinámica y se le pidió su consentimiento para ejecutar la entrevista, a su vez la información fue almacenada en dispositivos de grabación de voz y de imágenes.

Este tipo de entrevista es la que ha despertado mayor interés ya que “...se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista. De manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario”³⁰.

5.3.3. Grupo Focal

Se crearon grupos focales como elemento fuerza en el diseño metodológico cuyo rol fundamental fue el de analizar desde sus relatos las particularidades de los roles que desempeñan los miembros de la comunidad a la hora de dar atención a una enfermedad propia. Los grupos focales fueron constituidos por la reunión de distintos miembros de la comunidad los cuales fueron tratados como informantes o narradores culturales cuyo oficio se relacionó directamente con las prácticas de la salud dentro del grupo, a su vez, también se

abordó a aquellos que sean tratados por el especialista o jaibaná, médico o chamán según sea el término que se le asigne al tratante.

Se conformaron tres grupos focales, contando con el consentimiento informado del gobernador de la comunidad quien autorizó la participación de menores de edad y demás población en el proceso investigativo siendo él la máxima autoridad para la comunidad indígena de la parcialidad “El Palmar”

- Niños y niñas entre los 9 y los 15 años
- Personas mayores de 16 años.
- Agentes tratantes “sabedores” siendo 7 personas las identificadas por la comunidad como ejecutores de dichas prácticas.

El primer grupo estuvo contenido por población sin distinción etaria, es decir, niños, adolescentes; el segundo por jóvenes, adultos y adultos mayores; mientras que el último fue conformado por los “sabedores” de la comunidad.

Es importante resaltar que al momento de desarrollar el grupo focal se tuvo en cuenta un modelo de conversatorio ya que fue un espacio donde se promovió la participación de las personas asistentes con el fin de realizarlo de una forma propositiva y colectiva.

5.4 Aspectos éticos

En este trabajo no se manipularon variables biológicas en la población objeto de estudio, por tanto, su clasificación es de riesgo mínimo según la Resolución 008430 de 1993. Esta investigación cumplió con los lineamientos planteados en la declaración de Helsinki, no se realizaron experimentaciones en seres humanos, pues el propósito de esta investigación es científico y no terapéutico con respecto a la población objeto de estudio. Se contó con el consentimiento informado de manera escrita de la participación de la población objeto, este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Caldas.

En este contexto al abordar a la población menor de 18 años, se tuvo en cuenta los aspectos estructurales del sujeto acerca de su dignidad, territorialidad y cosmovisión sin alterar las creencias e ideales propios de las comunidades autóctonas del territorio colombiano.

Es muy importante para fines éticos de esta investigación aclarar que el consentimiento informado firmado por el gobernador indígena Narcés Guasarave funje como un permiso para todos los miembros de la comunidad ya que él representa la máxima autoridad para la comunidad indígena y ningún miembro de la comunidad puede adelantar o servir como narrador cultural si no es informado previamente el gobernador, así mismo es él quien permite que los menores de edad participen en el proceso investigativo, sin embargo en el sistema cultural de la comunidad indígena precisamente en el ciclo vital un niño deja de ser niño cuando va al campo a trabajar y una niña deja de ser niña cuando presenta su primera menstruación.

5.5. Plan de análisis y procesamiento de la información.

5.5.1 Técnica de análisis de datos

ATLAS. TI.

5.6 Análisis de los resultados

Se realizaron intervenciones a la población de estudio (siete en total), lo que permitió medir aspectos que arrojaron una visión de los jaibana respecto a la concepción de la salud y la enfermedad en su población. Este contexto permitió establecer la caracterización sobre diferentes casos para determinar índices acerca del manejo de las patologías y su correspondiente cosmovisión como población y territorio autóctono. Los determinantes sociales entre ellos: acceso a vivienda digna, formación educativa y servicios de salud de los pueblos indígenas, reflejan algo más que su desventaja frente a su posición racial, permiten ver su comportamiento como comunidad. Los pueblos indígenas han señalado activamente la importancia de un enfoque basado en los derechos, para hacer frente a su situación de desventaja y asegurar la supervivencia de su cultura. Esto muestra la pertinencia de este tipo de estudio, ya que resalta aspectos esenciales en la configuración social y cultural de esta comunidad.

La parcialidad Embera Chamí El Palmar

5.6.1. Contexto actual del pueblo embera chamí de Caldas



Figura 1. Comunidades emberaschamíes de Caldas
Fuente: tomada de Universidad Distrital de Colombia

(...) En tiempos prehispánicos los Embera se conocieron como indígenas “chocó” o “chocoes”, y compartieron la lengua nativa, la cosmovisión Jaibaná, la movilidad territorial, el gobierno no centralizado, la cultura selvática y la estructura social, que radica en unidades familiares la base de su sociedad y en unidades sociales más amplias, el desempeño de diversas actividades³⁰.

La salud es de vital importancia para alcanzar la armonía plena e integral de la población indígena con los elementos esenciales y naturales del territorio, que se logra mejorando las condiciones dignas de vida y elevando la sabiduría del respeto por la madre tierra. En esto los jaibanás, el sabedor tradicional cumplen un importante papel de mantener la armonía con la tierra y el equilibrio espiritual. Las comunidades indígenas tienen sus propios sabios para consultar los males o enfermedades propias, algunos casos se complejizan y deben llevarse a centros hospitalarios para ser atendidos por la medicina occidental, ya que las enfermedades existentes al interior de los pueblos indígenas no son solamente relacionadas a la espiritualidad, sino que hay otras enfermedades que ameritan ser tratadas desde el sistema de salud convencional.

Según Ulloa³¹ los pueblos emberas (katío, chamí, dodiba y eperara siapidara) en la época prehispánica, compartían un espacio común al igual que algunas características culturales como

la lengua, la cosmovisión, el jaibanismo, la movilidad territorial, el gobierno descentralizado, la vida selvática y sus formas de organización y de representación en lo que estaba organizado en un territorio amplio y unido por medio de relaciones sociales de diferente orden, el proceso de colonización fraccionó y segmentó el territorio Embera. Actualmente, y desde finales del siglo XX, los Emberas con territorio fraccionado han logrado permanecer gracias a que mantienen una cohesión a nivel cultural con elementos de identidad muy fuertes como su lengua, su tradición oral, el jaibanismo y la organización social mediante cabildos y una nueva organización política a través de las organizaciones regionales, como consejos regionales y asociaciones de distintos sectores de las comunidades, entre los que se destacan médicos tradicionales, parteras y jaibanás.

Los indígenas del departamento de Caldas hacen parte de los pueblos originarios que durante muchos siglos habitaron el margen izquierdo de la región del río Cauca medio, específicamente, entre los municipios de Anserma y Marmato y de los pueblos que han habitado el territorio Chamí en el departamento de Risaralda. De los 27 municipios del departamento en 11 de ellos se encuentran ubicados los resguardos y parcialidades indígenas tales como: Anserma, Belalcázar, Filadelfia, Neira, Riosucio, Risaralda, Supía, Viterbo, San José, Marmato y Palestina.

Los procesos de migración internos en el país trajeron a la comunidad indígena del Palmar al municipio de Filadelfia a finales de la década de los 90, algunos, como el caso de los fundadores de la parcialidad Don Miguel y Don Octavio, llegaron en búsqueda de mejores oportunidades laborales, una de las características principales del pueblo embera chamí es su condición nómada, la cual ha posibilitado su expansión por el territorio nacional, sin embargo, algunos comuneros también llegaron a la comunidad huyendo del conflicto armado.

La comunidad indígena presente en el municipio de Filadelfia, Caldas no es una comunidad endógena o propia del territorio, la configuración territorial de la parcialidad se da en torno a procesos de migración de una familia en particular, los cuales se desplazan desde el departamento de Risaralda, específicamente desde el municipio de Marsella, la siguiente información se obtuvo por parte de los integrantes de la comunidad quienes narraron su historia y cuando llegaron a hacer parte del Municipio de Filadelfia-Caldas dicho desplazamiento obedece a procesos de migración, producto de las pocas oportunidades laborales a los que los indígenas se exponen en su diario vivir, la apropiación y configuración territorial responde a la toma de un predio en el año 2006, específicamente, la finca El Carretero en la vereda La Ceiba

Comentado [MOU7]: En que se respalda esta información
¿????

del municipio de Filadelfia, en su condición de indígenas el gobernador del asentamiento, en ese entonces, comienza la negociación de un predio, para ello abona un capital y el resto les es concedido para ser pagado a cuotas; no obstante, la comunidad dejó de pagar el dinero, por lo que el propietario toma la decisión de reclamar su tierra, la comunidad se opuso ofreciendo resistencia, solicitaron apoyo al CRIDEC. Esta situación evidenció a nivel regional la presencia de una comunidad indígena en el municipio, el CRIDEC gestionó la adquisición completa del predio al igual que la de uno nuevo en la vereda Aguadita Grande en el que se instaló Don Miguel Guasarave y su familia.

La comunidad indígena El Palmar es una sola familia originada por un par de hermanos (Miguel y Octavio Guasarave), quienes llegaron a trabajar como caficultores y al ver que las condiciones de vida eran mejor para ellos, empezaron a traer desde su natal Marsella a sus hijos, primos, tíos y hermanas, lo que posibilitó que se convirtieran en una parcialidad indígena.

La comunidad en un principio fue un asentamiento, esto quiere decir que era una población sin apropiación territorial, que debido a una situación migratoria llegaba a habitar un territorio ajeno al suyo, después de este proceso, la comunidad se transforma en parcialidad indígena, al ser reconocida como un grupo étnico que comparte rasgos particulares y usos y costumbres propios, sin embargo, no cuenta con autonomía territorial pues su espacio no es del todo propio, la meta de la comunidad es convertirse en resguardo, este tiene características específicas pues pertenecerá al colectivo según los artículos 63 y 329 de la Constitución Política de Colombia, el resguardo, es un territorio inalienable, imprescriptible e inviolable, otorgándoles así plena autonomía; no obstante, la comunidad aún no cumple con los parámetros exigidos por el Ministerio del interior para convertirse en resguardo, debido a los procesos de división internos y al poco aumento demográfico de su comunidad. Esta información se evidencia a partir de las narraciones realizadas por el gobernador Narces, los integrantes de la comunidad entrevistados y la caracterización elaborada la cual arrojó los datos.

Con relación a su sistema de organización y gobernanza, la comunidad indígena se organiza bajo la estructura de un cabildo indígena, teniendo como principal líder o “cabecilla” a un gobernador o gobernadora, elegidos mediante voto popular, al igual que un grupo de compañeros o cabildantes electos bajo la misma modalidad. En palabras de los propios indígenas, el gobernador es el encargado de velar por el bienestar colectivo de los miembros de

la parcialidad mediante la gestión de acciones que mejoren sus condiciones de vida; el segundo gobernador oficiará la labor de reemplazar al gobernador en aquellos eventos o reuniones a las cuales no pueda asistir, por esto lo reconocen como segundo gobernador, gobernador encargado o suplente; por otra parte, quien sea designado como secretario tomará nota de las memorias de los encuentros o reuniones a los cuales convoca el gobernador; el tesorero se hará cargo del control de ingresos y gastos de la comunidad; el fiscal tomará decisiones relacionadas con el uso de la ley y la justicia propia; y el guarda mayor la hará aplicar, por lo general, los hombres de la comunidad en su mayoría integran la estructura de gobierno de la parcialidad, los mayores se cuentan como consejeros pero no pertenecen a la estructura de gobernanza.

A nivel económico, la parcialidad indígena depende en su mayoría de ingresos económicos producto de la venta de la mano de obra de los comuneros en las tierras de terratenientes, sus trabajos oscilan entre la recolección de café, el corte de caña, la recolección de cítricos y el cuidado de haciendas y fincas ganaderas. Esta situación implica que muchos de ellos se movilizan a otros departamentos como Risaralda, Antioquia y Valle del Cauca, según sea la demanda laboral, por su parte, las mujeres en contra de lo que ha sido la tradición, en los últimos años se han desplazado también a fincas vecinas oficiando las labores de recolectoras de café, esta práctica no es habitual, pues la mujer embera se había caracterizado por quedarse en el hogar al cuidado de sus hijos.

En cuanto a la escolaridad, en esta población de 74 personas, solo el 20% de la población sabe leer y escribir y un 80% es analfabeta, los niños suelen desescolarizarse debido a situaciones de matoneo en algunos casos establecida por su condición étnica.

A continuación, se presenta en un esquema piramidal la jerarquía de la parcialidad indígena El Palmar.

Organigrama parcialidad indígena El Palmar, Filadelfia Caldas 2018

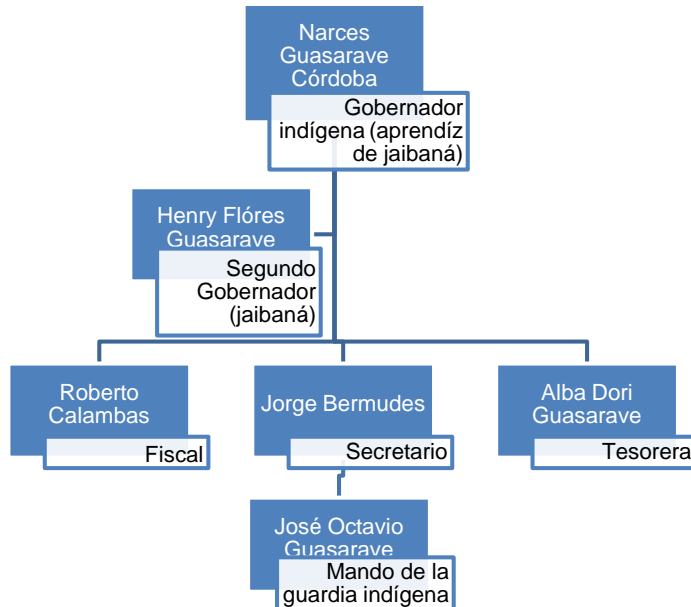


Figura 2. Organigrama parcialidad indígena El Palmar, Filadelfia Caldas
Fuente: creación propia

Dentro de la estructura de gobierno de la parcialidad indígena, la comunidad cuenta con la representación de un jaibaná y un aprendiz de jaibaná, quienes se encargan de mantener el orden social al interior de la misma, los jaibanás son llamados doctores y cuentan con el conocimiento ancestral para dar cura o enfermar a la comunidad.

la comunidad indígena está organizada como parcialidad indígena, a su vez está dividida en dos sectores: El Carretero en la vereda La Ceiba y la Aguadita Grande en la vereda La Aguadita, la estructura del liderazgo está a cargo del gobernador indígena Narces Guasarave, algunos miembros de la comunidad manifiestan su inconformismo con lo que ellos llaman “gobierno” en relación a su líder, pues señalan que a pesar de ser una sola comunidad ellos se encuentran divididos entre “los de arriba” y “los de abajo”: “el jefe vive con los de abajo” señala Don Miguel uno de los jaibanás mayores de la comunidad; esta comunidad cuenta con 7 jaibanás, doctores espirituales quienes en palabras de los miembros de la comunidad son los

encargados de curar las enfermedades que no son de Dios, estas enfermedades son ocasionadas por espíritus o *jais* ya afectan el estado de la salud espiritual, el cual se refleja en los aspectos corporales; según Don Miguel Guasarave, existen *jais* buenos y malos, los malos pueden provocar la muerte de cualquier persona a quien deseen afectar, por el contrario los *jais* buenos pueden espantar a tiempo a los malos para evitar la fatalidad.

En un próximo apartado se hablará con detalle acerca de lo que significa y representa el *jaibanismo* en el pueblo embera chamí.

Una vez hecha la contextualización de la parcialidad indígena se hace necesario, en términos de salud y enfermedad, hablar un poco de la caracterización en salud y del perfil epidemiológico del Palmar, en virtud de empezar a diferenciar el sistema de creencias de salud y enfermedad presentes en la cosmovisión de dicho pueblo indígena, cabe resaltar que los gráficos enunciados, obedecen a las consultas y las enfermedades tratadas por medicina occidental.

