

“¿Pluralismo o colonialidad médica? Un estudio alrededor del cáncer en diferentes sistemas
médicos colombianos”

Monografía de grado
Escuela de Ciencias Humanas
Programa de Antropología

Presentado por
Jessica Mariela Giraldo Aristizábal

Directora
Claudia M. Cortés García

Universidad del Rosario
Semestre II del 2014

Agradecimientos

Al Abuelo creador, esa luz constante que ilumina el pensamiento y fortalece la voluntad.

A mis dos amores, Efraín Jajoy y Matías Jajoy Giraldo, para quienes sueño un mundo en el que podamos vernos los unos a los “otros” como hermanos.

A mis padres, Ana Aristizábal y Pastor Giraldo, por su infinita paciencia e incondicional apoyo. A ellos todo mi amor y gratitud.

A mi hermano, Sergio Giraldo, por existir y alegrar mi vida.

A la profesora Claudia Cortés, por su tiempo, dedicación y gran aporte a este trabajo. Pero sobre todo por su calor humano, aquel que hizo mucho más fácil y gratificante este proceso.

A la profesora Carolina Galindo, quien ayudó a consolidar las bases de este proyecto.

Al taita Ruber Garreta y a los demás médicos indígenas y alopáticos que muy generosamente quisieron compartir conmigo parte de su tiempo, su vida y su conocimiento.

A Silvia, porque quien soy yo para negarle la alegría de aparecer en esta página.

A mis familiares, amigos y compañeros, con quienes quiero compartir la alegría del deber cumplido.

Gracias, muchas gracias a todos.

Tabla de contenido

Tabla de contenido.....	2
Introducción. Medicinas indígenas en la ciudad: Hacia la configuración de un problema de investigación	3
Capítulo I. Herramientas teórico-metodológicas para pensar la realidad.....	11
i. Medicinas indígenas: Un recorrido por las teorías antropológicas de la salud, la enfermedad y la curación.	11
ii. Conocimientos y prácticas médicas: estructuras coloniales, subjetividades y dinámicas económicas.....	16
iii. Metodología: Hacia la incorporación de nuevos puntos de observación	27
Capítulo II. Cáncer: tumor, conflicto, karma. La construcción social del conocimiento médico	33
i. El Cáncer: “Proliferación descontrolada de células”.....	34
ii. El cáncer: “Conflicto no resuelto”	38
iii. El cáncer: “Carga del espíritu”	42
Capítulo III. Estructuras sociales y prácticas médicas: hacia un análisis de las dinámicas (de) coloniales en el campo oncológico	50
i. “Por el control del cáncer”: La institucionalización del conocimiento biomédico de la enfermedad.....	51
ii. Prácticas médicas: un escenario de diálogos y tensiones entre conocimientos médicos.....	57
ii. i Los médicos alopáticos y su concepción de la “buena ciencia”	59
ii.ii Los médicos indígenas y su apertura al dialogo de saberes.....	64
ii.iii Los médicos alternativos y la integración de los conocimientos médicos.	67
Capítulo IV. El cáncer de la salud: conocimientos médicos, colonialidad y neoliberalismo	73
i. Del derecho a la salud a la salud como negocio.....	73
ii. La objetividad enferma: Ciencia e industria farmacéutica	76
iii. Los conocimientos colectivos en la era de la propiedad intelectual.....	80
Conclusiones	84
Bibliografía.....	89

Introducción. Medicinas indígenas en la ciudad: Hacia la configuración de un problema de investigación

“Al hablar de la medicina indígena, no debe suponerse sin más que ella se encuentra en las aldeas indígenas; en cierto sentido muy legítimo, la medicina esta allí donde los pacientes la buscan” (Calavia,2004:171)

La salud y la enfermedad han sido descritas por la antropología como dos fenómenos universales. Mucho antes de que existieran los hospitales y las facultades de medicina, las sociedades humanas ya habían desarrollado un conocimiento acerca de qué era una enfermedad y cuáles eran los mecanismos más apropiados para tratarla; igualmente existían al interior de cada grupo social un conjunto de “especialistas” encargados de hacer frente a los problemas de salud de las personas. Este era el caso de los taitas, payes, yachas, mohanes... que habitaban el territorio americano desde antes de la conquista española. Estos “exóticos” personajes, entre plumas y colmillos de animales, entre plantas medicinales y cantos, se encargaban de atender los problemas de salud de sus comunidades cuando en estas tierras aún no se conocía el acetaminofén ni se habían construido los hospitales modernos.

Con la llegada de los españoles a territorios americanos los chamanes y sus prácticas medicinales fueron fuertemente reprimidas¹; bajo la premisa de que estos personajes tenían pactos con el diablo, las instituciones españolas buscaron suprimir la figura del chamán y posicionar en estas tierras una nueva autoridad en salud: el médico “occidental”². Pese a que el ideal de los colonizadores era imponer sus ideas, prácticas e instituciones de salud en tierras americanas, desacreditando y deslegitimando el uso de las medicinas indígenas, la realidad los llevó en muchas ocasiones a valerse de los recursos medicinales nativos para dar solución a los nuevos problemas de salud que aparecieron ante ellos. Así, por ejemplo, hay estudios que muestran como muchos españoles recurrían a los conocimientos médicos indígenas cuando sufrían la picadura de serpientes (Alzate, 2003).

¹ Una descripción detallada sobre los castigos a los cuales fueron sometidos los nativos que conservaban sus prácticas médicas puede ser encontrado en Quevedo, Emilio (2007). *Historia de la medicina en Colombia: prácticas médicas en conflicto (1492-1782)*.

² Utilizo aquí el término occidental para denotar que es una figura traída desde Europa. Aquí todavía no tiene cabida la denominación de médico alopático (o moderno), pues para la época aún no se contaba con la imagen de un médico con estudios universitarios. La medicina era ejercida por barberos, sangradores, herbolarios... quienes sólo poseían un conocimiento empírico de la enfermedad (Freidson, 1978)

De esta manera, “aunque la empresa de la conquista y colonización tuvo la finalidad de erradicar tales costumbres demoniacas” (Uribe, 2002: 6), los rituales terapéuticos indígenas lograron mantenerse de manera clandestina a través del tiempo. Es así como las medicinas indígenas no sólo siguen vigentes dentro del panorama de salud del país sino que también han experimentado un proceso de revitalización en los últimos años, reflejado en la adopción de terapéuticas indígenas en contextos urbanos por parte de personas que cuentan con altos niveles de formación académica y por la inserción de estas prácticas indígenas en el campo de las cada vez más respetadas “medicinas alternativas” (Caicedo, 2009; Uribe, 2002). De esta forma, medicina alopática³ y medicina indígena constituyen dos tipos de conocimientos en salud que han convivido y siguen conviviendo dentro de nuestras sociedades.

Hay varios contextos en donde se puede presentar la convivencia entre estos dos tipos de medicinas. El primero es el escenario de las comunidades indígenas donde hacen presencia pequeños puestos de salud y médicos rurales encargados de ayudar a los “nativos” a resolver sus necesidades salubres. Esta realidad se nos presenta casi como un “deber ser”, ya que lo “normal” y lo “debido” es que la biomedicina, a través de su alianza con el Estado y las instituciones de salud, llegue con sus conceptos, métodos e instituciones a mejorar la salud de las personas en todos los rincones de la tierra (Martínez, 2008).

Otro es el caso que se presenta en el segundo escenario, correspondiente a los contextos urbanos (las grandes y pequeñas ciudades del país). En los últimos años hemos sido testigos de cómo más y más médicos indígenas llegan a la ciudad a ofrecer sus distintas terapias médicas: así, se hacen frecuentes en la ciudad las tomas de yagé, los temazcales, los mambaderos... Si bien parece una simple inversión de la relación anterior, no se nos presenta tan lógica como la llegada de la biomedicina a una comunidad indígena. Aquí se nos habla de neochamanismo, neochamanes, rituales terapéuticos, nuevas religiosidades, subjetividades y toda una serie de conceptos que finalmente nos llevan a observar este fenómeno a partir de la noción de *creencia* que, “tal como se utiliza en antropología, connota ciertamente error o

³ La medicina alopática agrupa un conjunto de profesionales (médicos) con una alta especialización universitaria y una serie de recursos materiales y de infraestructura (medicinas, aparatos tecnológicos, instituciones hospitalarias) (Uchôa y Vidal, 1994). En este trabajo los términos biomedicina, medicina alopática, occidental, profesional, científica, moderna son utilizados como sinónimos.

falsedad, aunque rara vez se afirma explícitamente” (Good, 2003: 48). Y es que generalmente se piensa que la ciencia de occidente es universal, omniabarcadora de la realidad sin importar los “accesorios” culturales; mientras que el conocimiento indígena es visto como una creencia, válida sólo en la medida en que se aplique entre indígenas y en territorios indígenas⁴.

La llegada de la medicina indígena a la ciudad transgrede este ideal colonial⁵, al colocar, no sólo a pacientes, sino a médicos alopáticos bajo el conocimiento médico de los indígenas. Y es que hoy en día encontramos no pocos médicos alopáticos que han establecido un diálogo con médicos indígenas en el cual, el fin último, es buscar estrategias efectivas que permitan aliviar los problemas de salud de las personas. Este tipo de relación entre médicos indígenas y médicos alopáticos representa una rica fuente de análisis antropológico, en tanto que uno de los más “dignos” representantes de la ciencia moderna reconoce que ese “otro”, que por mucho tiempo se pensó que guiaba su cosmovisión de la vida, de la salud y de la enfermedad por un conjunto de creencias erróneas, alberga un conocimiento válido en el campo de la salud.

Ahora bien, es de aclarar que aunque en algunos casos las medicinas indígenas han contado con una buena recepción por parte de ciertos médicos alopáticos, no son pocas las barreras que debe sortear este tipo de saber una vez sale de su “contexto tradicional”⁶. Y es que mientras en sus “lugares de origen” la medicina indígena cuenta con legitimidad y reconocimiento social, una vez se traslada a las ciudades debe sortear una nueva realidad: la institucionalización del conocimiento biomédico como parámetro mediante el cual se define qué es una enfermedad, cómo debe ser tratada y quiénes están capacitados y autorizados para ello.

⁴ De esta manera, se perpetúa un modelo de cultura propio de la antropología del siglo pasado conocido como isomorfismo cultural. Desde esta perspectiva, se considera que “cada población “tiene” una “cultura” y habita en un “lugar” (Restrepo & Rojas, 2010). En este sentido, se desconocen, por un lado, las discontinuidades y diferenciaciones que se presentan al interior del grupo y, por otro lado, las interacciones que siempre han existido entre los diferentes grupos humanos.

⁵ Tomado como base esta definición de “isomorfismo cultural”, en el presente trabajo llamo ideal colonial al presupuesto según el cual los conocimientos indígenas sólo son válidos en la medida en que se aplican al interior de una cultura determinada y en unos lugares específicos.

⁶ A propósito de la asociación entre “cultura” y “territorio”, Uribe (2002) afirma: “El chamanismo, pues, hoy está en todas partes y no está. No tiene sitio, un territorio fijo. En realidad, nunca lo tuvo. Aunque en nuestras fantasías e imaginarios todavía lo pensamos como situado en alguna exótica maloka indígena de la selva amazónica”

El propósito de este trabajo es analizar el tipo de relaciones que se establecen entre la medicina alopática y la medicina indígena⁷ en el escenario urbano de Bogotá. Para ello, toma distancia de los estudios ya realizados sobre este tema en el campo de la antropología a partir de dos aspectos: en primer lugar, busca acercarse a esta relación a partir de las trayectorias profesionales de un conjunto de médicos (tanto indígenas⁸ como alopáticos); en segundo lugar, se aproxima a estas relaciones a partir de una enfermedad particular: el cáncer. Esto con el objetivo de resaltar que la medicina indígena practicada en contextos urbanos no sólo debe hacer frente a un nuevo escenario geográfico y social, sino que debe enfrentarse a presupuestos, definiciones y enfermedades establecidas desde la biomedicina, cuyo dominio y hegemonía es más fuerte en las ciudades.

Para cumplir con este objetivo se plantea la siguiente pregunta general: ¿Cuáles son las relaciones que se establecen entre los conocimientos médicos (alopáticos e indígenas) a la hora de abordar una enfermedad como el cáncer? Para dar respuesta a esta pregunta, a su vez, es importante hacernos un conjunto de preguntas más específicas: ¿Cuáles son las nociones de salud/enfermedad/atención que se desarrollan dentro de estas prácticas médicas? En el caso particular del cáncer, ¿Cómo es definida esta enfermedad?; ¿Qué tipo de relaciones se establecen entre estos dos tipos de medicina y la institucionalidad de la salud?, ¿Cómo se articulan estos dos tipos de conocimientos en las trayectorias profesionales de un conjunto de médicos indígenas y un grupo de médicos alopáticos?

Las respuestas a cada una de estas preguntas configurarán la estructura de la presente monografía. En el primer capítulo expondremos la metodología utilizada y los debates teóricos retomados a la hora de analizar las interacciones que se presentan entre estos dos tipos de conocimientos médicos. En el capítulo siguiente reconstruiremos la manera como tanto la medicina alopática como la medicina indígena conciben una enfermedad como el cáncer (definición, diagnóstico, tratamiento). El capítulo tercero, por su parte, tiene como objetivo

⁷ Según el Censo de población 2005, en Bogotá residen cerca de 87 pueblos indígenas, cada uno de los cuales posee unos conceptos y prácticas de salud particulares. En el marco de este trabajo sólo será tomada como referente la medicina indígena del yagé, compartida por las comunidades indígenas del Putumayo colombiano. En adelante, el término medicina indígena se usará para referenciar únicamente a la medicina basada en el consumo ritual del yagé.

⁸ En este mismo sentido, aquí el término médico indígena se limita a quienes usan el yagé y el conocimiento de diferentes plantas medicinales para la curación del enfermo.

analizar las relaciones que se tejen entre la biomedicina y la medicina indígena en dos espacios diferentes: en el ámbito institucional (marco legal, instituciones de salud especializadas, academia) y en las prácticas médicas de tres grupos de médicos⁹. El cuarto y último capítulo no surge a partir de una pregunta de investigación planteada de antemano sino que es resultado de los hallazgos de campo. Este hace referencia a las dinámicas económicas que atraviesan las relaciones entre conocimientos médicos.

Ahora bien, antes de proceder con el desarrollo de este trabajo, me parece importante ofrecer una justificación a algunas elecciones que fueron frecuentemente cuestionadas en el transcurso de la elaboración y presentación del proyecto que originó el presente escrito. En primer lugar está la pregunta del por qué se decide trabajar bajo la noción de medicina indígena y no de chamanismo, “como lo indica la tendencia académica actual” según me decía una profesora. Pues bien, chamán, médico tradicional, taita, curaca, todas estas denominaciones han sido utilizadas para hacer referencia a una misma persona; en el campo de la antropología no se escoge uno de estos términos al azar, pues la palabra escogida pondrá en evidencia la apuesta teórica a la cual apunta el investigador. Desde los inicios de la antropología hasta la época actual, muchas han sido las páginas dedicadas al chamán, a ese exótico personaje que con su parafernalia ritual representa el símbolo radical de la otredad cultural. Han sido muchas, también, las páginas que se han escrito sobre el médico indígena, las plantas medicinales de las comunidades indígenas del Putumayo y toda la tradición médica de las comunidades indígenas del país. Cada una de estas perspectivas teóricas constituyen una manera diferente de acercarse a una misma realidad, ninguna más verdadera, ninguna más errada.