5.6.2. Contexto epidemiológico

Es importante la presentación de este apartado para entender cuáles han sido los principales motivos de consulta de los miembros de la comunidad indígena al sistema médico occidental. Desde el año 2016 hasta el año 2018 en cabeza de la gerente de la E.S.E Hospital San Bernardo de Filadelfia, se da inicio a una política de reconocimiento e integración de la comunidad indígena a los procesos institucionales en el municipio de Filadelfia, debido a que para esa entonces la comunidad indígena era invisibilizada, no existía información que diera cuenta de los procesos de acompañamiento, o una caracterización que posibilitara una atención intercultural, es por ellos que surge la necesidad de hacer un acercamiento desde la E.S.E a la comunidad del Palmar.

Como primer paso se caracterizó socio-demográficamente la comunidad indígena por parte del Hospital San Bernardo en el marco de la estrategia de atención primaria social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, encontrándose en el aplicativo 64 personas caracterizadas distribuidas en 19 familias

5.6.3. Pirámide poblacional parcialidad indígena El Palmar.

La parcialidad indígena El Palmar se encuentra conformada en su mayoría por personas jóvenes menores a 59 años, el grupo etario más representativo se encuentra entre los 29 a 59 años seguido por el de 6 a 11 años.

Pirámide poblacional 2016-2018

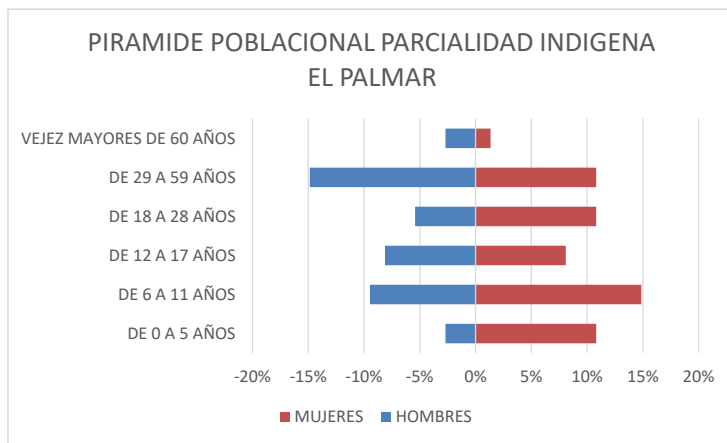


Figura 3. Pirámide poblacional parcialidad indígena El Palmar
Fuente: Hospital San Bernardo Filadelfia

La población indígena hace presencia en la totalidad del territorio colombiano; sin embargo 10 departamentos concentran casi el 80% del total de la población indígena del país dentro de los que se destaca Caldas con 2,75% de la población. Lo que recarga el interés en el estudio que se está realizando en la población indígena El Palmar.

Al analizar las condiciones de la comunidad, a la vista de los determinantes sociales de la salud, según las fichas de caracterización la cual es aplicada por la E.S.E y entregada a la dirección territorial de salud de caldas como componente de la estrategia atención primaria social del departamento se encuentra lo siguiente:

Para educación el 38% no tiene ningún nivel educativo, seguidos por los que tienen un nivel de escolaridad mínimo, es decir, que sólo alcanzan el ingreso a la educación básica

primaria, sin embargo, es preocupante el hecho de que la mayoría de los habitantes no tienen ningún nivel de escolaridad, lo que generará una percepción difuminada de la calidad de la salud en toda la población. De esta manera, cabe rescatar la tradición medicinal de la comunidad que ha permitido tener un sentido global de la percepción de salud dentro de la comunidad.

Tabla 1. Condición educativa del total de la comunidad indígena el palmar. Año 2018.

Condición educativa	Número	Porcentaje
Ninguna	18	38%
Grado 0	7	9%
Primero	10	14%
Segundo	6	8%
Tercero	5	7%
Cuarto	5	7%
Quinto	6	8%
Sexto	2	3%
Séptimo	2	3%
Noveno	2	3%
Once	1	1%
Total	64	100%

Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia Estadísticas. Año (2018)

Este indicador busca medir el acceso a los servicios de salud por parte de la población Embera Chami en el periodo de investigación. De acuerdo con los datos analizados entre 2016 y 2018, este indicador ha venido mejorando su comportamiento, lo que significa que más población viene participando de los procesos mediante los cuales cada uno de los representantes de la comunidad comienzan por reconocer la importancia del conocimiento médico respecto de las necesidades de salubridad dentro de la población. Actualmente en el año 2018 la mayoría de la población pertenece al régimen subsidiado con un total del 80% del total de la comunidad y tan sólo un 2% hacen parte del régimen contributivo, evidenciando la condición social de esta población, caracterizada por la condición de vulnerabilidad y apremiante necesidad de ser asistidos por el Estado..

Tabla 2. Afiliación en seguridad social en salud de la comunidad indígena el Palmar año 2018.

Salud – aseguramiento	Número	Porcentaje
Contributivo	2	3,12%
Subsidiado	59	92,18%
Población no afiliada	3	4,68%

Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia. Año (2018)

Las familias no tienen acceso a agua potable, alcantarillado ni recolección de basura, lo que evidencia que los miembros de la comunidad no poseen las condiciones adecuadas para llevar una vida en condiciones dignas, con las medidas de salubridad básicas a partir de las cuales proyectar los fundamentos esenciales de su cosmovisión.

Tabla 3. Acceso a servicios públicos por familias en la comunidad indígena el Palmar año 2018.

Acceso a servicios públicos por familias	Sí	No
Agua potable	0	19
Energíaeléctrica	19	0
Alcantarillado	0	19
Recolección de basura	0	19
Acueducto veredal	19	0

Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia. Año (2018)

Las condiciones de la vivienda no son óptimas. Los determinantes Sociales en Salud, (DSS), se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, así como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar y se proyecta en las condiciones adecuadas. Los DSS apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos de vivienda que se traducen en disoluciones en la salud, que afectan directamente el empleo, la educación y el medio ambiente.

Tabla 4. Condiciones de la vivienda de la comunidad indígena el Palmar año 2018.

Material paredes por familias	
Bahareque	3
Bloque, ladrillo, piedra	5
Adobe	1
Sin información	10
Total	19
Material pisos por familias	
Baldosa, vinilo, tabla	3
Cemento o gravilla	5
Madera en mal estado	1
Sin información	10
Total	19
Eliminación de excretas por familias	
Inodoro	7
Taza	1
Sin servicio	11
Total	19

Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia. Año (2018)

Continuando con la presentación del perfil epidemiológico de la comunidad se encuentra que, los motivos de atención a la comunidad indígena en el servicio de urgencias del Hospital San Bernardo, están asociados, en primer lugar, a afecciones respiratorias entre las vigencias 2016 a 2019 los cuales son los periodos de tiempo que comprende la investigación no presentaron variaciones en los motivos de consulta, siendo las infecciones respiratorias quienes representan el mayor motivo de consulta. Estas enfermedades son el efecto de la situación socioeconómica de la comunidad, su dependencia a los fogones de leña y las malas condiciones de sus viviendas, caldo de cultivo para las enfermedades de tipo respiratorio.

Por otra parte, las gráficas se refieren a los motivos de consulta relacionados a afecciones de tipo físico, cuyo origen desde el sistema de creencias de la comunidad es la enfermedad de Dios, es aquí cuando el diagnóstico y el tratamiento serán acciones derivadas de la medicina occidental, no obstante, no existe un registro particular de los motivos de consulta asociados a la enfermedad *jai*, ya que estas dolencias son manejadas al interior de la comunidad, convirtiéndose el concepto salud-enfermedad en una mirada sesgada, si se analiza desde la información captada el sistema de salud occidental.

No obstante, en el trabajo articulado entre la E.S.E Hospital San Bernardo y los comuneros de la parcialidad indígena El Palmar se ha logrado evidenciar la necesidad de abordar el proceso salud-enfermedad desde una mirada holística.

Causa de consultas de urgencias 2016 de la comunidad indígena el Palmar.

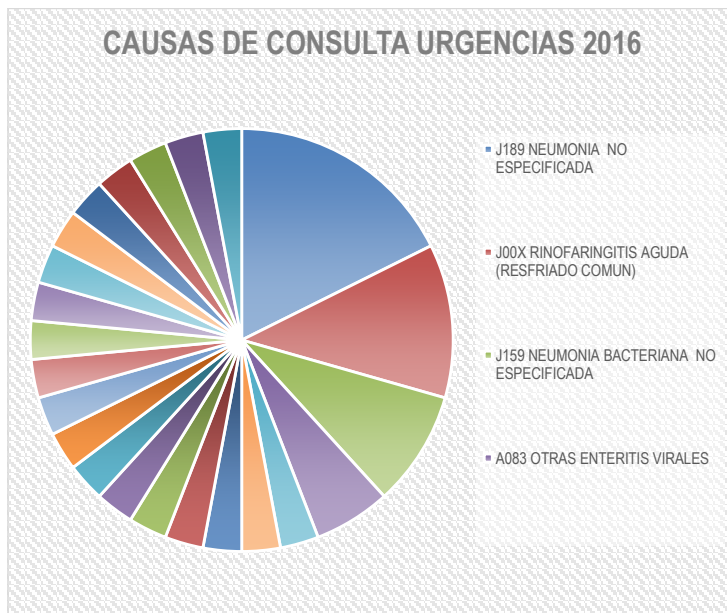


Figura 4. Causas de consulta urgencias 2016-2019 Fuente. Hospital San Bernardo del Municipio de Filadelfia-Caldas.

Causa de consultas de urgencias 2017 de la comunidad indígena el Palmar



Figura 5. Causas de consulta urgencias 2017 Fuente: Hospital San Bernardo del municipio de Filadelfia-Caldas.

Causa de consultas de urgencias 2018 de la comunidad indígena el Palmar

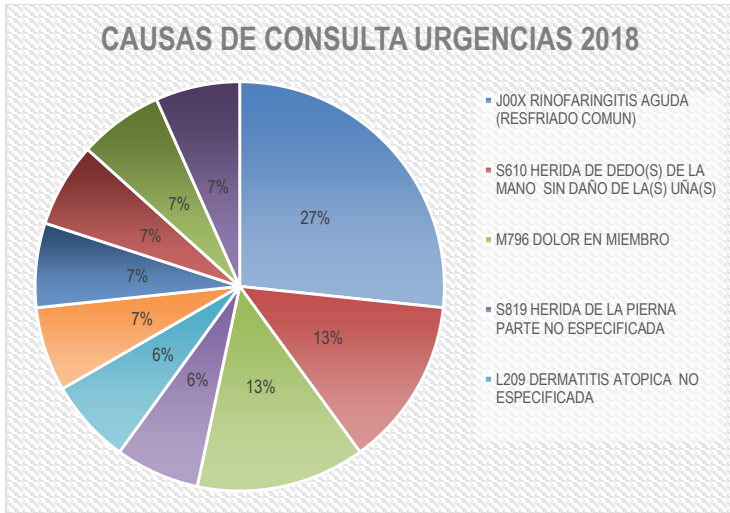


Figura 6. Causas de consulta urgencias 2018 Fuente: Hospital San Bernardo del municipio de Filadelfia-Caldas.

En el servicio de consulta externa, las atenciones se asociaron a infección de vías urinarias: y de la piel en primer lugar, esto, debido a las condiciones higiénicas sanitarias en las que se desenvuelve la vida de la parcialidad indígena. Total, de población consultante 74

Causas de consulta externa 2016 de la comunidad el Palmar.

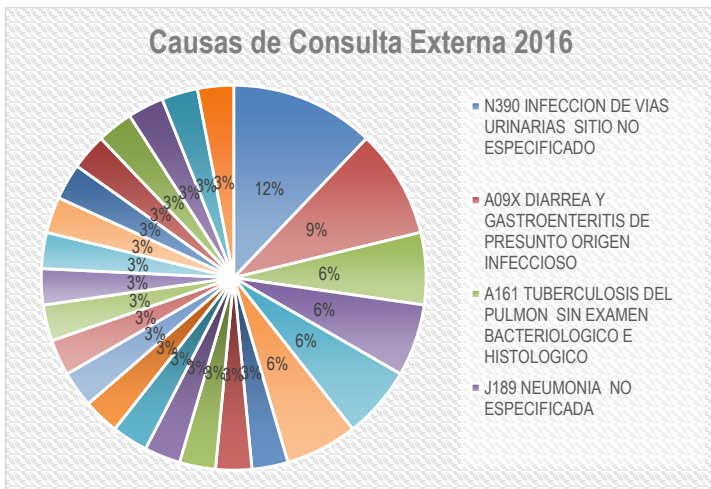


Figura 7. Causas de consulta externa 2016 Fuente: **Hospital San Bernardo del municipio de Filadelfia-Caldas.**

Causas de consulta externa 2017 de la comunidad el Palmar.



Figura 8. Causas de consulta externa 2017 Fuente: Hospital San Bernardo del municipio de Filadelfia-Caldas.

Causas de consulta externa 2018 de la comunidad el Palmar.

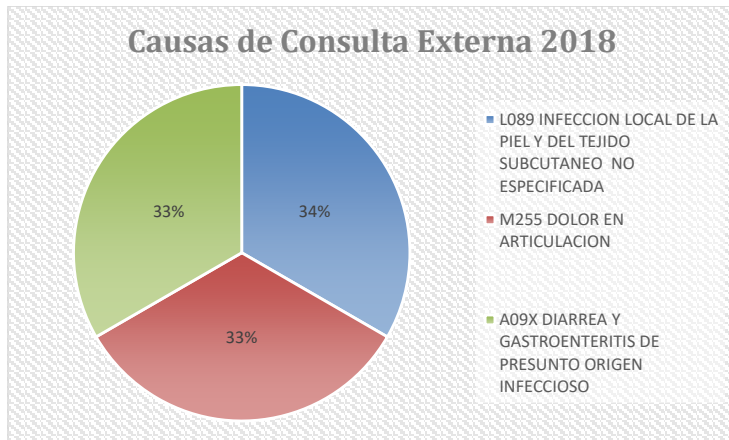


Figura 9. Causas de consulta externa 2018. Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia-Caldas

Las principales atenciones realizadas a la comunidad indígena, entre los años 2016 y 2018 desde los servicios de detección temprana y protección específica corresponden a controles de crecimiento y desarrollo, controles de planificación familiar y atención al joven. Total, de consultas 25.

Controles de PYP 2016 para primera infancia y mujeres en edad de control natal.

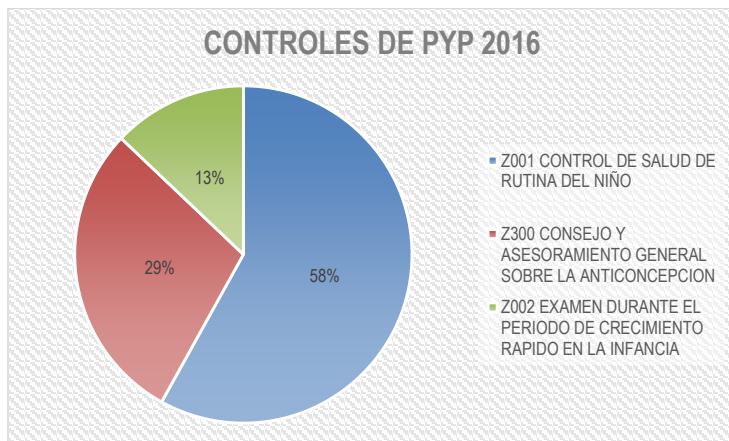


Figura 10. Controles de PYP 2016. Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia-Caldas

Controles de PYP 2017 para primera infancia y mujeres en edad de control natal.