La perspectiva que se adopta en este trabajo fue construyéndose poco a poco tras las inquietudes personales que fueron surgiendo al encontrarme con ese misterioso mundo del chamanismo. En el año 2010 yo me encontraba en mi quinto semestre de antropología. En el marco de una asignatura denominada antropología de las religiones decidimos realizar, con un grupo de 3 compañeros más, una investigación sobre el chamanismo urbano o neochamanismo, como lo denominamos en aquel entonces. La tarea: investigar, leer y realizar

⁹ Estos tres grupos están conformados de la siguiente manera: un conjunto de médicos alopáticos (MA), un grupo de médicos indígenas (MI) y un conjunto de médicos que teniendo una formación alopática han integrado a sus prácticas terapéuticas conocimientos de las medicinas alternativas e indígenas (MAI).

un pequeño trabajo de campo. Una de mis compañeras organizó el encuentro, la cita era a eso de la media noche en una vivienda del suroccidente de Bogotá: íbamos a una de las muchas tomas de yagé que se efectúan en la ciudad a realizar ese pequeño trabajo de campo.

Lo que me encontré en ese lugar derrumbó muchos de los estereotipos con los cuales me había acercado al tema. Aún recuerdo cuando en una de las clases mis compañeros plantearon la idea de realizar el trabajo sobre este tema. De inmediato me imaginé en medio de la noche, en la mitad de un bello pastizal en Chía, la luna llena, un grupo de jóvenes barbados, con rasta, las mujeres con faldas hindú y los hombres con sudaderas de rayas, compartiendo en una pequeña totumita eso que me imaginaba sería el yagé. La realidad era otra. Me encontraba en una enorme casa, arbolitos por ningún lado, la luna ni se alcanzaba a ver. Esos “hippies” que acompañaban mi fantasía nunca llegaron. En su lugar estaba una anciana que desde hacía más de 3 años controlaba sus problemas de diabetes con las planticas que le recetaba el “taita”, el joven padre de familia que debía ser cargado desde el taxi hasta el interior de la casa y esperaba que el médico indígena le recetara algún remedio para su problema de artritis reumatoide... y así, habían unas 20 personas más, seguramente más de una con el interés de experimentar el tan famoso “vuelo chamánico”, no lo sé, a mí lo que más me llamó la atención fue el descubrimiento que revelaba ante mí una realidad no imaginada: la toma de yagé como un escenario médico.

Así, pese a que actualmente pueden ser encontrados muchos trabajos sobre neochamanismo, nuevas religiosidades, nueva era, donde es común hallar análisis de las ceremonias de sanación indígenas como ritos religiosos, este trabajo se enfoca en el estudio del sistema médico indígena en su conjunto y, por tanto, adopta la premisa según la cual “la sabiduría indígena es, ante todo, una ciencia médica” (UMIYAC, 2000: 12)¹⁰ compuesta por un conjunto de conocimientos y procesos terapéuticos encaminados a dar solución a los problemas de salud de las personas. En este sentido, los taitas, chamanes, curacas, son tomados dentro de este trabajo como médicos indígenas y su visión acerca de lo que es la enfermedad es puesta en el mismo nivel que la desarrollada por médicos profesionales

¹⁰ Es importante resaltar que son los propios *yachas*, agrupados en la UMIYAC (Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana), quienes sostienen que la denominación con la que más se sienten identificados es con la de médicos indígenas yageceros.

(tomando como referencia el principio de simetría formulado por Bloor, 1998). Se busca resaltar, además, como pese a que ambos tipos de médicos poseen una formación, una trayectoria y unos conocimientos en salud, hay unos contextos sociales, culturales e históricos que han posicionado un saber por encima del otro.

Ahora, ¿por qué estudiar esto en el caso del cáncer? No pocas veces he tenido que responder a la pregunta de por qué escoger el cáncer como la enfermedad que posibilita establecer los puntos de encuentro y desencuentro entre la medicina alopática y la medicina indígena. El cáncer es una enfermedad “occidental” es el argumento al que siempre me he enfrentado. Sin embargo, el cáncer me pareció, por varias razones, una enfermedad paradigmática para establecer las interacciones entre estos dos tipos de medicinas.

Autores como Menéndez (1994) sostienen que los saberes llamados “tradicionales” siempre están en un proceso constante de transformación, en la medida en que se encuentran inmersos en un contexto social y cultural igualmente cambiante. En esta medida, y como primer argumento, no podemos pretender que los saberes indígenas se hayan mantenido aislados e “incontaminados” de las nosologías occidentales de la enfermedad, en cuanto estas hacen parte de un contexto social muy cercano a ellos. Es así como, y según el testimonio de uno de estos médicos indígenas, ellos también consultan, experimentan, investigan (mediante sus propios medios) con el fin de dar solución a las nuevas enfermedades con las cuales van entrando en contacto. De esta manera, hoy en día podemos observar como muchos de estos médicos atienden a personas con cáncer, conocen medicinas para el cáncer y realizan diversos tratamientos a personas que padecen la enfermedad. Ahora bien, uno de los puntos de este trabajo será analizar ¿Qué es lo que dentro de esta tradición medica se entiende por cáncer?, ¿Cuál es la resignificación que estos médicos hacen del concepto biomédico bajo el cual generalmente se entiende esta enfermedad?..

El cáncer es una enfermedad paradigmática que refleja muchos de los postulados bajo los cuales funciona la biomedicina moderna: la imagen del tumor, una prueba irrefutable de una medicina basada en la evidencia; la alta especialización con la que debe contar un doctor para tratar esta enfermedad, la muestra de cómo la biomedicina atomiza cada vez más al ser humano; las tecnologías de punta utilizadas para los tratamientos, la evidencia de la deshumanización de esta ciencia médica. De esta forma, analizar las relaciones que se

establecen entre la medicina indígena y la medicina alopática con respecto al cáncer, permite develar muchas de las confluencias y rupturas que se establecen entre los presupuestos básicos de estos sistemas médicos. Por otro lado, la connotación social que tiene el cáncer enfrenta a quien padece esta enfermedad con la muerte (Sontag, 2003). Las imágenes que nos muestran el desgaste físico de las personas sometidas a un tratamiento de quimioterapia, las noticias e informes de la alta mortalidad por cáncer de personas que cuentan, incluso, con tecnologías, medicinas y especialistas altamente calificados hacen que ante el diagnóstico de esta enfermedad muchas personas busquen alternativas terapéuticas en culturas médicas diferentes a la biomedicina¹¹. Una de estas alternativas, en muchos casos la última¹², es la medicina indígena. En este sentido, el cáncer es una de las enfermedades que permite analizar con mayores matices las relaciones que se tejen entre la biomedicina y la medicina indígena.

Por último, teóricos de la decolonialidad han denunciado el “ego” de la ciencia occidental al creer tener la última palabra sobre cada uno de los fenómenos que conforman el universo humano (Lander, 2000; Castro-Gómez, 2007; Walsh, 2007). Es así como antropólogos, médicos, psicólogos, toxicólogos... poseen estudios y grandes disertaciones sobre lo que ellos consideran son las medicinas indígenas. Igualmente, desde la antropología y los estudios sociales de la ciencia se han hecho diversos trabajos que enfrentan la visión de médicos alopáticos y médicos tradicionales frente a los denominados “síndromes culturales”. Ahora, me parece un buen ejercicio conocer, desde el otro lado de la orilla, las percepciones que tienen algunos sabedores de las culturas indígenas sobre realidades médicas alrededor de las cuales la ciencia moderna ha establecido un monopolio de “verdad”.

¹¹ Según Broom & Tovey (2007b), los pacientes de cáncer, especialmente los que se encuentran en etapa “terminal”, son los usuarios más prolíferos de las medicinas complementarias y alternativas.

¹² Así lo afirman dos de los médicos indígenas consultados durante la elaboración de esta investigación.

Capítulo I. Herramientas teórico-metodológicas para pensar la realidad

i. Medicinas indígenas: Un recorrido por las teorías antropológicas de la salud, la enfermedad y la curación.

Desde los inicios de la disciplina antropológica encontramos referencias a las formas como diferentes culturas conciben la salud y la enfermedad, así como a las herramientas utilizadas para dar solución a los problemas de salud experimentados. En los primeros estudios etnográficos (siglos XIX y XX), “la medicina indígena era percibida como un sistema místico o irracional derivado de la propensión de la mentalidad primitiva a la magia, la imprecisión y también al error” (Martínez Hernández, 2008: 12). Este es el caso de los trabajos de Tylor (1871) y Frazer (1890), en los que no se habla propiamente de medicinas indígenas, sino de los “trucos mágicos” que realizan las comunidades indígenas para atender sus problemas de salud. Por esta misma vía, unos años más tarde nos encontramos con los trabajos de Rivers (1924) y Clements (1932), en los cuales, una vez más, se reafirma la distinción entre la ciencia y el pensamiento mítico, entre la explicación naturalista de la enfermedad y aquellas falsas creencias que “afectan las concepciones etiológicas y terapéuticas de las enfermedades” (Martínez Hernández, 2008: 20).

Estas primeras etnografías no hacen parte, propiamente, del campo de la antropología médica, la cual surge en los años 60s en Norteamérica de la mano de autores tales como Benjamin Paul, George Foster, Charles Erasmus y Hazel Weidman (Good, 2003). Estos antropólogos trabajaban de la mano de diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de mejorar los problemas de salud pública de los países del tercer mundo. Desde esta perspectiva, la antropología era una herramienta que permitía conocer y cambiar las prácticas de salud tradicionales para, de esta manera, “orientar” a las personas hacia la medicina moderna. Aquí, nuevamente, puede ser identificada la separación entre, por un lado, las medicinas tradicionales, producto de creencias erróneas y responsable de los altos grados de mortalidad en los países subdesarrollados y la medicina alopática, símbolo de modernidad y progreso (Martínez Hernández, 2008).

La década de los 80s marca un giro en la forma como son concebidos los sistemas médicos tradicionales, tanto a nivel institucional como en el campo de estudio de la antropología. A nivel institucional el giro se produce debido a que en 1978 la Organización

Mundial de la Salud (OMS) invita a los gobiernos de los distintos países del mundo a desarrollar e incentivar el uso de la medicina tradicional entre su población menos favorecida. Desde este punto de vista, la medicina tradicional ya no es vista como resultado del “atraso” y poca educación de los pueblos, sino como una alternativa que, de la mano de la medicina institucionalizada, puede realizar contribuciones significativas en el mantenimiento de la salud de la población más pobre (OMS, 2002)

En el campo antropológico, por su parte, se produce una transformación en la forma como es entendida la ciencia, la cual pasa de ser el referente con respecto al cual se clasifica, se analiza, se conceptualiza... a ser un objeto mismo de reflexión antropológica. En este sentido surgen los trabajos de algunos antropólogos médicos en los cuales se ubican sobre una misma balanza tanto a los sistemas médicos tradicionales como al sistema biomédico occidental. Trabajos como los desarrollados por Good (1994), Kleinman (1980), Hahn (1995), Mishler (1981), Young (1980), y Menéndez (1981), “plantean que la biomedicina no puede ser una referencia teórica y conceptual para la antropología médica sino, en todo caso, uno de sus múltiples objetos de indagación” (Martínez Hernández, 2008: 42).

De esta manera, se amplía la perspectiva de la antropología clásica con referencia a las medicinas indígena, para dar paso a nuevas reflexiones que toman estos dos sistemas médicos como unas construcciones sociales y culturales, ambos racionales, ambos míticos. Surgen así, numerosos trabajos en los que se busca explorar la forma como se interceptan las medicinas locales y la biomedicina en diversos lugares del mundo. Trabajos como los de Leslie (1977), Janzen (1982), Ohnuki-Tierney (1984), Baer (1987), Crandon-Malamud (1991), Sharma (1992) y Fernández Juárez (2004) son una pequeña muestra de esto (Johannessen, 2006).

Ahora bien, es importante resaltar la influencia que tuvieron otros campos disciplinarios en la adopción de una nueva concepción de la ciencia (y por tanto de la biomedicina) por parte de la antropología médica contemporánea. Es desde los estudios sociales de la ciencia, una disciplina que surge en los años 70s en los círculos académicos de Inglaterra y Estados Unidos, que se empieza a reflexionar sobre la dimensión social del conocimiento científico (Quevedo, 1993a). Trabajos como los de David Bloor y Barry Barnes (1997) plantean que todo conocimiento está determinado socialmente y que, en este sentido,

tanto la ciencia como otros tipos de conocimientos deben ser estudiados bajo el principio de simetría (Nieto, 1995).

Para el contexto colombiano tenemos una gran variedad de estudios en el campo de la antropología médica, teniendo como pioneros los trabajos desarrollados por Gerardo Reichel Dolmatoff y Virginia Gutiérrez de Pineda (Herrera y Lobo-Guerrero, 1982). En sus trabajos, Reichel Dolmatoff se interesó por investigar la forma como algunas comunidades indígenas (Kogi, Tukano y Desana) entendían y clasificaban las enfermedades, los métodos curativos utilizados y el papel del chamán en el mantenimiento de la salud. Gutiérrez de Pineda (1985), por su parte, realizó un reconocido estudio en el cual se indagó por la “forma de pensar y de categorizar las enfermedades de las poblaciones colombianas” (Herrera, 1988: 40), donde se incluía las nociones de salud desarrolladas por las comunidades campesinas.

Tanto Reichel Dolmatoff como Gutiérrez de Pineda consideraban que las medicinas indígenas irían cediendo terreno a la biomedicina una vez la población fuera educada. La investigación antropológica, en este sentido, no solo tenía como objetivo conocer los diversos tipos de medicina practicados por la población colombiana, sino otorgarle a la biomedicina las herramientas suficientes para “educar” a las personas en “buenas prácticas” de salud. A los trabajos de Reichel Dolmatoff le sucedieron un conjunto de investigaciones orientadas a describir y comprender los sistemas médicos desarrollados por las diferentes comunidades indígenas de Colombia. Es así como encontramos los estudios de Bernal Villa (1954) y Villa Posee (1979) entre los Paeces; Seijás (1969) entre los nativos del Valle del Sibundoy. Lucena Salmoral (1970) realiza su investigación con los Guahibos; Langdon (1974) con los Siona y Von Hildebrand (1981) con los Tanimuka (Herrera y Lobo-Guerrero, 1982).

La figura del chamán cobró gran importancia entre los investigadores que se dedicaban al estudio de los sistemas médicos tradicionales. Así, gran parte de la literatura de esta época se encuentra orientada a la comprensión del papel de los chamanes dentro de las culturas indígenas, sus métodos curativos y el camino de su aprendizaje. En esta dirección encontramos los trabajos de Nachtigall con los Paeces (1953), Torres de Arauz con los Chocoes (1962), Deluz con los Emberas (1975), Reichel-Dolmatoff (1978) y Friedeman con los Cunas y Noanamaes (1981) (Herrera y Lobo-Guerrero, 1982).

Las transformaciones institucionales y académicas que tuvieron lugar en los años 80s en el contexto internacional también tuvieron su impacto en la academia colombiana. A partir de esta época se desarrollan diversas investigaciones antropológicas cuyo objetivo central es analizar las relaciones que se establecen entre las medicinas indígenas y la medicina alopática. Estos estudios pueden ser divididos en dos grupos: aquellos que se dedican a explorar dicha relación en comunidades indígenas y los que lo realizan en contextos urbanos.