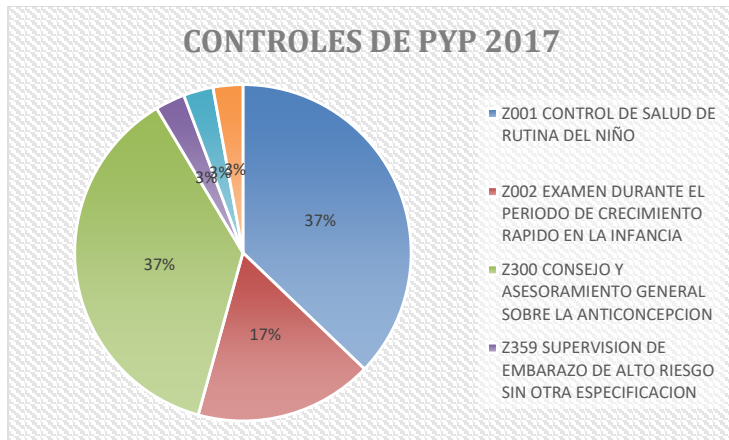


Figura 11. Controles de PYP 2017. Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia-Caldas

Controles de PYP 2018 para primera infancia y mujeres en edad de control natal

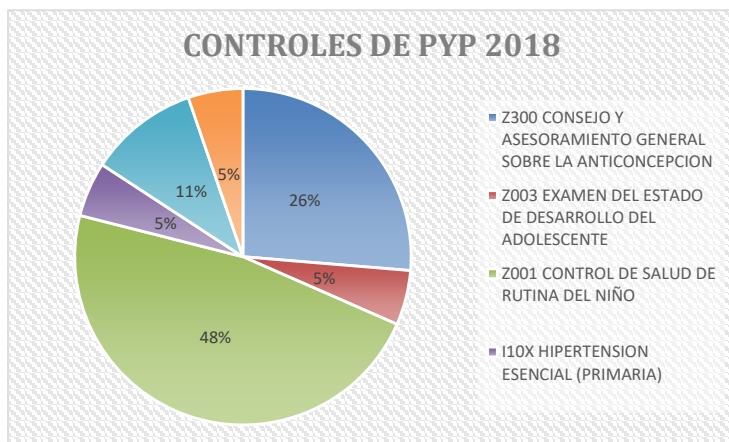


Figura 12. Controles de PYP 2018. Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia-Caldas

Como se observará a continuación, los miembros de la parcialidad indígena consultan poco el servicio de odontología y cuando lo hacen, las atenciones están ligadas al tratamiento de enfermedades odontológicas y no encaminadas a la promoción y prevención.

Causas de consulta odontológica del total de la comunidad el Palmar años 2016-2018

Tabla 5. Causas de consulta odontológica 2016

Diagnóstico		Número de casos
Z012	Examen odontológico	3
K046	Absceso periapical con fistula	2
K021	Caries de la dentina	2

Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia-Caldas

Tabla 6. Causas de consulta odontológica 2017.

Diagnóstico		Número de casos
Z012	Examen odontológico	3
K021	Caries de la dentina	6
K040	Pulpitis	1

Fuente: Hospital San Bernardo del municipio de Filadelfia-Caldas

Tabla 7. Causas de consulta odontológica 2018

Diagnóstico		Número de casos
K021	Caries de la dentina	5
K122	Celulitis y absceso de boca	1
K022	Caries del cemento	2

Fuente: Hospital San Bernardo de Filadelfia-Caldas.

5.6.4. Aproximación a la salud y a la enfermedad en la parcialidad indígena El Palmar

La salud-enfermedad al interior de la comunidad se orienta a partir de dos causas principales, la primera, el contacto con el hombre occidental y la segunda, las enfermedades propias de tipo espiritual producidas por los *jais*, las enfermedades de contacto se conocerán como enfermedad de Dios y las enfermedades propias de llamarán enfermedad *jai*, los tratantes

de las enfermedades por fuera del sistema de creencias serán los médicos occidentales, las enfermedades de este tipo serán manejadas en centros de salud o centros hospitalarios especializados, atendiendo afecciones de tipo respiratorio, diabetes, enfermedades coronarias, cáncer, enfermedades crónicas en general.

Las enfermedades propias o de origen *jai* o espiritual son tratadas por sus propios especialistas o doctores llamados *jaibanás*, como ya se había mencionado el término *jaibaná* traduce hombre verdadero, los cuales llevan a cabo las atenciones la mayoría de las veces en sus domicilios, sin embargo, estos suelen movilizarse a las casas de los pacientes enfermos y a partir de la implementación del sistema indígena de salud propio e intercultural, las atenciones en algunos casos se hacen en centros de salud u hospitales, las enfermedades de tipo *jai* son ocasionadas por entidades espirituales que afectan los órganos de los pacientes, dentro de la comunidad indígena El Palmar, este tipo de enfermedad afecta ampliamente el orden social de la misma, su práctica se conoce como *jaibanismo*.

6. Resultados

Los resultados que se presentan a continuación, vislumbran el desarrollo de la metodología a través de los instrumentos aplicados con la comunidad indígena el Palmar, donde se encuentran las Características desde los imaginarios del proceso salud-enfermedad, de igual manera los conceptos de salud mental en la comunidad y como pueblo embera al que pertenecen.

6.1 Características desde los imaginarios del proceso salud-enfermedad en la parcialidad indígena el palmar. Componentes emergentes

Los hallazgos evidencian la cosmovisión como parte del imaginario colectivo frente a la salud y la enfermedad en el mundo espiritual indígena, el cual presenta jerarquías frente a su universo ideológico, dentro del que se destaca, en el primer plano, el espíritu de la persona, en el segundo, el de las plantas, principalmente las medicinales, en el tercero el de los sitios sagrados y los guardianes y en último término el todo que es la madre naturaleza. En este proceso se presentaron los aspectos relacionados con la salud mental de la comunidad, el encuentro intercultural, y los casos que fueron materia de estudio en la metodología planteada.

El proceso salud-enfermedad en la parcialidad indígena El Palmar está ampliamente influenciado por la caracterización de las enfermedades desde los imaginarios de la población y según dos causas principales, la primera, obedece a la llamada enfermedad de Dios y la segunda a la enfermedad de tipo *jai*, el siguiente cuadro sistematiza las principales características de la enfermedad *jai* propia de la esta comunidad indígena según el relato de los profesionales tratantes de las enfermedades de la comunidad indígena o en términos prácticos los jaibanás:

Tabla 8. Principales características de la enfermedad *jai* 2016-2019.

ENFERMAR SANAR	¿QUIÉN ENFERMA?	¿CÓMO ENFERMA?	¿CÓMO SANAR?	¿CÓMO ENFERMAR?	¿QUIÉN CURA?	¿CÓMO CURA?
JAIBANÁS						
JAVIER	Todos se enferman	Se enferman por <i>jai</i> , el jaibaná canta y hace que el paciente se	El jaibaná bueno canta y mejora la condición	Cantando, invocando a los <i>jaís</i> para que atormenten al paciente según	Cura el <i>jai</i> y el médico <i>kajuma</i>	Se cura por medio del canto, del uso de tabaco,

		enferme	del paciente	sea la necesidad		biao, alcohol
HENRY	Todos se enferman	La gente se enferma por los <i>jais</i> malos	Con un canto y pagando el precio justo al jaibaná	Cantando, si uno es malo y tiene malos sentimientos	Los jaibanás buenos curan	Se cura con un canto del jai
ROBERTO	Todos se enferman	Se enferma mediante le canto con el nombre de la persona	Por medio del canto	Cantando si es jaibaná malo	El jaibaná bueno cura	Se cura con cantos del jai
OCTAVIO	De <i>jai</i> solo se enferman los emberas, de enfermedad de Dios todos se enferman	Si es de <i>jai</i> , se enferma a la persona mediante el canto, si es de Dios, eso es natural, la gente se enferma de problemas de azúcar y del corazón	Cantando y llamando a los <i>jais</i> de uno para que combatan los <i>jais</i> malos	Los jaibanás malos cantan	Los <i>jais</i> buenos	Por medio del canto
GONZAGA	Todos se enferman	Cuando les tienen envidia y les quieren hacer mal a través del canto	Por medio del canto	Los jaibanás malos cantan	Los jaibanás buenos	Mediante un canto de un jai bueno
MIGUEL	Todos los seres vivos	A través del canto	Con el canto y con la medicina <i>kajuma</i>	Comiendo comida blanca y gracias a otro jaibaná	Los jaibanás buenos y los médicos	Pagándole a un jaibaná por el tratamiento

					<i>kajuma</i>	
--	--	--	--	--	---------------	--

Fuente de información: agentes tratantes de las enfermedades Jaibanás

Por una parte, la enfermedad de Dios es aquella que se origina a partir del contacto con el hombre blanco, en este tipo de enfermedad se pueden encontrar la hipertensión, la diabetes, los problemas de tipo cardíacos, las insuficiencias de tipo renal, Los diversos tipos de cáncer que pueden afectar a la población y otros tipos de enfermedades que son tratadas mediante la medicina occidental, estas enfermedades son diagnosticadas en los centros hospitalarios especializados. Por otra parte, existen las enfermedades *jai*, o enfermedades espirituales, a continuación, se anexa una imagen donde la comunidad mediante su lengua escribe el nombre de las enfermedades que trata y la relación con las enfermedades de tipo Dios.

Es así como dentro los instrumentos realizados y recolectados con los integrantes de la comunidad se puede evidenciar desde sus imaginarios lo que para ellos son las enfermedades, ya que a través del grupo focal se pudo realizar una construcción colectiva la cual escrita por ellos mismos y muestra su realidad, a continuación se presenta la lista de enfermedades.

Lista de enfermedades según la lengua de la comunidad embera, construcción colectiva en el grupo focal de los agentes tratantes.

Laynora	gotrã aduanã
Fiebre	ctamã
DIARREA	ãmã
DOLOR DE CABEÇA	bãrõ pirã
dolor de ca	cãjẽvã
al viaja	Si Sãmã
dolor de vista	dãũ fiyã
calambre	pãpava
barmito	ãtãma
tratamiento	nẽapĩll
dolor de cintura	chypitã
	•Kãcãã biõta cãpã

Figura 13. Lista de enfermedades según la lengua de la comunidad embera.
Fuente: creación propia

Las enfermedades de Dios emergen como padecimientos en la comunidad embera chamí según el sistema de creencias a través de la interacción del hombre embera y el hombre blanco, el hombre blanco ha transmitido enfermedades al hombre embera por medio de la comida, la contaminación de las aguas, el contacto sexual, el matoneo y la discriminación, siendo uno de los factores principales la dominación de los territorios, la desposesión sobre los mismos, los desplazamientos y la integración del hombre indígena a los procesos laborales en los campos de los colonos, al igual que la comparación entre el modo de vida del indígena con relación al del hombre blanco.

Las creencias de la población indígena el Palmar frente a las enfermedades de Dios hacen ver como si la población no perteneciente a su parcialidad se acercara a ellos hacerles perjuicio y que la comunidad blanca o mestiza le proporciona energías negativas, que les dañan su cuerpo y espíritu, ocasionándole enfermedades de base y teniendo que recurrir a la medicina tradicional en los puestos de salud o el hospital del municipio.

La comunidad indígena de la parcialidad El Palmar, en su mayoría, se ve afectada por enfermedades de tipo respiratorio debido a sus condiciones de hábitat, las viviendas son en bareque y esterilla, los techos de zinc y los pisos en tierra, en su mayoría viven hacinados en un solo cuarto, cocinan con leña y los fogones se encuentran al interior de las habitaciones, dichas condiciones se convierten en el caldo de cultivo para las enfermedades de tipo respiratorio, con relación a las enfermedades digestivas, estas son el efecto de las malas condiciones de higiene y de la pésima calidad del agua, ya que la comunidad no cuenta con agua potable.

Las condiciones y calidad de vida que presenta la parcialidad indígena el palmar no son las adecuadas y lleva a repensar cuales son las garantías que como grupo étnico tienen y cual es enfoque diferencial que se está llevando a cabo con la población a nivel de habitabilidad, higiene, servicios públicos, entre otros que contribuirían a mejorar su vida en individual, familiar y comunitaria.

En el siguiente apartado se hablará de una manera detallada de los procesos de salud a nivel físico, mental, emocional y enfermedad desde los imaginarios de la comunidad indígena: esta dinámica obedece a una serie de estrategias metodológicas implementadas por parte de la E.S.E Hospital San Bernardo de Filadelfia para poder abordar la temática partiendo de la situación de analfabetismo y de las dificultades de comprensión que se pudieron originar, para ello se diseñó un esquema que diera cuenta del proceso.

Algunos de los apartados trataron aspectos relevantes para la salud mental en la comunidad, debido a que en los encuentros que han nutrido este documento se detectó que la comunidad empezó a ser permeada recientemente por enfermedades de tipo occidental como la depresión, abordar el concepto es complicado pues en su sistema de creencias esta categoría no existe, no obstante, se vienen presentando situaciones que comprometen la vida y la integridad física de algunos miembros de la parcialidad.

Dentro de los conversatorios que sirvieron para el desarrollo de este documento, se encontró que las condiciones de vida física de la comunidad han ido deteriorando la salud mental de la misma, así, a continuación, se enunciará una serie de experiencias que llevaron a dicha conclusión:

6.2 Salud mental en la comunidad indígena El Palmar.

Existen particularidades propias a las comunidades indígenas emberas chamíes de Caldas, una de ellas es que, a diferencia de las comunidades de Riosucio, Supía, San Lorenzo, Marmato y Neira, el resto son hablantes de la lengua *emberabedeá*, particularidad lingüística que contiene todo su sistema de creencias, es así como el agente tratante de las enfermedades será llamado jaibaná y será ampliamente respetado o temido por la comunidad.

El modelo tipo conversatorio, fue acertado ya que las mujeres de la comunidad se prestaron a hablar acerca de su propio sistema de creencias desde la enseñanza de prácticas occidentales, se encontró que esta es una ruta eficaz que arroja un bagaje muy amplio de información, la cual enriquecerá los procesos de adecuación e implementación del sistema indígena de salud propio e intercultural desde el engranaje de dos sistemas de creencias: el occidental y el tradicional.

El gobernador indígena de la comunidad solicitó a los asistentes a los encuentros abstenerse de llevar niños pequeños; no obstante, las madres de los pequeños niños acuden con ellos al lugar, según ellas no tienen con quién dejarlos en casa, existen temáticas que se convierten en tabú al interior de la comunidad, siendo estas: el abuso sexual y el suicidio.

En el proceso de construcción colectiva de conocimiento desde un enfoque diferencial étnico se apostó por la ejecución de encuentros interculturales mediados por el diálogo, en dichos encuentros se contó con la participación de mujeres, niños y sabedores. A continuación, se enunciará uno en particular, en dicho encuentro se trató la temática de la salud mental, a través de esta estrategia se logró recuperar las voces de los participantes en donde los discursos muestran la erosión progresiva de la noción de futuro a través de los sueños, además de la construcción de significados desde las emociones como la tristeza y la felicidad

Encuentro intercultural ¿Qué te pone triste? ¿Qué te pone feliz?

Nota: desde una mirada integral se abordaron las emociones de la tristeza y la felicidad, respondiendo al sistema de creencias propio de la comunidad indígena *embera chamí* en el marco del ciclo vital de la comunidad.

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Identificar los factores asociados a la aparición de emociones como la alegría y la tristeza en los miembros de la parcialidad indígena Elpalmar en el municipio de Filadelfia Caldas

LOGROS:

- Atención a la comunidad indígena El Palmar con problemas emocionales derivados de la permanencia de una emoción negativa.
- Identificar síntomas o señales de alarma.

Exposición ¿Qué entendemos por tristeza y qué entendemos por alegría? ¿Qué nos pone tristes y qué nos pone contentos?

- Parte introductoria: se da inicio al encuentro intercultural en el que se identificarán aspectos relevantes a la salud mental en la comunidad indígena El Palmar, en el cual se privilegiaron las intervenciones de los participantes desde su enunciación particular, la cual parte de un sistema de creencias propio, para el caso la cosmogonía y la cosmovisión del pueblo *embera-chamí* del departamento de Caldas. Es necesario aclarar que el concepto de salud y enfermedad es dinámico ya que, la salud en la comunidad indígena es de tipo individual, familiar y colectiva, su presencia o ausencia están íntimamente relacionadas con el equilibrio y el desequilibrio de factores contextuales de la comunidad, siendo estos: el entorno donde se vive la cotidianidad de las familias, casa, escuela, lugar de trabajo. Como rasgo particular y muy marcado en la comunidad indígena, todos los “comuneros o compañeros” son familia, ya sean, primos, sobrinos, tíos, hermanos, esposos o abuelos ellos provienen de la familia Guasarave oriunda del municipio de Marsella Risaralda.
- Presentación magistral de lo que se entiende por emociones, la definición de la tristeza y de la felicidad,
- Conformación de grupos de trabajo (3 cada uno de seis personas)
- Socialización de algunas de las respuestas
- Almuerzo comunitario

- Cierre y despedida

Durante el encuentro hubo varios picos de exaltación, sobre todo cuando se mencionó la tristeza como un factor desencadenante de depresión, la cual puede conducir a la persona a cometer un acto suicida, allí se evidenció que el suicidio es un tema tabú para la comunidad, ya que la persona que se ha quitado la vida no vuelve a ser nombrada; no obstante, el recordar o hablar del tema se convierte en una situación problemática, las mujeres comienzan a llorar al igual que algunos hombre, pese a esto, la comunidad permite recrear aspectos y acontecimientos previos a la muerte de su ser querido, lo cual posibilita el comienzo de la elaboración de una ruta de atención dirigida a prevenir el suicidio en la comunidad indígena.