Trabajos como los de Horacio Calle en el Amazonas (1986), Xochitl Herrera en los Llanos (1991), Jaramillo de Greiff en Vichada (1996), Hugo Portela en el Cauca y Guhl Samundio en el Amazonas (2005) dan cuenta de las relaciones, ya sean de conflicto o de complementariedad, que se presentan entre la medicina indígena y la medicina occidental una vez esta última llega con sus instituciones (hospitales, centros de salud) y agentes (médicos) a las poblaciones indígenas. En la segunda línea encontramos los trabajos de Ramírez y Pinzón (1986), Ramírez y Urrea (1989), Urrea (1989), Pinzón, Suarez y Garay (2003) y Alhena Caicedo (2009), en los cuales se realiza un estudio sobre las relaciones que se tejen entre la medicina alopática y el curanderismo en contextos urbanos¹³. Para estos autores, si bien las ciudades se encuentran sometidas al dominio institucional de la biomedicina, en los itinerarios terapéuticos de las personas que habitan en la urbe (Bogotá, Cali), aún hay cabida para nociones de salud/enfermedad, así como para procedimientos terapéuticos procedentes de las medicinas indígenas.

Ya sea en el ámbito indígena o urbano, ambos tipos de investigaciones establecen una relación entre la medicina alopática y la medicina indígena a partir de la perspectiva del paciente. Sin embargo, pocos estudios versan sobre los conflictos o diálogos que se entablan entre médicos alopáticos y médicos indígenas. Al respecto, se encontraron los trabajos de Roberto Suárez (2001), quien dentro de su investigación realiza un análisis comparativo entre los procesos de formación de los médicos profesionales y los curanderos urbanos en la ciudad de Cali; y la tesis de maestría de Leonardo Parra (2005), un análisis de las transformaciones que se producen en las nociones de salud y enfermedad, así como en los procedimientos terapéuticos, de un grupo de médicos alopáticos que establecen un diálogo intercultural con una asociación de médicos indígenas yageceros.

¹³ Es de aclarar que estos autores trabajan más bajo el concepto de chamanismos y de neochamanismos que de medicinas indígenas.

En este punto resulta pertinente aclarar que trabajos como los de Suárez (2001) y Parra (2005) constituyen un precedente importante para el presente trabajo. Esto en cuanto permite que esta investigación se consolide sobre la base de que tanto los médicos alopáticos como los médicos indígenas tienen unos niveles de formación médica (cada una con sus respectivas particularidades), la cual les posibilita desarrollar un conocimiento alrededor de la enfermedad que, aunque diferente, es igualmente válido y legítimo en la medida en que se inserta en un contexto social determinado. Ahora bien, aunque los trabajos mencionados no son ajenos a las asimétricas relaciones de poder que se establecen entre el modelo médico alopático y el indígena, este tema no es objeto central de discusión en los mismos, como sí lo es en el estudio que se presenta en las siguientes páginas.

Por último, es importante resaltar que hay otro tipo de investigaciones que han emergido con fuerza en los últimos años y que están relacionadas con el creciente auge de las medicinas alternativas y complementarias (MAC) alrededor del mundo. La proliferación de estudios sobre este tema es tal que Adler acuñó el término antropología de las MAC para referirse a un “nuevo” campo de los estudios sociales en salud (Adler, 2002). Investigadores de diversas áreas (médicos, antropólogos, sociólogos) se han encargado de desarrollar trabajos de investigación alrededor del mundo acerca de, entre otras cosas, el uso de las MAC por parte de la población enferma -Eisenberg, 1998; Harris y Rees, 2000; Wooten y Sparber, 2001 (Goldstein, 2004); las transformaciones ocurridas al interior de los sistemas de salud que han incluido a las MAC dentro de sus opciones terapéuticas – Johannessen, 2006; Baer, 2002; Micozzi, 2003; Pinto, 2012 y las interacciones (confluencias y tensiones) que se establecen entre médicos alopáticos y médicos alternativos – Bernal, 2011; Fadlon, 2003; Sierra, 2010.

Otro de los temas frecuentemente tratados está relacionado con las transformaciones en los conceptos de salud y enfermedad, así como en los diagnósticos y tratamientos, que se presentan al transitar de una medicina a otra. Diferentes enfermedades crónicas han sido objeto de este tipo de investigaciones, entre ellas el cáncer. Trabajos como los de Adler y Fosket, 1991; Lee, Lin, Wrensch, Adler y Eisenberg, 2000; Muller y Steyn, 1999; Broom y Tovey, 2007; Sánchez y Venegas, 2008 dan cuenta del creciente uso de las MAC por parte de pacientes diagnosticados con cáncer, de las distintas percepciones de la enfermedad

desarrolladas por estos tipos de medicinas y de la opinión que tienen algunos oncólogos frente a la utilización de las MAC por parte de sus pacientes.

Es importante aclarar, sin embargo, que en los estudios sobre las MAC pocas veces se incluyen los conocimientos médicos indígenas o nativos. Esto en razón de que lo que hoy es aceptado y reconocido como MAC está conformado por un conjunto específico de medicinas (tradicional china, ayurveda, naturopática y homeopática) que sólo pueden ser practicadas por profesionales que, una vez obtenido su título de médico (alopático) en una universidad reconocida, deciden hacer estudios de profundización en este tipo de alternativas médicas (Pinto, 2012). De esta manera, dentro de este prolífero e interesante campo de investigación, se hacen necesarios estudios que aborden los procesos de salud y enfermedad, al igual que las interacciones desarrolladas entre diversas cabezas médicas, tomando como uno de los puntos de referencia el “conocimiento oncológico” del “chaman”, un “otro” generalmente excluido de este tipo de discusiones.

ii. Conocimientos y prácticas médicas: estructuras coloniales, subjetividades y dinámicas económicas

Los procesos de salud/enfermedad constituyen fenómenos universales que adquieren diversos significados en la medida en que se incrustan en contextos históricos, sociales y culturales diferentes. Vista como una realidad biológica o natural desde la biomedicina, el principal aporte que realiza la antropología al campo de la salud es presentar la enfermedad como un fenómeno construido social y culturalmente (Kleinman, 1980). A través de numerosas investigaciones realizadas en diferentes poblaciones se ha podido demostrar que “las percepciones de buena o mala salud, junto con las amenazas correspondientes”, varían según la época y el contexto cultural en el que se presenten (Flores-Guerrero, 2004:1). Así, por ejemplo, hasta 1973 la homosexualidad estaba incluida en los manuales de psiquiatría como un trastorno mental; hoy en día, por su parte, la sociedad occidental dejó de considerar este fenómeno como una enfermedad. Por otro lado, se conoce de la existencia de numerosos “síndromes culturales”, es decir, de enfermedades que sólo son entendidas, interpretadas y tratadas dentro de una realidad cultural específica.

Lo que se entiende por salud y enfermedad está anclado a nociones más amplias que dan sentido a la manera como se encuentra organizada cada cultura. De esta manera, “pensar

cómo un grupo social entiende la salud, la enfermedad y las prácticas en torno a éstas, nos conduce a indagarnos sobre cómo las personas se entienden a sí mismas; la salud y la enfermedad son parte del sistema conceptual –socialmente construido y compartido– por medio del cual los individuos se interpretan en diferentes momentos de su vida” (Sánchez Parra, 2006:10). En este sentido, desde la antropología se resalta que la salud y la enfermedad no son conceptos únicos, ni estáticos y que su significación varía de acuerdo al contexto en el cual se enmarcan.

Pero no sólo las nociones de salud y enfermedad están marcadas culturalmente. De la misma forma como “cada cultura tiene sus propias enfermedades, cada cultura tiene sus propios recursos para remediar la enfermedad” (De la Pienda & Pachón, 1999:156). Es decir, de acuerdo con las nociones de salud desarrolladas por cada sociedad se implementan una serie de medidas y procedimientos terapéuticos destinados tanto a la prevención como al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. De la misma manera, cada sociedad cuenta con un conjunto de especialistas (que van desde el médico profesional hasta el yerbatero, la partera, el sobandero o el chamán) dedicados a hacer frente a los problemas de salud experimentados por su comunidad (Helman, 2007).

Los conocimientos alrededor de la enfermedad, al igual que las prácticas desarrolladas para su diagnóstico y tratamiento por un conjunto de especialistas determinados constituyen lo que dentro del campo antropológico ha sido denominado sistemas médicos (Kleinman, 1980), modelos médicos (Menéndez, 1984), culturas médicas (Suárez, 2001), sectores de la salud (Helman, 2007) o tradiciones médicas. En el presente trabajo se toman estos términos como sinónimos, teniendo en cuenta una premisa fundamental planteada por Quevedo (1993b) según la cual “todas las medicinas de todas la épocas” se caracterizan por tener un componente cognoscitivo y un componente operativo. El aspecto cognoscitivo hace referencia a los conocimientos que posee el médico sobre el cuerpo humano, la salud y la enfermedad; mientras tanto, el ámbito operativo hace referencia a las sustancias, terapias y técnicas de las cuales el médico hace uso para diagnosticar y tratar el padecimiento del paciente.

La diversidad de modelos, culturas, tradiciones médicas, es decir, las diferentes formas de entender la salud y la enfermedad, así como de diagnosticarla y tratarla, se conoce con el nombre de pluralismo médico. Si bien desde tiempos remotos (y hasta la actualidad) el

pluralismo médico constituye una realidad social innegable (Perdiguero, 2006), durante los s. XVIII y XIX un tipo de medicina nacida en Europa en una coyuntura social e histórica particular, fue impuesta alrededor del mundo como modelo “verdadero” mediante el cual deben ser tratados los problemas de salud de las personas. La expansión de la biomedicina europea trajo consigo la instauración de una nueva figura (el médico formado en una universidad) como única persona legítimamente capacitada para tratar a los enfermos (Rosen, 1993).

Ahora veamos cuales son los cimientos cognoscitivos y operativos de la biomedicina europea que, nacida en un contexto local, se instauró como modelo global de atención en salud. La medicina moderna, biomedicina, medicina alopática, medicina científica... puede ser definida mediante las siguientes características: la concepción de la enfermedad como un fenómeno biológico, como un desequilibrio o falla que se produce en algún órgano del cuerpo debido a causas físicas (fallas cromosómicas, bacterias, virus) y que se expresa a través de ciertos síntomas (fiebre, tos, eczemas)¹⁴. El determinismo biológico conlleva a una visión universalista de este fenómeno; en este sentido, una enfermedad es lo mismo, presenta los mismos síntomas y debe ser tratada de la misma forma independientemente del contexto histórico y social en el cual se presenta (Kleinman, 1995)

Otro de los rasgos de la biomedicina es el alto grado de tecnificación y la implementación de “poderosas operaciones terapéuticas” (Kleinman, 1995). Así, la restauración del cuerpo “máquina” se realiza a través de complejos tecnológicos que permiten reparar el órgano dañado y, de esta forma, restablecer el equilibrio biológico (intervenciones fisiológicas y quirúrgicas). Dentro de la medicina científica, el conjunto de especialistas a cuyo cargo se encuentra el tratamiento de la enfermedad está constituido por un grupo de profesionales que, a través de su paso por la universidad, adquieren la preparación y el conocimiento necesario para dedicarse a esta labor. Para Suárez, la figura del médico evoca la imagen de un héroe moderno que, mediante el conocimiento de las reglas de la ciencia es capaz de llevar a la humanidad por las sendas del progreso y la civilización (Suárez, 2001).

¹⁴ Según Abadía & Oviedo (2008), si bien en los últimos años, y debido a la influencia de las ciencias sociales, se ha avanzado hacia enfoques de salud más abiertos en los cuales son tenidos en cuenta los “determinantes sociales” de la enfermedad, la disciplina biomédica sigue privilegiando una visión biologicista de la misma.

El monopolio establecido por la medicina occidental “sobre los servicios de la curación” (Freidson, 1978: 34) no hubiera sido posible sin la previa estigmatización y deslegitimación de otras formas de concebir la salud y la enfermedad, ni sin la “desvirtuación” del hacer de otros especialistas en este oficio (curanderos, yerbateros, parteras). Si bien hay muchos conocimientos alrededor de la salud y la enfermedad diferentes al ostentado por la ciencia moderna, en este caso nos centraremos en las concepciones defendidas al interior de una de las tradiciones médicas indígenas que, aún actualmente, se encuentran agrupadas bajo el rótulo de medicinas mágico-religiosas (Tylor, 1871; Frazer, 1922; Gutiérrez de Pineda, 1985; Suárez, 2001; Luz, 2005; Parra, 2005).

La medicina indígena yagecera (UMIYAC, 2000) es practicada por las comunidades indígenas del piedemonte amazónico (Ingas, Sionas, Kofanes, Koreguajes). A diferencia de la perspectiva biomédica, “la concepción de la salud y la enfermedad dentro de la cultura medica del yagé trasciende los límites de lo físico, abarcando la totalidad de un universo visible e invisible [...] sus técnicas buscan curar tanto el cuerpo, la mente y el espíritu, como la tierra y la historia” (Parra, 2005: 27). Es decir, la enfermedad no se concibe como un fenómeno meramente biológico e individual sino como un hecho multidimensional que abarca el ámbito físico, emocional, espiritual y social del ser humano (Luz, 2005). Esta tradición médica se fundamenta en el consumo terapéutico y ritual del yagé o ayahuasca (*Banisteriopsis* sp.) que, junto con otras plantas medicinales y objetos tales como coronas de plumas, collares, wairas, cascabeles e instrumentos musicales andinos, hacen parte de los procedimientos terapéuticos aplicados dentro de este tipo de medicina. El Taita o médico indígena, sin formación profesional pero con un alto grado de preparación y conocimiento de la naturaleza, es para esta medicina tan imprescindible como lo es el médico profesional dentro de la tradición biomédica (UMIYAC, 2000)¹⁵.

¹⁵ Es importante tener en cuenta que las nociones de salud y enfermedad, así como los procedimientos terapéuticos, son construcciones sociales que no sólo varían de acuerdo al contexto cultural sino también histórico. Así, las definiciones que se utilizan para caracterizar tanto a la medicina alopática como a la medicina indígena no deben entenderse como verdades estáticas sino como concepciones que se modifican constantemente. Autores como Rosen (1993), Laín Entralgo (2004) y Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava & Hernández (2008) han explorado las transformaciones cognitivas y operativas que se han producido al interior de la tradición biomédica a lo largo de la historia. Autores como Uribe (2002), Pinzón, Suárez & Garay (2004) y Agudelo (2013) han enunciado, por su parte, que una de las principales características de la medicina indígena

Si bien la medicina alopática y la medicina indígena comparten los mismos objetivos (buscar las causas, las consecuencias y las soluciones a la enfermedad), “la medicina alopática se ha posicionado como el modelo capaz de resolver, sino todos, la mayoría de los problemas de salud de la población mundial, cuestionando cuando menos, y en casos anulando abiertamente las posibilidades terapéuticas de otras culturas médicas” (Parra, 2005: 15). De esta manera, mientras la medicina alopática se ha establecido como modelo de salud oficial de las sociedades modernas, la medicina indígena permanece en las márgenes, como un conocimiento local válido tan sólo en la medida en que sea aplicado en su contexto tradicional o, en su defecto, que pueda demostrar su “seguridad” y “eficacia” mediante metodologías científicas (OMS, 2002).