El tema del suicidio se ha convertido en una problemática de salud pública que se está incrementando y afectando a la población tanto occidental como indígena, este es un punto álgido de la sociedad como se mencionó en el párrafo anterior, ya que continúa siendo un tabú para la gran mayoría de la población, teniendo en cuenta el rango de edad de quien lo hace y el modo como la hace, es una situación difícil para la familia la cual queda señalada y con el dolor y la ausencia de la persona que se suicida.

Este no es un tema específico de un tipo de sociedad específica o grupo étnico, es una situación compleja debido a los índices alarmantes que se reflejan de aumento de crisis de ansiedad y depresión, en este caso las personas de la parcialidad se podría percibir que tienen sentimientos de frustración debido a sus condiciones precarias de vida y tal vez sienten que no están avanzando hacia lo que realmente quieren conseguir como es la tranquilidad de un territorio propio, servicios públicos adecuados, garantía de sus derechos como grupo étnico y puede ser que la interculturalidad juegue un papel relevante en su situación ya que se sienten presionados a vivir en mundo occidentalizado y con costumbres que en su caso son más utilizadas que las propias.

El entorno de vida de las familias de la comunidad está estrechamente asociado a la aparición y prevalencia de la emoción de la tristeza, la falta de servicios públicos, las condiciones de pobreza y las deficiencias en las estructuras de vivienda generan un clima desolador tanto en los adultos como en los jóvenes indígenas.

Comentado [MOU8]: Cómo se evidenció esta información?????

En los jóvenes y niños la tristeza proviene de la sensación de rechazo a la que se ven expuestos, principalmente, en las instituciones educativas que no garantizan un enfoque diferencial en los procesos de enseñanza y aprendizaje, estos se ven sometidos a hablar en español y a entender en español, lo cual es una problemática ya que su lengua materna es el *embara bedeay* el docente o la docente no están capacitados para poder transmitir el conocimiento, los niños indígenas se sienten marginados, el acento y su lengua son ampliamente discriminados tanto por sus profesores como por sus compañeros, estas afirmaciones son hechas por los niños en el espacio de encuentro asignado.

- El rechazo es una de las situaciones que genera mayor tristeza en niños, adultos jóvenes y mayores.
- La felicidad está asociada a la capacidad de adquirir comida, elementos de aseo, es decir, está condicionada por elementos materiales.
- Los sueños son diferentes y se enfocan un poco en lograr que sus hijos puedan alcanzar un nivel de formación profesional, no obstante, también aparece muy marcado el hecho de mejorar sus condiciones de vida desde lo material: arreglo de viviendas, habitaciones separadas, baños separados, al igual que el anhelo de poseer un territorio propio.

A continuación, se presenta la transcripción de las respuestas, de forma anónima, dadas por la comunidad con relación a las dos preguntas principales:

Tabla 9. Transcripción del ejercicio realizado con la muestra de la comunidad el Palmar acerca de sus emociones.

Lo que sueñas	¿Qué te pone feliz?	¿Qué te pone triste?
Tener casa de propiedad, vivir en un ambiente sano sin que haya pulgas, moscas y ratas	No soy feliz	Porque no tengo casa propia, porque vivo en casas prestadas y ajenas, porque mantengo en problemas con mi marido
Le gustaría tener una finca que tenga platanera, yuca y cafetal.	Cuando me dan comida rica, pollo y pescado	Cuando mi mamá me va a pegar con un palo me pongo triste, quisiera irnos de esas casas, cuando mi mamá dice

		“vida de mierda”, cuando mi mamá me alega, cuando mis amigas me dicen que no me <i>ajunte</i> con ellas
Le gustaría tener muchos animales y una mujer para tener muchos hijos	Cuando hay comida, ropa, zapatos, cuando podemos tener baño, celular, lavadero, frutas, televisor, colchoneta y almohadas.	Cuando los adultos sienten tristeza es porque alguien se murió, o porque les dijeron algo malo, o porque se sienten muy solos y rechazados; en cambio, los niños se ponen tristes porque hicieron algo malo y les pegaron, porque se volaron, porque los tratan mal, porque no aceptan su personalidad y su forma de ser
Tener baño aparte	Comer rico, sopa de pollo	La falta de libertad, no estar con el esposo
Tener pieza aparte	La limpieza, la comida, poder salir, sentirse queridos por su padres y amigos	Las niñas se sienten tristes por no tener novio, cuando les pegan por desobedientes, el encierro, no les gusta donde viven, hay ratas, pulgas, moscos, el olor a cochera es insoportable, el hacinamiento
Tener propiedad de cultivo	No soy feliz	Cuando hablan mal de mí y me dan ganas de irme de mi casa con mis hijos
Tener casa propia, comer siempre mojarra frita, tener muchos amigos y un burro, al igual que tener una amistad armoniosa con todos los seres de la tierra y me gustaría tener una buena caña para ir a pescar	Cuando uso ropa nueva y puedo comer en la calle	Porque hablan mal de mí

Tener casa y tener muchas gallinas para comer todos los días	Cuando tengo novio y salimos al parque a comer helado	Cuando mi familia me mira feo y hablan mal de mí sin las cosas ser así, no me pueden ver feliz, eso me entristece, mi mamá se enoja mucho conmigo y me regaña
Quiero que mis hijos tengan una carrera	Cuando estoy contento con Vivi, ella es tierna y está pendiente de mí	Cuando estoy bravo con mi esposa
Echar para adelante con el estudio del niño para que pueda tener una carrera		
Arreglar la casa con el techo y el corredor		

Fuente: construcción propia

El cuadro anterior es una sistematización de las respuestas dadas por un grupo de personas de la comunidad indígena El Palmar, esta sistematización se dio en torno a la indagación de los procesos que acaecen a la salud mental desde la percepción de los sueños y emociones como la tristeza y la felicidad. Debido a que dentro de lo propuesto en la articulación entre la medicina occidental y la medicina tradicional se develó una particularidad que debe ser tratada por ambas medicinas, esta particularidad es propia de la salud mental de los comuneros, así se hizo visible el deterioro de la salud mental, la ruptura de los sueños y la contemplación de las emociones, la tristeza y la felicidad están ampliamente ligadas a la tenencia de una pareja y a los principios de armonía y desarmonía en la relación marital, en cuanto a las proyecciones a futuro, entendidas como sueños, existe una conexión entre la tenencia de bienes materiales y la autorrealización a través del otro; no obstante, las condiciones de vida de la comunidad se convierten en una barrera constante, lo que los lleva a sumergirse en cuadros fuertes de depresión y en la sensación cotidiana de frustración, desencadenando actos caóticos y compulsivos como suicidio, intento de suicidio, *cutting*, alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas.

En uno de los encuentros se dio un hecho significativo asociado a esta temática: el intento de suicidio del joven José Dionisio Guasarave, hijo de Dionisio y Luz Enith, el joven trabajaba en la mina, su deseo era colocar un negocio de fundillería, no obstante, en días recientes, él perdió su trabajo y su situación empeoró. Empezó a consumir constantemente licor en uno de los burdeles del municipio, manifestaba sentirse mal, frustrado y muy aburrido debido a no tener trabajo, día a día él se aislaba más. Un sábado en la tarde, las niñas que viven en la comunidad lo vieron muy pálido, al fijarse, encontraron restos de sangre, inmediatamente alertaron a la comunidad, se había cortado las venas, su corte fue algo profundo, ellas inmediatamente se comunicaron con la E.S.E Hospital San Bernardo del municipio de Filadelfia, la atención fue inmediata, se movilizaron en pro de garantizar la vida del joven. Se enuncia este acontecimiento dentro del marco de la investigación como una problemática emergente en el contexto de la salud mental desde una visión propia occidental.

A partir de esta situación la comunidad se ha mostrado alerta y atenta a cualquiera de los síntomas de alarma que se pueden presentar en alguno de los miembros.

La ira y la frustración, parecen ser generados por habladurías, chismes y calumnias de los que se puede ser víctima. Los padres y madres se sienten frustrados cuando sus hijos no acatan órdenes, al igual que los hijos se sienten aburridos cuando son castigados o golpeados por sus progenitores.

Por otra parte, aunque si bien no hay una diferenciación amplia en cuanto al concepto de salud mental, los miembros de la comunidad identifican algunos síntomas que son ocasionados por entidades espirituales, a su vez, dichas entidades pueden alterar la psiquis del enfermo, en tal caso, él escuchará voces, verá imágenes que no corresponden a la realidad, al igual que su percepción del espacio y el tiempo se verá fuertemente afectada.

Según el jaibaná Javier Guasarave, es probable que una entidad espiritual o *jai*, haya tomado control del espíritu de José Dionisio ya que, al darse la situación de estar triste o aburrido por haber perdido su empleo en la mina, su *jai* se debilitó, dando lugar a una enfermedad *jai* que afectará ampliamente la conducta de quien la padece.

La entidad espiritual que ocasiona la enfermedad deberá ser enfrentada y desterrada del cuerpo del paciente, esto se hará por medio de un ritual específico: “Canto del *Jai*” en el que el jaibaná tomará a la entidad espiritual y la destrozará por medio de sus espíritus guías, así ese espíritu morirá y no volverá a enfermar a nadie.

Sin embargo, se evidencia que uno de los factores que desencadenan cuadros en los que prevalecen las emociones negativas están asociados a las situaciones medioambientales, a los limitantes que tiene la comunidad en torno a las condiciones de vida, la pobreza, la falta de acceso a las oportunidades y la desigualdad social han hecho que ellos se sientan afectados, pues en sus palabras: “ya no somos indígenas, pero tampoco somos blancos”.

Los encuentros fueron exitosos y esto se constata en la capacidad que tuvo la comunidad para hablar de sus problemáticas a nivel individual, familiar y comunitario, los círculos de palabra fueron altamente efectivos, como ruta de atención mostraron su importancia al otorgarle la palabra a las mujeres, además de la valoración positiva en cuanto a la participación de los jóvenes de la comunidad.

La sincronía de los sistemas de salud tanto tradicional como occidental se evidenció en el llamado de los jóvenes a la E.S.E buscando atención para su compañero de la comunidad, con anterioridad se habían presentado casos en los que situaciones similares no tuvieron un buen final, no se acudía a la E.S.E y no se buscaba ayudar al paciente, al igual que el silencio respecto a estas temáticas.

A continuación, se presenta la transcripción de las respuestas, de forma anónima, dadas por la comunidad con relación a las dos preguntas principales, estas respuestas no están filtradas por grupos étnicos:

Salud mental, depresión

Tabla 10. Transcripción ejercicio de salud mental con la muestra de la comunidad indígena el Palmar.

¿Qué es la depresión?	¿Qué se hace cuando se está deprimido?	¿Cómo se cura?
-----------------------	--	----------------

Es un sentimiento en el que uno se siente muy mal, que no puede con las cosas, que está muy aburrido porque no sabe a veces por qué	Cuando estoy aburrido o desesperado, cojo hojas de albahaca y limoncillo y la yerbabuena para hacer una bebida en forma de aromática o también hago como conversar con mi hija o mi esposa o hacer algo que me pueda entretener	Conversando con los demás y tomando aromática para los nervios.
Es una sensación con la que no puedo, me duele todo, me siento muy mal, muy aburrida	Me corto y siento una sensación muy tranquila porque pienso que me quito un peso de encima.	Me corto con una cuchilla
Es una enfermedad ocasionada por espíritus malos que toman posesión de las personas débiles, de las que se sienten aburridas y llenas de rencor y frustración por todo, esa enfermedad puede matar, para nosotros es espiritual	Cuando hay espíritus malos se pueden incorporar en las personas, si la persona es débil lo puede dominar con mayor facilidad, cuando está triste el tratamiento.	El tratamiento es un canto del <i>jai</i> para expulsar el espíritu, ese espíritu debe ser matado no se negocia, se expulsa del cuerpo y cuando está afuera lo destruye e intervienen otras entidades espirituales
Rabia, impotencia que a uno le da porque no puede pagar las cosas, porque no hay dinero y porque uno está solo, es una sensación horrible	Me pongo a llorar, busco hablar con alguien que me escuche	Siempre busco hablar con alguien para no estar sola
Es una enfermedad que hace que uno se sienta muy aburrido siempre, que no quiera hablar con nadie, eso lo ocasionan los problemas que uno tiene y el no poder solucionarlos	Hago oficio, trabajo, lavo, trapeo, cuando siento aburrimiento me quisiera alejar con mis hijos, no hablo con nadie, me desahogo sola de los problemas	Con plantas, pastas, medicina, dejo que pasen los días o un ratico o mañana o pasado mañana o en cualquier parte
Es una enfermedad muy grave que si uno no la trata a tiempo le puede desencadenar un suicidio cuando uno ya no puede soportar la angustia, la tristeza y el dolor	Cuando uno tiene mucha rabia, supera la rabia que uno tiene hablando y confiando en las personas que a uno lo quieran	Hablando con la familia, buscando a personas que le den a uno ánimo
Es el sentir de unas ganas muy horribles de salir corriendo y de desaparecer para siempre, es tener ganas de morirse	Cuando siento depresión me desahogo con alguien	Busco a alguien con quien hablar

Es una sensación de mucho aburrimiento constante, siempre	Yo me desahogo hablando con mi misma y saliendo de la casa a caminar	Salgo a caminar y hablo conmigo misma.
Son ganas de llorar siempre, de no querer salir, ganas de querer olvidar de todo	Yo me desahogo llorando para poder olvidar lo que siento	Llorar
Es una sensación con lo que uno no puede lidiar, muchas ganas de llorar siempre y mucho dolor en el alma	Me siento a pensar cosas para olvidarlo leo un libro que tengo	Pienso para olvidar y leer

Fuente: construcción propia

El cuadro anterior sistematiza desde el saber propio y de las experiencias de vida de la comunidad la conceptualización que tienen ellos acerca de la depresión, además describe cuales son los motivos que la ocasionan y cuáles son los mecanismos de cura internos de cada uno de los individuos, esta percepción de la salud mental es de tipo individual, sin embargo, en algunos casos la cura es colectiva y se asocia al diálogo como canal curativo.

En sí misma, la depresión es una descompensación en el estado de ánimo ya sea ocasionada por espíritus, rupturas amorosas, dificultades económicas o matoneo, la cual se manifiesta con síntomas como el llanto, el encierro, el aislamiento; en la comunidad indígena, no se han manifestado casos de agresión asociados a la depresión, sin embargo, sí se evidencian autoflagelaciones.

Esta enfermedad es nueva para ellos y es allí como desde su sabiduría buscaron una cura colectiva, así que se diagnosticará si es una derivación de una enfermedad *jai* que busca causar locura en el paciente o si debido a las condiciones de vida se está desencadenando un cuadro psicológico nocivo.

Las curas colectivas se derivarán del grado de confianza que tenga el enfermo con sus parientes o su entorno más cercano, la palabra servirá en un principio como un mecanismo liberador y objetivador de la situación.

Las creencias que tiene una población hace parte del acervo cultural, la salud mental desde el imaginario de la población Embera Chamí del Palmar esta vinculada a los espíritus y los *jai*,

quienes tradicionalmente han proporcionado la curación del alma y a nivel físico, sin embargo con las situaciones que se presentan es posible que hayan tenido que recurrir a la medicina tradicional occidental y buscar ayuda con el fin de comprender que sucede con su comunidad, sin dejar de lado su legado de poder mágico espiritual.

6.3 El concepto de salud mental en el pueblo embera chamí como concepto emergente

Abordar el concepto de salud mental al interior de la comunidad, implicó la comprensión de tres dimensiones fundamentales: individual, familiar y colectiva; no obstante, es de suma importancia resaltar que el concepto de salud mental como es entendido en el mundo occidental no existe para la comunidad indígena embera chamí, este no es abordado ni en sus sistemas médico tradicional (jaibanismo) ni en concepción indígena de salud; entre ellos no existe una división mente/cuerpo, esto obedece a que los pueblos indígenas poseen una cosmovisión distinta a la occidental, un marco epistemológico diferente, en donde el buen vivir/buena vida, es un estado integral, que comprende a la persona como parte de una familia y esta a su vez, como una comunidad en interacción con el mundo que lo rodea.

Por otra parte, como resultado del proceso de investigación emergió una nueva categoría de análisis la cual será llamada: salud mental, la OMS¹², la define como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

Así, la salud mental estará asociada al concepto o a la sensación de bienestar lo cual se presta para ambigüedades que giraran en torno a unas particularidades culturales.

Del pueblo embera chamí y de la comunidad indígena El Palmar se dirá que la salud mental está determinada y adscrita en el marco del entendimiento de lo que es el concepto de salud, en tal sentido la salud mental podría comprenderse como la armonía entre los cuerpos o dimensiones del individuo; sin embargo, según la lectura de la realidad social de la comunidad y de lo encontrado en los conversatorios, existen rupturas del cuerpo psíquico de los individuos, sus sentires, sus emociones y la forma en la que ellos planean y sueñan sus vidas, evidencian a una comunidad descompuesta, frágil y vulnerable.

La salud mental podría entonces, referirse a la conexión armónica del individuo con su mundo espiritual en la que el mundo material tiene amplia influencia, tal es el caso del territorio y las condiciones de vida digna de una comunidad, en caso de no existir dicha armonía emergen los problemas de la salud mental.

Tal vez existan discrepancias en torno a cómo deba nombrarse el fenómeno en las comunidades indígenas, y a su vez puedan existir variaciones en la forma en la que este se exprese, no obstante, la ontología de dicho fenómeno no depende de cómo sea nombrado.

Podría pensarse también que en los procesos de transculturación a los que han sido sometidas las comunidades, los individuos han incorporado nuevos estados mentales, para el caso la depresión. En la comunidad indígena del Palmar las causas de la aparición del fenómeno obedecen a ausencia de territorio, pésimas condiciones de vida, hacinamiento, ausencia de oportunidades y matoneo hacia los niños de la comunidad en las escuelas occidentales.

Dichas problemáticas han llevado a los miembros de la comunidad a compararse y a sentir como una población occidental las carencias y falencias en un sistema económico que los excluye, ya que no cuentan con una capacidad instalada desde lo educativo para superar las problemáticas que trae consigo convertirse en población campesina, si bien, la comunidad conserva su tradición y su lengua materna, los medios de producción son propios al sistema capitalista. Los indígenas o comuneros ofrecen y venden su mano de obra como recolectores de café, administradores de fincas, cortadores de caña o recolectores de cítricos, ninguno en esta comunidad ha alcanzado un estudio superior, muy pocos son graduados como bachilleres académicos, lo cual limita las posibilidades de mejorar sus condiciones de vida.

Es en el contacto con el hombre occidental que el hombre indígena ha establecido comparaciones relacionadas al buen vivir y esta comunidad no es la excepción, expresando que el buen vivir es tener una casa como la de la gente blanca, vivir en las viviendas tradicionales es causa de estigmatización, los usos y las costumbres se disuelven en la supervivencia y la adaptación, los trajes típicos y la comida han sido sustituidos por jeans y hamburguesas, los padres ya no sueñan para sí, sino que otorgan sus buenos deseos en pro de mejorar las condiciones de vida de sus hijos, muy pocos jóvenes aceptan el llamado a ser jaibanás, ya no es para ellos de utilidad, su visión del mundo ha sido transformada.

El jaibanismo de una manera u otra ha buscado explicar las enfermedades mentales; desde esta institución, se considera que la enfermedad obedece a la infección por parte de una entidad espiritual que empieza a afectar el estado emocional de los individuos, principalmente a aquellos que son vulnerables, en este caso los jóvenes quienes progresivamente se han desligado de su tradición y de sus prácticas ancestrales, este *jai*, afectará el cuerpo espiritual de la persona ocasionándole tristeza, angustia y desencadenando estados depresivos; lo que para ellos representa una desarmonía debido a la desconexión con el saber ancestral y a la influencia del hombre blanco sobre el hombre indígena. Los jaibanás intentarán curar el cuerpo espiritual del afectado, desterrando y aniquilando la entidad espiritual mediante el canto del *jai*, sin embargo, en algunos casos el canto no es efectivo debido a que el origen de la enfermedad es de Dios, es decir, proviene del hombre blanco.

La interculturalidad favorece en el intercambio de experiencias, conocer lugares, personas y paisajes, descubrir nuevos mundos y diferentes formas de vivir y ver el mundo, aprender nuevas lenguas o idiomas, sin embargo en el caso de la parcialidad del Palmar del municipio de Filadelfia el ser influenciados por la cultura del hombre blanco ha afectado a su población ya que los desestabiliza a nivel emocional y mental, de cierto modo han perdido su identidad y el enfoque diferencial no ha contribuido en su cultura ya que no se ha implementado de forma adecuada.



Fotografía 1. Jaibaná mayor Octavio y jaibaná Baudilio
Fuente: Mónica Eugenia Morales Carmona

Ahora bien, al hablar de salud-enfermedad en una parcialidad indígena, es importante mencionar quienes son las personas encargadas de desempeñar el papel de médicos o sanadores, los cuales son diferentes a los médicos tradicionales del mundo occidental o de los blancos como ellos suelen nombrar, estas personas se encuentran inmersas en un sistema medico tradicional a través de las practicas populares, curativas y creencias provenientes de sus ancestros y del acervo cultural.

Al interior de la parcialidad indígena El Palmar existen siete jaibanás, estos son los encargados, en primera instancia, de dar tratamiento a un proceso de enfermedad, así pues, jaibaná, será entendido en palabras del grupo como un “doctor” encargado de identificar “los males” que aquejan la salud de los pacientes, jaibaná también es maestro y se encarga de utilizar enteógenos para adiestrar a un nuevo jaibaná, en la lengua *embera-bedeá*, jaibaná significa “Hombre verdadero” y representa el mayor grado que puede alcanzar un hombre en la comunidad.

El jaibaná sueña acerca de los mecanismos que utilizará para curar, así lo hará al despertar, los tratamientos son ofrecidos en las casas, antes de tratar el “doctor” identificará el origen de la enfermedad, si esta es de Dios o si es provocada por un “*jai*” malo.

Si la enfermedad es de Dios y el jaibaná no logra curarla, el paciente es llevado al centro de salud más cercano, la familia o los miembros de la comunidad se desplazan con el paciente hasta el hospital, los jaibaná no acompañan al individuo al centro médico. Del mismo modo, el jaibaná también trata el espíritu, para ser jaibaná es necesario ser despertado por un maestro, por un espíritu que se encarga de “despertar” al nuevo jaibaná.

Las enfermedades en la comunidad indígena se presentan por “cosa de Dios” o por “maldad”, si es maldad, la enfermedad se manifestará física y anímicamente, enfermedades de Dios son aquellas que nada tienen que ver con el espíritu y obedecen al criterio médico occidental.

Una mujer fue tratada por un jaibaná con el “chupo”, un jaibaná no aplica “droga”, cura espiritualmente, hay dos clases de jaibaná: jaibanás que curan maleficios y que sacan la maldad cuando ha sido ingerida, y el que hace maldad espiritual.

Las gripas son cosas de Dios, el diagnóstico del maleficio, cuando la medicina occidental no procura la cura, acuden al jaibaná.

Los adultos y los niños son tratados en primer orden por el hospital, si el tratamiento no surte efecto será tratado por el jaibaná, si el jaibaná de la comunidad no logra curar, el paciente puede ser trasladado a otra comunidad habitualmente Marsella.

6.3.1 “El caso de Rosa”.

Rosa es la partera de la comunidad, mujer mayor y madre de la segunda gobernadora, acude al centro hospitalario, se queja de dolor estomacal intenso, es remitida al municipio de Salamina con un diagnóstico de apendicitis. Debía ser operada la paciente, su acompañante la hija mayor, decide retirar a su mamá del centro de salud, pues según ellas no era una enfermedad de Dios, sino una enfermedad producida por un jaibaná malo que la atormentó con un espíritu, este la trató espiritualmente; es decir, no hay ingesta de sustancias de ningún tipo.

Esta comunidad indígena no tiene creencias en “armonizaciones” ofrendas o rituales particulares, prefieren dar tratamientos en sus casas, al interior del hogar pues se quejan constantemente de la no asignación de citas médicas, por lo que se abstienen de visitar el centro de salud dentro de los protocolos de la medicina preventiva.

Los bebés son traídos al mundo en el hospital, sin embargo, se han presentado casos, dos específicamente, en los que el papel de la partera es fundamental, los niños han nacido en las casas, pues los partos se adelantaron sin dar tregua, las normas de asepsia se limitan a la desinfección de las manos con agua caliente y alcohol. Al igual que la desinfección de unas tijeras, siendo bañadas en alcohol, una vez nace el niño, este es trasladado al hospital para verificar su estado de salud.

Las mujeres del asentamiento indígena, se quejan a menudo por el trato discriminante al que son sometidas por parte de algunos funcionarios del hospital, según ellas las han juzgado por tener demasiados hijos, cuando la razón de ello no es el rehusarse a usar métodos de planificación familiar, sino el ignorar, por falta de información, cómo usarlos.

En el modelo de salud colombiano la medicina indígena ha encontrado innumerables obstáculos para su desarrollo, por lo que las organizaciones indígenas impulsaron la Ley 691/2001, y el decreto 1953 del 2014 que posibilitan la adecuación sociocultural de los programas de salud para las comunidades indígenas. Esta ley “reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas”; tiene por objeto proteger sus derechos garantizando su integridad y permanencia cultural, además del hecho de fundamentar los programas de salud en criterios de pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad (J, 2011)³⁰

El saber ancestral para los pueblos indígenas es fundamental, fomentar y conservar sus creencias, ceremonias y rituales hace que se perpetue en el tiempo, confiar en las personas que son encargadas de sanar y curar tanto la parte física como emocional de la población, les permite cumplir su labor y tener un prestigio dentro de su sociedad, es por ese motivo que la comunidad pese a que desde el sistema legal permita la medicina occidental, busquen ayuda de su sistema médico tradicional, además de que no van a sentir que quien los atiende pueda lanzar juicios de valoración sobre sus actuaciones.

A continuación, se presentarán los relatos² de seis de los jaibanás de la parcialidad indígena, estos relatos evidencian la forma en la que cada uno logró convertirse en jaibaná.

² Se hace una transcripción literal de los relatos ofrecidos por los jaibanás, se evitó modificar la forma de las palabras al igual que el sentido de las mismas, todo esto para generar una visión completa del sistema de creencias de los agentes tratadores de las enfermedades.

6.3.2. Jaibaná José Javier Guasarave Degrama, 04 de agosto de 1980.

Me convertí en jaibaná a los 22 años, pero desde *peladito* venía aprendiendo todo lo que tiene que ver con los *jais*, con los espíritus de lo que existe, de la tierra del aire, de los animales, del agua, eso significa *jai*. Uno no se hace jaibaná así porque sí, a uno se le revelan los *jais* en los sueños, ellos lo llaman a uno, le cantan... ¿me entiende?, así ellos aparecen en los sueños...

Yo le comenté a papá, él me dijo que los *jais* me estaban llamando para convertirme en un jaibaná poderoso, papá me dijo que yo tenía que levantarme cuando me dieran esos sueños y hacerme afuera de la casa y que tenía que empezar a cantar, que el espíritu me iba a dar la canción para poderlo llamar por mi cuenta, que yo era el dueño de esa canción, papá me empezó a hablar de las plantas medicinales, él me enseñó todo lo que yo sé, pero la canción me salió a mí solo, mi *jai* principal es la granadilla, pero tengo otros *jais* que también me obedecen, uno tiene que aprender por muchos años antes de volverse un jaibaná un verdadero hombre, uno tiene que ser bueno, respetuoso de sus padres siempre y de los jaibanás mayores, vea no se pueden sentir rabias, hay que estar tranquilo, sin problemas con nadie, porque ahí el *jai* se vuelve malo y termina haciendo un mal a la gente de la misma comunidad de uno.

Se dice que cada persona en el mundo tiene una misión específica que cumplir en el mundo, cada cual sigue su destino o cree en algo que lo lleva a convertirse en lo que quiere ser, ya sea a través de sueños, por vocación, lo aprendió o vio a otros realizar esa labor o actividad y quiso continuar, como lo menciona la persona entrevistada ya que sintió el llamado para convertirse en Jaibana y es una creencia o mito que tienen en su cultura para desempeñar roles sagrados y se encuentran basados en su cosmovisión ya que son los que poseen la sabiduría ancestral.

6.3.3 Henry Flórez Guasarave, 02 de mayo de 1989.

Me hice jaibaná cuando tenía como 17 años, pero a mí no me gusta ser jaibaná, ahí porque me toca, pero ser jaibaná es muy duro, muy duro y lo peor es que uno no puede renunciar a eso, eso viene con uno, yo lo heredé de mi papá, a mí el *jai* me buscaba en los sueños cuando yo era *peladito*, siempre se me manifestaba mientras estaba dormido, uno los llama, a mí me tocó hacer solo la canción, a uno nadie se la enseña eso viene a la cabeza de uno y uno no puede olvidar esa canción porque o si no, el *jai* no responde cuando uno lo llama, así mismo uno

empieza a cantar, pero uno se vuelve un hombre verdadero cuando le presentan los *jais* en el congreso de espíritus, ahí uno hace la prueba y si resiste está listo para ser jaibaná, sino por más que quiera no podrá domar al espíritu.

El anterior es un ejemplo de que no importa la cultura en la que se encuentre una persona, hay destinos que toca vivir sin querer, cuando la vocación no hace parte de lo que se está realizando, es posible que se no exista una motivación para cumplir con agrado el papel a desempeñar ya que es no es un anhelo, un gusto o inspiración, y este no hace parte del proyecto de vida que quiere llevar a cabo la persona.

6.3.4. Roberto Calambas Niaza, 18 de abril 1985.

Roberto se abstiene de hablar acerca de la forma en la cual se convirtió en jaibaná, enuncia brevemente que todo empieza por los sueños y que a él le enseñó su papá todo lo que sabe, Roberto no es familiar de los “Guasaraves”, por lo que se abstiene de contar su historia como jaibaná para evitar roces entre los demás jaibanás, él vive en la comunidad gracias al hecho de estar casado con una hija de Don Miguel Guasarave.

La importancia del relevo generacional en las comunidades indígenas es esencial para poder conservar y continuar el legado de generación en generación ya que permite preservar la memoria y conocimientos de la medicina natural y que los jóvenes se apropien de estas tradiciones y continuen compartiendo su conocimiento con el fin de que no termine esta costumbre que le da identidad a su cultura.

6.3.5. Octavio Guasarave Vinasco, 06 de agosto de 1941.

Soy uno de los mayores de la comunidad, con mi hermano Miguel fundamos El Palmar, nosotros venimos de Marsella Risaralda y llegamos acá porque nos vinimos a buscar trabajo, me volví jaibaná porque mi padre me lo enseñó, uno hereda ese don, los jaibanás somos siempre hombres, no hay mujeres, yo vivo abajo y Miguel arriba, los hijos de él viven con él y los míos acá conmigo, ya no nos hablamos porque hemos tenido problemas por envidias. Uno se hace jaibaná porque a uno se le muestran los *jais* en los sueños. Para hacerse jaibaná uno tiene que hablar la lengua propia sino el espíritu no obedece a quien lo está llamando. A mí mi padre me enseñó todo, cómo hacer mi canción, eso sí. Él me contó algunas cosas lo otro a mí me tocó solo.

Una comunidad indígena se encuentra conformada por personas que tienen un vínculo parental ya sea por sangre o afinidad, y así como tienen lazos de solidaridad también se presentan conflictos familiares o comunitarios que conllevan a un distanciamiento entre los integrantes por diversas razones como la organización política, relaciones interpersonales inestables, situaciones coyunturales, ocupación de un territorio, y rupturas familiares.