En el marco del presente trabajo se proponen dos discusiones mediante las cuales trabajar las relaciones asimétricas que se presentan entre la medicina indígena y la medicina alopática en las sociedades contemporáneas. En primer lugar, la fuente de legitimación de la biomedicina es la ciencia, un tipo de conocimiento que a partir de la ilustración europea se consolidó a través del mundo como la representación “verdadera” de la realidad; mientras tanto, la medicina indígena ha sido caracterizada como un saber mágico-religioso, es decir, como lo opuesto a la ciencia y, en tanto tal, algo erróneo, mítico e irracional (Good, 2003). El conocimiento científico, a su vez, ha hecho de la universidad el lugar privilegiado de su producción. Aquí y como segunda fuente de distanciamiento, podemos argumentar que mientras los médicos alopáticos cuentan con una formación universitaria que los dota de un título profesional, los médicos indígenas se forman a partir de las experiencias y de las palabras de sus mayores.

La distinción entre el conocimiento de “nosotros” y las creencias de los “otros” ha estado presente en la antropología desde sus inicios y continua vigente hasta la actualidad, aunque ya no sea reconocida abiertamente dentro de los trabajos antropológicos (Good, 2003). Tal como menciona Byron Good, “mientras el conocimiento requiere certeza y rectitud de juicio; creencia implica incertidumbre, error o ambas cosas (Good, 2003: 47). Así, pese a las transformaciones que ocurrieron al interior de la antropología moderna con el posicionamiento

yagecera es su capacidad de transformación y adaptación a las condiciones del contexto social en el cual se desarrollan.

de la ciencia como un objeto más de reflexión y que, aplicadas al campo de la antropología médica se traduce en la consolidación de la biomedicina como una alternativa medica más (ver inicio de capítulo), muchas obras de la antropología siguen “poniendo la racionalidad como lo más distintivo de la medicina científica frente a la medicina primitiva”, la cual consideran predominantemente mágico-religiosa¹⁶ (De la Pienda & Pachón, 1999: 156)

Ahora bien, no tendría ningún sentido elaborar una distinción entre el conocimiento y la creencia, entre lo científico y lo mágico-religioso, sino hacemos referencia al marco social y cultural en el cual dichos conceptos toman un grado de i/legitimidad. Dentro del marco de pensamiento de la modernidad/colonialidad hay un concepto clave que nos permite pensar la forma como se estructuran las relaciones entre el conocimiento científico y “otros” tipos de conocimientos: la colonialidad del saber. Esta noción hace referencia al eurocentrismo¹⁷ por el cual se encuentra atravesada la producción del conocimiento. Así, sólo se considera como conocimiento válido aquel que esta soportado en las categorías, métodos y reglamentaciones de la ciencia occidental, mientras que otros modos de conocimientos, amparados bajo otras lógicas, son ignorados o menospreciados. La colonialidad del saber implica, por un lado, la creencia de que es el conocimiento occidental, científico y moderno el único medio por el cual se puede acceder a un mundo real y objetivo y, por otro lado, el rechazo de otras formas de producción de conocimiento asociadas a los pueblos indígenas y negros (Walsh, 2007).

Tres serían las características del conocimiento occidental que lo posicionarían como el “verdadero” conocimiento: la universalidad, la objetividad y la neutralidad. En tanto objetivo y neutro, es decir, en tanto que es un conocimiento donde el sujeto no interviene ni modifica el objeto, donde los intereses y particularidades del sujeto no modifican la realidad, el conocimiento occidental tiene una aplicación universal. El saber desarrollado por fuera de Europa, al carecerse de la tan necesaria objetividad, neutralidad y universalidad que caracteriza el “verdadero” conocimiento, es ignorado dentro del contexto de la modernidad o, a lo sumo,

¹⁶ Al respecto resulta ilustrativo que una de las tendencias más “vanguardistas” en el campo de la antropología sea el neochamanismo, un campo de estudio que trata los rituales de sanación indígenas como parte de nuevas corrientes religiosas y de la nueva era.

¹⁷ El eurocentrismo es una percepción del mundo tanto etnocéntrica como sociocéntrica que ha querido imponer a Europa “como paradigma universal de la historia, el conocimiento, la política, la estética y la forma de existencia” (Restrepo & Rojas; 2010: 135)

deslegitimado como parte del folclor y el mundo mítico de los pueblos (como parte de sus creencias¹⁸). Como lo afirman Castro-Gómez y Grosfoguel:

“los conocimientos subalternos fueron excluidos, omitidos, silenciados e ignorados. Desde la Ilustración, en el siglo XVIII, este silenciamiento fue legitimado sobre la idea de que tales conocimientos representaban una etapa mítica, inferior, premoderna y precientífica del conocimiento humano. Solamente el conocimiento generado por la elite científica y filosófica de Europa era tenido por conocimiento ‘verdadero’, ya que era capaz de hacer abstracción de sus condicionamientos espacio-temporales para ubicarse en una plataforma neutra de observación” (Castro-Gómez & Grosfoguel, 2007:20).

A esta “plataforma neutra de observación”, Castro-Gómez le ha dado el nombre de “punto cero”. El autor recoge algunos de los postulados de la filosofía de Descartes para explicar en qué consiste este concepto. Dentro de la filosofía cartesiana, el verdadero conocimiento sólo era posible si se lograba una completa separación entre el sujeto y el objeto. Todas aquellas sensaciones, olores, sabores... que pudieran alterar la experiencia corporal constituían un obstáculo para acceder al conocimiento en su estado puro, incontaminado. Este modelo de conocimiento, en el cual se espera que la experiencia del observador no afecte en nada el objeto observado es lo que el autor denomina “la hybris del punto cero”. Ahora bien, no se espera solamente acceder a un conocimiento completamente objetivo, sino a un conocimiento universal: desde su punto de observación, un punto cero (neutro), el observador puede acceder a la totalidad de los fenómenos que se desarrollan en la tierra. Para Castro-Gómez, la hybris es el gran “pecado de la ciencia occidental”: pretender que sus postulados no constituyen “un punto de vista más” sino el conocimiento “verdadero” de la realidad. Retomando esta perspectiva, podríamos decir que otra de las características de la colonialidad del saber está marcada por la pretensión de la ciencia occidental de tener la última palabra sobre todos aquellos fenómenos que se desarrollan sobre la tierra (Castro-Gómez, 2005)

Así, por colonialidad del saber se hace referencia a la consolidación de una forma particular de conocimiento (la ciencia) como modelo autorizado y definitivo para acceder a la realidad; esto, a consta de la invalidación e invisibilización de otras formas de conocimiento desarrollado por las sociedades no occidentales. De esta manera, la biomedicina, como conocimiento científico nacido en Europa, se constituye dentro del campo de la salud como el juez neutro, racional y universal que va a determinar qué es una enfermedad y cómo debe ser

¹⁸ Con todas las implicaciones que, según Byron Good, tiene la utilización de esta categoría (creencias) en el campo de la Antropología.

tratada. La medicina indígena, por su parte, como conocimiento cultural, mágico-religioso y local es estigmatizada y deslegitimada por la mayor parte de la sociedad.

Hay dos grandes instituciones que han acogido e impulsado el modelo colonial que categoriza e impone un orden jerárquico entre culturas y conocimientos, estas son: la Universidad y el Estado. La ciencia moderna ha negado el status de conocimiento a aquellos saberes que se alejan de los principios epistemológicos y de las reglas metodológicas que tienen en la universidad su lugar exclusivo de producción (Castro-Gómez, 2007). De esta forma, sólo son reconocidos como legítimos aquellos conocimientos desarrollados “en la academia, entre académicos y dentro del cientificismo, los cánones y los paradigmas establecidos” (Walsh, 2007: 104). En este sentido, así como la ciencia moderna tiene un monopolio sobre las representaciones “verdaderas” de la realidad, la universidad tiene el monopolio de la elaboración de la ciencia.