6.3.6. Gonzaga Guasarave Córdoba, 29 de octubre de 1980

Soy hijo de Octavio, mi padre me enseñó todo lo que sé sobre jaibanismo, porque nosotros lo heredamos de él y algunos nos volvimos jaibanás para aliviar a los compañeros de la misma comunidad, cuando era pequeño tuve un sueño con animales del monte que me llamaban era como si yo hablara la lengua de ellos, le conté a papá y él me dijo que los *jai* me estaban llamando porque dentro de mí estaba el espíritu del verdadero hombre.

6.3.7. Miguel Antonio Guasarave Vinasco, 29 de mayo de 1947.

Me volví jaibaná porque mi papá era jaibaná, mi hermano mayor Octavio también es jaibaná. Uno se hace jaibaná porque empieza a soñar cuando los *jais* lo llaman a uno, empiezan a llamarlo en los sueños y eso sigue hasta que uno entiende que debe cantar, uno ahí hace su canción para los *jais*, mi padre me volvió jaibaná cuando yo tenía 20 años y lo hizo en un lugar sagrado de él de donde nosotros venimos, me llevó, nos bañamos en el río y tomamos aguardiente, teníamos el biao al ladito, él me dio el bastón de jaibaná para poder controlar a mi espíritu, yo ahora ya no canto, ya no sé cantar.

Cada una de las personas entrevistadas tenía una forma particular de conocer como fue escogido por los *Jai* y ser preparado por los padres para convertirse en Jaibana y de esta manera continuar con la sabiduría ancestral para realizar armonizaciones, rituales, y ceremonias mediadas por el conocimiento de la naturaleza y los espíritus para sanar a su comunidad, “el sistema médico Emberá Chamí, se caracteriza por presentar cosmologías, historias, rituales e identidad específicos que definen las relaciones políticas, socio-económicas y culturales de sus comuneros; constituye un modelo de integración social, donde el proceso salud-enfermedad-atención es culturalmente definido y está direccionado a prevenir y curar la enfermedad, y restaurar y preservar la salud de sus miembros, empleando las plantas medicinales como principal recurso terapéutico”³⁰

De acuerdo a los relatos anteriores, se concluirá que el jaibaná surge del mundo onírico por medio de revelaciones a través de los sueños, este proceso se da en individuos muy jóvenes y es heredado de padre a hijo, la técnica se perfecciona con el tiempo y se ritualizará en un canto del *jai* colectivo o *Benekua*. Los jaibanás utilizarán como vía de cura y de contagio el canto, es así como el sistema de salud y enfermedad dentro del cuerpo de creencias de los jaibanás está asociado ampliamente al contagio de las enfermedades a través del canto, de una manera inversa también lo está el curar, por lo tanto, el canto y el jaibaná son mecanismos de cura y de enfermedad que se expresan como una dicotomía o dos caras de una misma moneda.

El saber del jaibaná aparece como una revelación en los sueños del niño, el cual es potenciado a través del adiestramiento por parte de un mayor ya iniciado, generalmente estas revelaciones son manifestaciones del poder de los *jais*, los cuales son entidades espirituales propias de la naturaleza; sin embargo, existen otras entidades que fungen su tarea como entidades demoniacas que pueden ocasionar desastres y muerte en la comunidad embera chamí.

Por lo tanto, los jaibanás aparecen en la comunidad gracias a la fuerza de un poder superior que los toca con un “don” especial, ese “don” consiste en tener la facultad de dominar las diferentes entidades espirituales que rodean al pueblo embera chamí; sin embargo, el “don” despliega su potencial gracias a los años de adiestramiento al que es sometido el futuro jaibaná, pese a esto la prueba de fuego consistirá en poder soportar una amplia ingesta de bebidas embriagantes sin entrar en un estado de alicoramiento fuerte, es ahí como se comprueba que el aprendiz se ha convertido en hombre verdadero.

Con relación al jaibanismo, esta institución es la que equilibra el orden social al interior de la comunidad, quienes causan la enfermedad también pueden curar, garantizando un equilibrio que parte de la coerción, la figura del jaibaná representa autoridad y conocimiento, al igual que se transforma en una figura atemorizante cuando el jaibaná utiliza espíritus destructores para ocasionar el mal en el cuerpo de alguno de los afectados.

El jaibaná operará sobre la salud y la enfermedad de manera individual y colectiva, mediante rituales específicos, mediante su canto enfermará o aliviará a un individuo en particular, afectando no solo su cuerpo individual, sino también su cuerpo familiar y social, en tanto que, ocasionar una enfermedad rompe el equilibrio de la comunidad, a su vez, el poder del *jai* afectará animales y cultivos de la comunidad, existen sucesos asociados al canto del *jai* que

producen u ocasionan desequilibrio como caso particular se mencionará el canto del jai hecho por el jaibaná Paulín quien pertenece a la comunidad indígena de la Albania, Paulín realizó un canto y como efecto según la comunidad de los de abajo murió una camada de doce cerditos, este suceso rompió el equilibrio de la comunidad, trayendo consigo una serie de disputas y enemistades, fragmentando incluso los lazos familiares que existen en la parcialidad indígena. Cabe recordar que, la comunidad tiene como sus sabedores mayores a los dos hermanos: Miguel y Octavio Guasarave, fundadores de la comunidad en el municipio de Filadelfia.

Las intervenciones de los jaibanás en el equilibrio social también se dan en pro de restaurar el orden, de este modo, para devolver el equilibrio individual el jaibaná cantará en un ritual particular donde se congregarán los familiares del “enfermo” o “paciente” con el jaibaná que tenga disposición para hacer el tratamiento, generalmente este ritual se hace en horas de la noche, ya sea porque el jaibaná visite el domicilio del afectado o porque el “paciente” sea llevado a casa del jaibaná o, en algunos casos, puede suceder que el ritual se lleve a cabo en un centro hospitalario. Cuando la salud de la comunidad se ve afectada se ejecutará un ritual comunitario llamado *Benekua* el cual se describirá en el próximo apartado.

6.3.8. Análisis de la situación en salud desde lo propio e institucional (Cuidado de Salud propia e intercultural)

Por mediode la Circular 00000011 del 5 de marzo de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social impartió a los departamentos, distritos y municipios con presencia de población indígena, en conjunto con los demás integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel territorial *“Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*; lo que busca dicha circular, es presentar alternativas que promuevan un diálogo intercultural, entre comunidades indígenas y las instituciones, generando el desarrollo de intervenciones en salud culturalmente adecuadas, que propicien un reconocimiento mutuo de las medicinas (tradicional y occidental), y una construcción permanente de acuerdos para la adecuación sociocultural de los servicios de salud, donde se armonicen permanente los saberes y las prácticas de diversas de las comunidades indígenas en el departamento de Caldas, como aporte al buen vivir y al derecho fundamental a la salud.

Se presentan las orientaciones técnicas para la incorporación del enfoque diferencial en el marco del fortalecimiento en salud propia e intercultural, teniendo en cuentas las acciones en salud establecidas a nivel territorial a través de lo propuesto en la Circular 011 de 2018, a partir de los ejes estratégicos, líneas operativas y actividades orientadoras, que a continuación se describen (Ver anexo: Fortalecimiento salud propia e intercultural)

Tabla 11. Lista de chequeo de la Circular 011 de 2018) esta lista de chequeo es la que se usa para avanzar en la construcción del sispi.

Directrices para avanzar en la construcción e implementación del SISPI a nivel territorial, permitiendo identificar acciones para el cuidado y protección de la salud intercultural, e incorporarlas en los programas de salud pública, en los planes de acción y en los planes territoriales en salud				
<u>Listado de chequeo / Circular 011 de 2018</u>				
Comunidad indígena:				
Componentes SISPI	Acciones	S I	N O	OBSERVACIONES
Político Organizativo	Disponibilidad de espacios	x		
	Ruta de construcción conjunta	x		
	Fortalecimiento THS en interculturalidad	x		
	Capacidad de dialogo interna	x		
	Capacidad de dialogo comunitario			
	Generación de capacidades en proceso de participación social con las comunidades indígenas (Res. 2063/17)	x		
Cuidado de la salud propia e intercultural (acciones colectivas)	Disponibilidad del ASIS y de la ficha de caracterización sociocultural	x		
	Desarrollo de estrategias para la caracterización socio cultural desde las comunidades	x		
	Disponibilidad de espacio para el análisis y la priorización conjunta	x		
	Mecanismos de garantía para la construcción conjunta de la PTS	x		
	Definidos mecanismos de monitoreo y evaluación del PTS concertado	x		
	Existencia de mecanismos de vigilancia comunitaria intercultural en el marco del SIVIGILA	x		
	Rendición de cuentas de los actores del SGSSS a las comunidades	x		
Cuidado de la salud propia e intercultural (acciones)	Existencia de mecanismos de idoneidad y viabilidad para la ejecución del PIC	x		
	Disponibilidad de espacio para el análisis y la priorización conjunta con la EAPB – indígena	x		

individuales)	Existencia de adecuación social y cultural de las intervenciones individuales en conjunto con la EAPB Indígena	x		
	Existencia acuerdos y mecanismos para articular y complementar las intervenciones individuales y colectivas	x		
	Definidos mecanismos de monitoreo y evaluación del PTS concertado	x		
	Existencia de mecanismos de reporte de información de las atenciones y los resultados en salud por parte de las EPSI, EPS, IPSI, IPS, a las autoridades indígenas	x		
	Rendición de cuentas de los EAPB Indígenas			
	Mecanismos de seguimiento para la identificación de acciones interculturales incorporadas o apropiadas por las IPS: procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales	x		
	Implementación de modalidad de prestación de servicios acorde a la población	x		
	Verificación de disponibilidad de interprete y traductores (IPS) Ley 1381 de 2010		X	
	Verificación de la existencia del proceso que garantice el acompañamiento de los sabedores ancestrales y parteras en las IPS		X	
	Verificación de la existencia del proceso de desarrollo de competencias interculturales para el THS asistencial y administrativo	x		
	Verificación de la adecuación intercultural de los espacios y prestación de serviciosIPS	x		
	Verificación de la existencia de procesos de articulación y coordinación para hogares de paso		X	
Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud	Existencia de mecanismos que garanticen realizar investigación participativa	x		
	Existencia de espacios para el intercambio de conocimientos, generados desde la Secretaría con la comunidad	x		
Administración y Gestión	Existencia de estrategias para el aumento de cobertura de aseguramiento de la población indígena construidas con las autoridades indígenas (Ley 691 de 2001, 1751 de 2015)		X	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social (2019)

En esta lista de chequeo se evidencia el aporte a la construcción colectiva entre la E.S.E y la comunidad indígena, no obstante hay vacíos en lo que concierne a los procesos de articulación entre las instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS) y la comunidad, dado que el municipio de Filadelfia en el sistema de aseguramiento no cuenta con una UPC diferencial, por lo tanto la atención en salud para dicha comunidad desde el sistema en general no está regida por lineamientos particulares, sino que la comunidad indígena desde una mirada global debe ser atendida como la población en general del municipio; no obstante, desde la administración de la E.S.E Hospital San Bernardo se han venido ajustando los protocolos de atención, brindando capacitación al talento humano y colaboradores de la institución en atención en salud con un enfoque intercultural, dicha interculturalidad parte de los diálogos asertivos entre los miembros de la parcialidad indígena y los colaboradores de la E.S.E Hospital San Bernardo, tomando como eje fundamental el reconocimiento de los siguientes aspectos en pro de fortalecer las capacidades de los colaboradores de la E.S.E, desde la comprensión del sistema de salud propio que existe en la comunidad indígena El Palmar.

Se implementó como propuesta metodológica una estrategia pedagógica basada en principios de enseñanza y de aprendizaje la cual implicó los siguientes aspectos

- Prácticas de construcción de conocimientos.

En las que se invitó a un representante de la comunidad indígena El Palmar para que desde su saber acompañara el proceso de capacitación al grupo de colaboradores de la E.S.E (personal administrativo, médicos, enfermeras, conductores y servicios generales), buscando así un diálogo multidireccional enfocado en la construcción dialéctica del conocimiento.

- Contextualización social e histórica de los sujetos involucrados (dinámica de grupo que permita la socialización de los del origen cultural de los participantes), el representante de la comunidad indígena ofrece una narrativa en la que contextualiza a los funcionarios acerca del proceso de configuración histórica de su comunidad, al igual que se hace una presentación de la historia de la E.S.E. Se tuvo presente y se enfatizó en el uso de los códigos comunicacionales empleados en la capacitación; es decir, aquellos que prevalecen en la práctica de las relaciones,

los que son comprensibles para los sujetos para efectivamente establecer los soportes para el diálogo.

- Breve reseña histórica.
- Realidad sociodemográfica actual.
- Organización sociopolítica tradicional y actual
- Nociones tiempo espacio
- Relación hombre naturaleza

Lo anterior permitió asumir positivamente la diversidad cultural, desde la cual los grupos establecen los vínculos prácticos y de significados. En esta situación, adquiere especial importancia la diferenciación étnico-cultural, la cual se valida y se reconoce como un eje de construcción de identidad, y que debe tenerse en consideración en la dinámica de las relaciones entre sujetos pertenecientes a pueblos con culturas distintas.

A su vez, se considera como una condicionante significativa del comportamiento y de las actitudes de los sujetos, identificando aspectos fundamentales en los rasgos culturales del pueblo embera chamí, al igual que se evidenció la necesidad de entender el contexto y los procesos de vida de la comunidad para garantizar una atención de calidad desde los procesos de salud intercultural, desde la distinción entre la enfermedad de Dios y la enfermedad *jai* exponiendo las particularidades culturales que tiene el sistema médico tradicional del pueblo embera chamí, contando con la participación del jaibaná Javier Guasarave, en su exposición, señaló lo importante que es diferenciar la enfermedad en un paciente embera y cómo hace él para remitir el paciente a medicina occidental.

Estableciéndose un diálogo de saberes que buscó reafirmar los conocimientos y las prácticas de respeto y las normas en cuanto a la atención a un grupo étnico particular, desde el fortalecimiento del conocimiento de las prácticas rituales sensibilizando al personal de la E.S.E en virtud de dar una mejor atención a la población indígena del municipio.

Desde un aspecto técnico y teórico, se abordó la conceptualización y significación de los conceptos implícitos en el enfoque intercultural, a saber:

- Identidad
- Identidad social
- Identidad étnica
- Identidad cultural
- Discriminación
- Discriminación negativa
- Discriminación positiva
- Valor de la diversidad
- Cultura
- Relaciones interculturales

A partir de esto se identificaron los distintos niveles de discriminación existentes que están asociados al lenguaje y que son usados de manera inconsciente sin tener en cuenta la carga afectiva que estos poseen, ni las implicancias personales que pudieran conllevar en la valoración de los sujetos y sus referentes culturales, al igual que se reflexionaron conceptos de validación del conocimiento ¿Cuándo se reconoce la identidad? Se discutió respecto a cómo se conforma y cómo se legitima. Mostrando que existían prejuicios con relación a la atención a la comunidad, principalmente a las mujeres indígenas, desde aspectos como la planificación familiar, este desconocimiento del sistema de valores y creencias de los pueblos indígenas ha ocasionado una ruptura en la confianza desde la atención en salud; no obstante, desde la salud pública y la interculturalidad entendida como dialéctica la E.S.E ha sido pionera y ha avanzado

significativamente en la construcción colectiva de un plan de acción elaborando y visibilizando una ruta de atención.

Figura 14. Mapa de la ruta de atención intercultural

Fuente: construcción propia. **Esto hace parte de que componente. Es resultados? O es un anexo. Verificar para ubicar en forma correcta.**

El cuadro anterior responde a la construcción colectiva de la ruta de atención intercultural



en salud, en pro del fortalecimiento del sistema de salud indígena propio e intercultural, contando con la participación de sabedores y líderes de las comunidades indígenas del municipio de Filadelfia, la labor parte desde el análisis del sistema de creencias relacionados con los procesos de salud y enfermedad, primero se indagó acerca del funcionamiento del sistema de redes al interior de las comunidades, la información se obtuvo mediante la metodología de grupos focales

y preguntas orientadoras las cuales buscaban que las comunidades pudieran de una manera flexible y comprensible acerca de las instituciones que frecuentan, a quién acuden cuando se les presenta una dificultad, cómo se estructura su grupo familiar, cómo se concibe la salud y la enfermedad dentro de la comunidad, a quien se acude cuando se enferma alguien, quiénes son los agentes tratantes de la enfermedad.

7. Análisis.

El *jai* es fundamental en la cosmovisión de la salud y la enfermedad de la comunidad indígena del Palmar, ya que se convierte en una institución que legitima un orden social, el cual a través del uso de agentes sobrenaturales regula los procesos de vida de los individuos a nivel personal y a nivel colectivo, el temor a contraer *jai* produce que se regulen los chismes y las habladurías, y la fe en el *jai* devuelve la salud al cuerpo individual y colectivo de la comunidad. Es así como esta institución es al mismo tiempo, cura y enfermedad.

La Medicina ancestral es un componente para los indígenas de la parcialidad del Palmar de gran fuerza ya que por medio de esta se adquieren saberes y habilidades que pocos son llamados a realizar, conocer la naturaleza, los espíritus y la magia que se obtiene de las plantas, el agua, los animales posibilita la experiencia y el poder de sanar y curar, de buscar tratamientos adecuados para las enfermedades y hacer que las personas que forman parte de su comunidad se puedan sentir mejor a nivel físico y espiritual.

Como se mencionó anteriormente esta forma de vida pasa de generación en generación por medio de la tradición oral y la conservación de su lengua nativa, esta parte cultural y propia fortalece a los indígenas ya que hace parte de los conocimientos tradicionales y la organización política de la sociedad Embera, para ellos es muy importante la tierra y la naturaleza ya que por medio de estos por muchos años se han proveído de lo que necesitan para poder vivir.

Colombia como país diverso en etnias debe proteger a través de la ley el orden social y cultural de los grupos que habitan, y la salud es un aspecto del ser humano que se debe salvaguardar y garantizar para todos sin excepción, la interculturalidad ha posibilitado la defensa y preservación de las tradiciones y costumbres indígenas, pero también compartir aspectos de la cultura occidental permite construir nuevas condiciones de vida como es el caso de la salud.

Debido a la interculturalidad se refleja como ha disminuido o cambiado la forma de vida y la forma de ver el mundo, dentro de las costumbres que se conservan son la economía que se basa en la agricultura, su idioma, el jaibanismo y la organización política, dentro de la preservación de las tradiciones se encuentra la ejecución de las ceremonias o rituales, que hace parte de sus prácticas culturales las cuales se fundamentan en la música, bailes, cantos, el poder

mágico espiritual, los animales, la tierra, la fauna y la flora, a continuación se tendrá en cuenta algunos ritos ceremoniales según el diálogo de saberes con la comunidad que devela actividades fundamentales de su sociedad.



Fotografía 2. Tratamiento intrahospitalario a paciente con enfermedad *jai* por parte del jaibaná Javier
Fuente: Mónica Eugenia Morales Carmona con consentimiento del gobernador indígena.

7.1. Benekua. Ritual fuerza

Con anterioridad se dijo que la salud en la comunidad es de tipo individual, familiar y colectiva, que tiene una perspectiva orgánica y que, a su vez, cuenta con unos mecanismos de cura particulares, en este caso el presente subcapítulo enuncia un mecanismo de cura colectivo, este se denomina *Benekua* y se ejecuta cada vez que se presenta una desarmonía a nivel colectivo.

Octavio y Miguel Guasarave son los mayores fundadores de la comunidad indígena en el municipio de Filadelfia, son hermanos y provienen del municipio de Marsella en Risaralda, Miguel vive en la parte alta, en la vereda Morritos y Octavio en la parte baja en el sector del Carretero, cada uno en compañía de sus hijos.

Narces Guasarave, hijo de Octavio fue elegido como gobernador indígena de la parcialidad El Palmar” desde el año 2016 hasta periodo actual, su sistema de gobierno se ha enfocado en la adquisición de un terreno propio para poder integrar a la comunidad, siendo esta una familia extensa; sin embargo las problemáticas entre la familia se agudizaron a tal extremo que la división del territorio dejó de ser física y empezó a ser simbólica, llamándose así mismo de un modo peyorativo “los de arriba” y “los de abajo”.

En un principio la división se dio por la destitución de Alba Guasarave (hija de Miguel) como segunda gobernadora, el motivo fue una situación particular, la cual se origina a raíz de un cerdo que fue donado por la alcaldía municipal a la comunidad indígena, el animal fue consumido por “los de arriba” y no fue compartido a “los de abajo” Alba negó tal donación y en represaría por lo sucedido el gobernador indígena la destituye del cargo.

Los días pasaron y las discrepancias en la familia se hacían más evidentes en los encuentros programados se contaba con la asistencia de los de “abajo” mientras que los de “arriba” no acudían, al preguntar por el motivo de su ausencia, los asistentes manifestaban que era mejor que esas personas no se “juntaran” con ellos, las dificultades cada día enfermaban el cuerpo social, siendo catastrófico para los de arriba pues habían perdido el control político.

El problema se agudizó cuando Margarita, una de las hijas de Don Miguel, solicitó tratamiento por parte de un jaibaná debido a su dificultad para tener hijos, según sus creencias ella no podía ser madre ya que era víctima de mal de *jai*, la mujer pidió a Paulín Tamaniza, jaibaná mayor de la comunidad de la Albania, que la tratara, el jaibaná se movilizó a casa de Don Miguel y allí realizó el canto de *jai* en pro de sanar a Margarita.

Posterior al canto del *jai*, en la comunidad de abajo se presentó la enfermedad de una camada de cerdos, pese a que fueron tratados con medicina occidental los animales murieron, en una reunión de los de “abajo” llegaron a la conclusión de estar siendo víctimas del canto de un jaibaná malo, tras investigar un poco se dieron cuenta que el jaibaná Paulín había estado en casa

de don Miguel, responsabilizaron de la enfermedad y muerte de los cerdos al mayor Paulín, la situación se complicó más cuando el maíz que tenían sembrado se llenó de plaga, las disputas entre ambas familias se tornaron cada vez más agresivas. El gobernador indígena tomó partido al retirar el apoyo económico a los de “arriba”, los amenazó con expulsarlos de la comunidad poniendo en riesgo la estabilidad de las familias; esta situación fue socializada en un encuentro entre la comunidad del Palmar y la E.S.E en el marco del plan de intervenciones colectivas, una vez es expuesta la problemática, se le pide a la comunidad tranquilidad y que de un modo conjunto se planeé una estrategia para solucionar las discrepancias; uno de los jaibanás habla de un ritual que cura a la comunidad ese ritual se llama “*Benekua*” que se traduce como festival espiritual, al ejecutar este ritual la armonía volvería a la comunidad. No obstante, y pese a las intenciones de la comunidad ellos no podían realizar el festival ya que no contaban con los recursos económicos para hacerlo.

La E.S.E Hospital San Bernardo de Filadelfia decide aportar el recurso económico necesario, para llevar a cabo el ritual de sanación comunitario, a cambio se pidió poder observar el ritual; el *Benekua* se ejecutaría un día sábado a partir de las ocho de la noche.

7.1.1. Elementos para el ritual

Este ritual armoniza el cuerpo colectivo de la comunidad el cual desde la referencia de los imaginarios de la misma vuelve al buen vivir a los miembros de la parcialidad indígena, se describe este ritual a manera de ilustración de los dispositivos físicos y espirituales que devolverán la buena salud a las relaciones sociales de la comunidad, con antelación se mencionó que la comprensión de la salud y la enfermedad en la comunidad es una construcción holística de significados

- Ejecutor de la práctica (jaibaná mayor).
- Bastón de mando del jaibaná
- Hojas de biao
- Collares rituales hechos con azabache, piedras rojas
- Collar representativo de la comunidad embera chamí con la figura de un tigre hecho con mostacilla

- Ocho pollos
- Ocho kilos de pescado
- Ochokilos de carne de cerdo
- Ocho kilos de carne de res
- Cinco cuartillas de papá
- Cinco kilos de maracuyá
- Cuatro kilos de maíz
- Una arroba de panela
- Dos cartones de botellas de aguardiente
- Dos cartones de botellas de ron
- Diez canastas de cerveza Poker
- Seis botellas de vino
- Cuatro decenas de cigarrillos
- Seis metros de tela azul
- Veinte pliegos de papel seda de diferentes colores
- Seis kilos de cuajada
- Ochenta quesadillas
- Ochenta buñuelos
- Tres “príncipes”
- Cuatro “princesas”
- Hojas de plátano
- Hojas de carey

- Agua
- Albahaca
- Planta conocida como costilla de Adán
- Hojas de cerimán
- Hojas de iraca
- Amplia variedad de hojas cuyo nombre es desconocido.

El ritual consiste en la preparación de un banquete que será ofrecido a los *jais* que rodean a la comunidad y será consumido por los participantes justo cuando sea la media noche, la preparación de los alimentos y bebidas se hará con cinco días de antelación, el maíz, la panela, el vino y algunas botellas de aguardiente se utilizarán para preparar una bebida llamada “*Itúa*” y se servirá en un recipiente que se llama “*Beka*” que es una taza de hierro esmaltada.

Con relación a los príncipes y princesas, estos serán jóvenes de la comunidad elegidos por el *jaibaná* que hará el canto en el *Benekua*, su función consistirá en preparar los alimentos que serán servidos durante el banquete o la celebración espiritual.



Fotografía 3. Príncipes y princesas preparando los alimentos que serán compartidos en el *Benekua*
Fuente: Mónica Eugenia Morales Carmona.

La tela azul se usa para fabricar faldas para las princesas, el papel seda será el material con el que se harán flores y listones, los cuales serán adheridos a coronas hechas de papel cartón, los jóvenes estarán concentrados en un círculo cuya base serán las hojas de biao, allí los alimentos son empacados por los jóvenes, ellos preparan el festín y las bebidas.

Hacen pequeños canastos que cuelgan pegados al techo, en el centro de estos canastos pondrán frutos de maracuyá, ya que el maracuyá es la fruta favorita del espíritu de la serpiente, este espíritu en su mayoría es quien acompaña a los jaibanás.



Fotografía 4. Ritual de sanación comunitario *Benekua* Fuente: Mónica Eugenia Morales Carmona.

El jaibaná mayor Octavio se moviliza a su sitio sagrado, cerca de una fuente hídrica en compañía de dos de sus hijos, quienes también son jaibanás, allí empiezan a cantar solicitando la ayuda de los *jais* de la naturaleza, además de su consentimiento para llevar a cabo el ritual, del sitio sagrado traen algunas hojas y una botella con agua.

El ritual fue ejecutado en la comunidad del Carretero, las hojas son transportadas y entregadas a los príncipes y princesas, empiezan a adornar el suelo en forma circular, una capa de hojas es delicadamente puesta sobre el piso, a su vez, sobre esta se colocarán los alimentos y con otra serie de hojas se cubrirán los mismos.

El jaibaná mayor inicia su preparación a las siete de la noche, toma un baño, pide a su esposa que le traiga una camisa de “salir” y un pantalón a preses y unos zapatos lustrados, busca su bastón de mando y empieza a colocarse sus collares.

Siendo las ocho de la noche se da inicio a la celebración del *Benekua*, el jaibaná mayor, Octavio, agencia la práctica, las princesas han hecho una corona para el jaibaná, empieza a cantar, la intención principal con su canto es la invitación a todos los espíritus que rodean a la comunidad para que habiten con ellos y sanen los vínculos, rencores, envidias y males que aquejan a la comunidad.

Los invitados comienzan a llegar, “los de arriba” y “los de abajo” convergen en el mismo espacio, el jaibaná pide a uno de sus hijos que coloque música, José Octavio se encarga de la música, al fondo empieza a sonar el “*Padachuma*” de la banda embera “*Padachuma*” que significa plátano maduro, así la noche avanza con un amplio repertorio musical, el cual oscila entre rancheras, reguetón y música electrónica.

Los príncipes ofrecen licor a los invitados, las charlas entre comuneros se van afianzando, “los de arriba” y “los de abajo” se integran entre carcajadas, así pasaba la noche. El jaibaná no deja de cantar, las princesas se encargan de brindarle licor, él bebe vino, cerveza, aguardiente y ron; una de las jóvenes trae un recipiente de plástico el cual fue enterrado con la bebida llamada *itúa*, sirve en el recipiente “beka” y empieza a compartir entre toda la comunidad, en un momento particular el jaibaná toma un poco del agua que trajo de su lugar sagrado, mastica un poco de albahaca y escupe sobre el recipiente, los invitados beben de la preparación.

Las parejas comienzan a ponerse de pie, se forma un baile entorno al círculo, los de arriba y los de abajo olvidan sus discrepancias, al unísono entonan las canciones que se sabían, vuelven a ser familia.

Esa noche el gobernador Narces debía ser graduado como jaibaná, su padre sería quien le entregaría el bastón de mando, sin embargo, Narces no resistió la alta ingesta de alcohol, y cae inconsciente en medio del banquete, la guardia indígena lo recogió y lo llevó a una de las habitaciones,

El festejo se reanuda, siendo las doce de la noche el jaibaná Octavio solicita a los participantes ponerse de pie y formar un círculo. Los príncipes y las princesas otorgan a cada uno

una hoja de las que cubren las viandas, los comuneros empiezan a desplazarse en el sentido de las manecillas del reloj mientras agitan las hojas, otros jaibanás empiezan a cantar, el jaibaná mayor arroja agua remojada en hojas de albaca a los participantes, el canto está exacerbado, los alimentos empiezan a ser destapados, por un momento el canto cesa, el mayor toma asiento, pide a todos hacer lo mismo, da por sentada la presencia de los *jai* y pide servir la comida.

Las hojas de biao son partidas, el primer plato es un guisado de pollo, acompañado de arroz y papas, el segundo plato es un pedazo de queso y una conserva de papaya, acompañados de quesadilla, el tercer plato es un guisado de pescado, el cuarto plato es una porción de natilla de maíz con buñuelo, el último plato es un tamal con una quesadilla, el pasante para la comida será cerveza.

Todos los participantes consumen los alimentos y agradecen a quienes los han preparado, han cenado en comunidad y el orden ha sido reestablecido, los rencores serán dejados atrás y los de arriba y los de abajo vuelven a ser una familia.

Si bien se ha abordado la salud desde una perspectiva colectiva es necesario centrar la atención en la distribución de la enfermedad desde el grupo etario y desde una condición sexual particular, las principales enfermedades en las mujeres obedecen, en casos particulares, a condiciones de infertilidad, en mujeres mayores a enfermedades de tipo cardiovascular y pulmonar; en los hombres mayores a enfermedades pulmonares debido al excesivo consumo de tabaco y a las condiciones de vivienda, al igual que las enfermedades en los niños las cuales en su mayoría son enfermedades respiratorias debido también a las condiciones de sus viviendas y a la presencia de fogones de leña.

Con relación a las enfermedades propias, en niños menores las madres señalan la enfermedad de mal de ojo, el cuajo y la culebrilla las cuales son tratadas por médicos tradicionales, al igual que la enfermedad *jai*, que afecta de distintas maneras al cuerpo del menor, en algunos casos esta enfermedad causará diarrea aguda, pérdida de peso, gripe con difícil tratamiento, su atención será oficiada por un jaibaná particular. La infertilidad también será tratada por los jaibanás, pero en este caso el *jai* solo afecta a la mujer bloqueándole su capacidad de reproducción. En su sistema de creencias todos los hombres son fértiles mientras que algunas mujeres no lo son debido a la envidia que pueden despertar en otras mujeres, las cuales acuden a un jaibaná para que le envíe un *jai* malo a su vecina.

Una vez enunciados los aspectos fundamentales del proceso salud-enfermedad en la parcialidad indígena se mostrará a continuación el proceso de articulación que se ejecuta desde la E.S.E Hospital San Bernardo de Filadelfia en pro de garantizar una atención en salud, que respete e integre el sistema de creencias propias del pueblo embera chamí en aras de brindar una atención de calidad.

La articulación se presenta debido a que la ley 691 de 2001 mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, como se establece en la constitución política, se conserva y protege su tradición cultural pero se vincula a la población al sistema de seguridad social en salud permitiendo una atención integral para todas las personas, pese a las quejas sobre la atención de los funcionarios o el servicio de salud, se debe destacar que históricamente la comunidad indígena en Colombia ha tenido muchos problemas a nivel de salud ya que su arraigo cultural no permitía realizar algunos procedimientos.

Sin embargo, la atención en salud ha mejorado sus condiciones de vida en salud en cuanto la disminución de la morbilidad en niños, niñas y madres gestantes por los constantes controles prenatales, de crecimiento y desarrollo y la vacunación, siendo en este caso un punto trascendente en la interculturalidad en cuanto la perspectiva de salud-enfermedad.

8. Conclusiones

- Con relación a la descripción propia de los procesos humanos presentes en el sistema de salud de un pueblo, para el caso una comunidad indígena del pueblo embera chamí, fue necesario elaborar una aproximación que diera cuenta del fenómeno evitando distanciarse de la realidad de la cultura, para ello el enfoque etnográfico fue altamente significativo, ya que, gracias a esta mirada se lograron develar las estructuras subyacentes al proceso, mostrando que el jaibanismo funciona como una institución política y de salud entorno a la comunidad, ya que es desde allí que se legitiman los usos y costumbres de la comunidad indígena El Palmar.
- En el proceso de caracterización hecho a la comunidad indígena El Palmar se identificaron los diferentes grupos familiares, mostrando que su división sociopolítica está mediada por el grado de consanguinidad de los dos mayores fundadores de la comunidad, es decir, la comunidad se identificó bajo dos grandes familias autodenominadas “los de arriba y los de abajo”, cada una de ellas cuenta con un grupo de jaibanás o “doctores”, ambas familias presentan situaciones de vivienda precarias, dificultad en el acceso y las oportunidades, y las mismas enfermedades y necesidades, no obstante, en algunas ocasiones estas familias serán consideradas como rivales.
- Al observar detalladamente la estructura organizacional de la parcialidad indígena El Palmar, se identificó que el gobernador de la misma es hijo de uno de los fundadores de la comunidad y que en su mayoría quienes pertenecen a la estructura son sus hermanos y primos, quienes constituyen al grupo de los de abajo. Esta estructura evidencia replicas o mecanismos de control que podrían compararse con la ostentación del poder por parte de algunas familias que amparan o desamparan a la comunidad dependiendo de subjetividades, de alguna manera esto explica porque los de “arriba” son relegados y poco tomados en cuenta, a la vez que permite entender el por qué el jaibanismo se usa para justificar y estabilizar la estructura social de dominantes y dominados.
- La situación de salud del pueblo indígena de esta comunidad vista desde los aspectos propios de su cultura, responde a una cosmovisión donde el jaibaná se convierte en la

piedra angular, siendo este, desde su poder dual, quien enferma y cura a la comunidad, así pues la lengua es el depósito de la tradición y del saber empleado en el canto del *jai*; no obstante, los procesos de transculturación a los que se exponen los individuos de la comunidad han ido fragmentando la importancia del uso y reproducción de la lengua *embera bedea*, lo que genera nuevas dinámicas en las que los jóvenes rechazan el llamado de los *jai* a través de las revelaciones en los sueños.

- Como factores de riesgo en la salud, en el marco de la medicina propia se identificó por medio de la construcción de este documento la emergencia de nuevas dinámicas que no eran visibles, como caso particular las problemáticas en cuanto a la salud mental, factores como las condiciones de vida, el abandono social, han ido deteriorando la psiquis de la familia del Palmar, llevando a algunos al suicidio y a otros al intento de suicidio, el reconocerse “pobres” en el marco de un sistema económico occidental los ha llevado a perder el arraigo a sus tradiciones enfermando así su cuerpo individual y su cuerpo colectivo.
- Existen factores protectores de la salud desde lo propio, siendo estos los cantos de *jai* a nivel individual y a nivel colectivo la ejecución de *Benekuas*, los cuales son rituales que reestablecen el orden social de la comunidad, disponiendo del llamado a espíritus benefactores que fungen como protectores del cuerpo colectivo y el cuerpo individual para que tomen control sobre la entidad espiritual que ocasiona desarmonía en la comunidad
- Desde un análisis de Situación de Salud - ASIS (Institucional) se identificó la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la comunidad por medio de la gestión de agua potable, mejoras de vivienda y capacitación al talento humano propio del Palmar con relación a la implementación de mecanismos protectores, los cuales aseguren la supervivencia de la tradición propia, estos mecanismos son estrategias pedagógicas desde la divulgación y la promoción del saber; no obstante, debe articularse a la Secretaría de Educación a nivel local y departamental ya que debe ser esta institución quien propenda por garantizar los derechos a la comunidad indígena desde la adjudicación de un etnoeducador, pues como ya se mencionó la salud en la comunidad es multifactorial.

- Pese a que en el municipio no se aplica una UPC diferencial con relación a la atención a la comunidad indígena, desde el 2016 como voluntad institucional se empezó a adecuar la atención en salud en donde se garantizara un enfoque intercultural, esta atención es la respuesta dialógica a los procesos de integración entre ambas medicinas (occidental y tradicional), puesto que se hace necesaria la integración de los dos sistemas de creencia para dar un tratamiento oportuno e integral a quien está padeciendo dicha enfermedad.

9. Recomendaciones

Comentado [RJ9]: No creemos pertinente ubicar esto en el ítem de anexos, pues responde a la exigencia de la plantilla con respecto al ítem de recomendaciones.

La E.S.E Hospital San Bernardo de Filadelfia adelanta estrategias de integración multidualógicas desde un enfoque intercultural en pro del beneficio de la población indígena, a su vez, se acoge a los lineamientos y herramientas conceptuales, contextuales y normativas, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, buscando en este proceso fortalecer la construcción e implementación del modelo de atención sociocultural en salud a través de los planes territoriales en salud, propiciando un diálogo permanente entre el sistema indígena de salud propia intercultural (SISPI) y el sistema general de seguridad social en salud, garantizando la revaloración y el reconocimiento de la medicina tradicional.

Para ello es necesario respetar y valorar la identidad étnica de la parcialidad sus creencias, tradiciones y ritos ceremoniales para conservar el equilibrio intercultural, además de tener en cuenta sus necesidades e intereses y obteniendo reconocimiento social.

Por otra parte, es necesario que en el diseño e implementación de las políticas públicas realmente se tenga en cuenta el enfoque diferencial debido a la diversidad cultural y la interculturalidad y de esta manera dar cumplimiento y garantía de sus derechos, y formas de vida.

Es fundamental comprender que el (SISPI) no sea solo un documento jurídico legal y de consulta, debe ser un elemento articulador entre la cultura indígena y occidental con el fin de promover y mejorar las condiciones y calidad de vida de la población.

Es por esto que en el marco del Decreto 1953 de 2014, se establece que el sistema indígena de salud propia e intercultural (SISPI) (artículos 77 a 88), ha de ser una construcción colectiva entre distintos actores, la cual busca garantizar el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas. A su vez está conformado por cinco componentes:

- **Cuidado de salud propia e intercultural**, se refiere a acciones en salud propia y complementaria que se realizan con las personas, las familias, la comunidad y con el territorio, que tiendan a promover y proteger la salud, y a prevenir y tratar la enfermedad con el propósito de promover, recuperar y mantener la armonía y el equilibrio.

- **Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento**, que promueve y fortalece la investigación, la generación y uso del conocimiento, así como la gestión, planificación, diseño y orientación de los programas de formación propia e intercultural,
- **Sabiduría ancestral**, que son los conocimientos propios y espirituales de los pueblos indígenas, practicados culturalmente de forma milenaria y que se transmiten por generaciones a través de las autoridades espirituales permitiendo la existencia física y cultural de los pueblos indígenas.
- **Político organizativo**, que incluye las estructuras políticas y organizativas, en el nivel local, zonal, regional y nacional, que orientan, deciden, consolidan e implementan el SISPI.
- **Administración y gestión**, que brinda la orientación y administración de la información, los recursos físicos, territoriales, financieros, técnicos, tecnológicos y de talento humano para el buen funcionamiento del SISPI, en coordinación, articulación y con la complementación con el SGSSS.

La estructuración y aval de los cuatro de cinco componentes del SISPI hasta 2018, son: sabiduría ancestral, político organizativo, cuidado de la salud propia e intercultural, formación, capacitación, generación y uso del conocimiento.

Es así como gracias a los hallazgos de la investigación se hizo necesario elaborar estrategias de aproximación y articulación entre las instituciones indígenas y occidentales que apuntaran al desarrollo de una “Guía metodológica para la construcción de contenidos e implementación del SISPI”, cuya finalidad sea la contribución contextual a la operatividad del SISPI en el marco del cumplimiento de los acuerdos establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, los autos de la Corte Constitucional (004/09, 382/10, 174/11, 173/12, 051/13), el Programa de Garantías, así como con el accionar sectorial, intersectorial, afianzando aspectos como la responsabilidad individual, familiar, comunitaria y cultural; y también que estén enfocadas al mejoramiento de las actuales condiciones de salud, relacionadas especialmente con “enfermedades carenciales, cuyas consecuencias más sentidas se reflejan en los problemas nutricionales de toda la población indígena, especialmente de los niños afectados

en mayor proporción por enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias, entre otras, frente al resto de la población infantil”.

El presente escrito surgió en el marco de los objetivos de la investigación como el resultado de una mirada al contexto de la salud del pueblo embera chamí desde el estudio de caso en la parcialidad indígena El Palmar, en donde se hizo necesario, en virtud de la ineficacia de las estrategias planteadas antes del 2016 con relación a las intervenciones en la comunidad, replantear la metodología y crear una que fuera efectiva, este proceso metodológico es una respuesta antropológica enunciada desde el fundamento de la salud pública, la cual ha mejorado la atención a la comunidad indígena, convirtiéndose en modelo a nivel territorial de la implementación del SISPI por medio de las siguientes fases, las cuales se encuentran contenidas en este documento.

Fase I: contexto general del pueblo indígena – caracterización sociocultural, análisis de la situación en salud desde lo propio e institucional

Caracterización socio cultural con relación a los siguientes aspectos:

- a. Aspectos culturales del pueblo indígena.
- b. Aspectos territoriales (ubicación geográfica y ambiental).
- c. Aspectos demográficos y poblacionales.
- d. Aspectos relacionados con estructuras propias y en especial estructuras propias de salud.

Fase II: Construcción de contenidos y plan de acción para la implementación del SISPI – aspectos claves en la definición de los contenidos de los componentes SISPI: Cuidado de la salud propia e intercultural, sabiduría ancestral, formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud, administración y gestión, político organización.

Anexo.

FORMATO PARA LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones a nombre de o en las cuales se presenta o realiza el proyecto: Universidad de Caldas

Nombre del proyecto: SALUD-ENFERMEDAD EN EL PUEBLO INDIGENA EMBERÁ CHAMÍ DE LA PARCIALIDAD "EL PALMAR" DE FILADELFA CALDAS

Nombre del investigador responsable: MÓNICA EUGENIA MORALES CARMONA

Por favor, marque con una X el espacio correspondiente con relación a cada una de las siguientes afirmaciones:

Confirmando que he leído y entendido la Hoja de Información del proyecto, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y formular todas las dudas sobre el mismo que he considerado necesarias, las cuales me han sido respondidas de manera satisfactoria.

No Sí

Confirmando que mi participación es voluntaria, que no se ha ejercido ninguna presión para participar en el programa y que me puedo retirar del mismo en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna implicación negativa para mí. En caso de retirarme, también estoy en libertad de dar o no dar explicaciones sobre los motivos para ello.

No Sí

Entiendo que la información que se recolecta sobre mí será de carácter confidencial, se manejará de manera anónima y sólo podrá ser consultada por personas responsables debidamente autorizadas para ello.


No Sí

Acepto que los resultados obtenidos sean utilizados para publicaciones de carácter científico y para su difusión general, en beneficio de la ciencia y de la sociedad, conservando la anonimidad.

No Sí

Acepto participar, por voluntad propia, en el programa arriba mencionado.

No Sí

	Nombre completo de	Fecha (Día/Mes/Año)	Firma
Participante:	Narcis Guasorave Córdoba	29 julio 2018	
Testigo:	_____	_____	_____
Responsable:	_____	_____	_____
Quien diligencia:	_____	_____	_____

Observaciones: Narcis Guasorave Córdoba es el gobernador de la parcialidad indígena el "Palmar" máxima autoridad. Firma otorgando el permiso para la investigación.

Ucaldas_170430_Formato para presentación proyecto a Comité de Ética 01/05/2017 09:34:00 p.m.

Fuente: Construcción Propia.

10. Referencias bibliográficas

1. Cardona, J, Rivera, Y. *Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia*. Revista cubana de salud pública. La Habana. Cuba. 1994.
2. De Carvalho A. I. y Marchiori P. *Determinantes sociales de la salud, la enfermedad e intervenciones*. El original fue publicado en Carvalho AI e Buss P. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. (texto ha sido escrito en portugués y traducido al español). 2008, 141-166.
3. Boixareu R. *De la Antropología Filosófica a la Antropología de la Salud*. 2008.
4. Langdon, E.J. y Wiik, F.B. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2010; 18(3), 177-185.
5. Korbit, A. y Mendez, A. *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Capital Federal. Grupo Editor Aique. 2000.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Organización Panamericana de la salud.
7. Parra, L. y Pacheco, A. ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 4. 2006; 110-121
8. Borde, E. y Torres, M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúdeem Debate*. 2017; 41, 264-275.
9. Cardona, J.A., Rivera, Y. y Carmona, J. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo embera-chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2015; 41(1).
10. Vasco, L. G. *Jaibanás. Los verdaderos hombres* (Colección Textos Universitarios). Bogotá: Banco Popular; 1985.
11. Lozano, E. y Salazar, M. Evolución histórico-política de la salud indígena en Caldas: aproximaciones a la determinación social en salud. *Hacia promoción. Salud*. 2018; 23(1), 125-140.

12. Calvo, J.A. *Construcción del sistema Eco-Salud a partir de las emergencias estéticas de la relación bucléica salud-ambiente-calidad de vida. Estudio de caso resguardo indígena de San Lorenzo, Riosucio, Caldas*. Manizales: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013) Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014 – 2023. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015. Recuperado de: <https://consultorsalud.com/gestion-de-salud-publica-y-plan-pic/>
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Organización Panamericana de la salud.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Who*. Recuperado de: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
17. Martínez, M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, 9. 2006; 123-146.
18. Ferrara, F. Clases en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires; 2005.
19. Navarro, V. Concepto actual de la salud pública. En F. Martínez, P.L. Castellanos y V. Navarro (eds.), *Salud Pública*. 1998; 49-54.
20. Alcántara, G. *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*. 2008 9 (1), 93-107.
21. Rodríguez, R. y Goldman, A. (1996). *La conexión salud- desarrollo*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

22. Carmona, L., Rozo, C. y Mogollón, A. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*. 2005; 3,62-77.
23. Peña, A. y Paco, O. El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2002; 63 (3), 223-232.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Who*. 1948. Recuperado de http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
25. Gordis L. *Epidemiology*. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1996.
26. Taylor Burnett, E. *Primitive Culture*: Londres. Reino Unido. 1994.
27. Instituto de Investigaciones en Educación. *Reflexiones acerca de la interculturalidad*. Revista de investigación educativa. Mexico. Veracruz. 2006.
28. Meo, G. Di. *L'Homme, la société, l'Espace*. Anthropos. París 2000.
29. Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31. 2013 (supl 1): S13-S27.
30. Jiménez, B. *Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza*. *Investigación cualitativa en Salud*. 2000.
31. Guber, R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Editorial Norma. 2001.
32. Malinowski, B. Introducción: objeto, método y finalidad de esta investigación. En *Los argonautas del Pacífico occidental*. 2001; 37-78
33. Pérez, Á. La etnografía como método integrativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41 (2). 2012; 421-428.
34. Flick, U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata Paideia. 2007.
35. Ulloa, E. "Grupo indígena Los Embera". *Geografía Humana de Colombia. Región del Pacífico*. Tomo IX. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. 1992.