Si trasladamos estas ideas al campo de la medicina, podemos darnos cuenta como en las instituciones universitarias se imparten los conocimientos de la medicina alopática, principalmente. Los médicos indígenas, por su parte, adquieren su conocimiento empíricamente, es un conocimiento proveniente de la experiencia con la naturaleza, las diferentes plantas medicinales y sus maestros. Y aunque ambos caminos conducen a un conocimiento, a un saber; el problema está en que, como lo afirma Castro-Gómez, dentro del mundo occidental la universidad se ha convertido en la institución encargada de producir el conocimiento legítimo.

Ahora veamos el papel cumplido por el Estado en la institucionalización de la biomedicina moderna. Desde muy temprano, cuando la Nueva Granada aún se encontraba sometida a la dinastía de los Borbones, el imperio español se propuso modernizar sus colonias. Tal modernización implicaba, por un lado, una “ruptura epistémica” con las interpretaciones mágico-religiosas del mundo y, por otro lado, conseguir que la visión científico-técnica se constituyera como forma única de entender la realidad. La medicina fue una de las primeras prácticas intervenidas. Se buscaba que las percepciones mágico-religiosas de la enfermedad fueran erradicadas por completo para dar paso a las interpretaciones de la naciente ciencia médica ilustrada (Castro-Gómez, 2005). Este objetivo no hubiera sido cumplido sin la creación

de unas estructuras objetivas (leyes, códigos, programas de estudio, proyectos de investigación) orquestadas e impulsadas por el Estado (Castro-Gómez, 2005).

La idea de modernizar y organizar las colonias europeas de acuerdo a los principios de la Ilustración no sólo se limitó al ámbito de la medicina, sino que se aplicó a la política, la economía, el derecho... El resultado de esto fueron los estados monoculturales que hoy en día tenemos en países como Colombia¹⁹, en donde los sistemas de salud, de educación, de justicia... están contruidos tomando como punto de referencia los parámetros impuestos por la razón eurocentrada. Es así como, desde aquel tiempo y hasta el presente, tenemos un Estado que promueve y perpetua la hegemonía de la biomedicina moderna sobre otros saberes médicos (Martínez, 2008).

Ahora bien, autores como Sarrazin (2008) y Sánchez (2008) consideran que tras la Constitución del 91 y la autoproclamación de Colombia como un estado pluriétnico y multicultural, se produjo un giro en la imagen de lo “indígena” que llevó a este grupo social de la escala más baja de la sociedad a ocupar lugares protagónicos en los escenarios sociales y políticos. De esta manera, a quienes antes se les consideraba como “primitivos”, “atrasados” hoy se les reconocería y valoraría como fuente de sabiduría y conocimiento. Sin embargo, Castro-Gómez es enfático al afirmar que,

“Aunque los saberes de las comunidades indígenas o negras puedan ser vistos como «útiles» para la conservación del medio ambiente la distinción entre «conocimiento tradicional» y «ciencia», elaborada por la Ilustración en el siglo XVIII, continúa vigente; el primero sigue siendo visto como un conocimiento anecdótico, no cuantitativo, carente de método, mientras que el segundo, a pesar de los esfuerzos transdisciplinarios de las últimas décadas, es tenido aún como el único conocimiento epistémicamente válido” (Castro-Gómez, 2005b:88)

De esta manera, podemos concluir que, a más de dos siglos de las guerras de independencia que liberaron a los países latinoamericanos del colonialismo, aún pervive una matriz colonial que, “como esquema de pensamiento y marco de acción legitima las diferencias entre sociedades, sujetos y conocimientos” (Restrepo & Rojas, 2010:16). Ahora bien, el giro decolonial, como teoría social, ha sido fuente de numerosas críticas por parte de algunos académicos que ha señalado sus limitaciones conceptuales y metodológicas (Restrepo & Rojas, 2010). Escapa a los objetivos de este trabajo señalar con detenimiento cada uno de

¹⁹ Según Walsh (2009) los Estado-nación sudamericanos están contruidos sobre un modelo eurocentrista que ignora la diversidad cultural que los integra.

estos cuestionamientos. Por su parte, abordaremos dos de estas críticas en cuanto, efectivamente, encuentran sustento en los datos recolectados en el trabajo de campo que integra la presente investigación.

En primer lugar, la “magnificación de la raza” como fuente de diferenciación social ha conducido a que muchos de los trabajos de los autores perteneciente a esta corriente teórica se inscriban en un creciente “reduccionismo racialista y culturalista” (Restrepo & Rojas, 2010:219). Así, al reduccionismo económico enunciado desde diferentes vertientes marxistas, se responde aquí con un cada vez más marcado culturalismo. Y sí, tal como lo pudimos corroborar a través del trabajo de campo, las relaciones que se establecen entre la medicina alopática y la medicina indígenas no deben ser entendidas sólo en su dimensión social y cultural, ya que están atravesadas por unos fuertes condicionantes impuestos por las lógicas del capitalismo neoliberal contemporáneo.

En este sentido, coincidimos con Young (1982) cuando afirma que “no sólo es importante indagar por las concepciones de salud y enfermedad que se construyen en los diferentes contextos sociales, también es importante indagar las dimensiones sociales en las cuales estas construcciones toman sentido” (Martínez Hernández, 2008: 112). Y por dimensiones sociales aquí no sólo es entendida la estructuración colonial que impone unas jerarquías de conocimiento, sino también unas lógicas de poder alimentadas por los intereses del capitalismo global que hacen de la enfermedad, y todos los aspectos relacionados con ella (conceptos, diagnósticos, tratamientos), “un producto de los procesos de acumulación de capital” (Martínez Hernández, 2008: 147).

Otra de las limitaciones de la teoría de la decolonialidad es la forma como son entendidas las relaciones de poder: “en general, se tiene la impresión de que muchos de los planteamientos de la inflexión decolonial suscriben una noción de poder como dominación, como coerción” (Restrepo & Rojas, 2010: 213). Ahora bien, aunque esta forma de abordar el poder es válida y encuentra mucha aplicabilidad en la sociedad, la teoría de la decolonialidad parece pasar por alto que el poder no sólo es ejercido mediante la imposición de la fuerza y la implantación de unas estructuras objetivas sino que este, además, se vale de articulaciones más sutiles que atraviesan las subjetividades mismas de los individuos (Restrepo & Rojas, 2010).

Esta discusión nos remite al clásico debate social entre agencias y determinismos estructurales. Mientras en algunas teorías sociales se sobredimensiona el poder de la estructura y su poder condicionante sobre el individuo, otras corrientes invierten la lógica, ya que minimizan el poder de la estructura y conceden una exagerada importancia a la libertad individual (Abadía & Oviedo, 2008). Para superar este impase, Abadía y Oviedo (2008) proponen una categoría analítica denominada *inter-subjetividades estructurales*, la cual tiene como fin dar cuenta del “actuar de los sujetos “a pesar de” los procesos de estructuración social”. Desde esta perspectiva el sujeto es concebido como “un ser existencialmente complejo, que siente, piensa y reflexiona, que da y busca sentido” (Ortner, 2005 citado en Abadía & Oviedo, 2008:74). Lo anterior indica que la subjetividad le permite al individuo no sólo adecuarse sino también cuestionar la estructuración social en la cual está inmerso.

Pero la subjetividad no es una construcción individual. Esta, por su parte, es también una construcción socio-histórica en la cual el individuo no sólo interactúa con las estructuras sociales sino con las subjetividades de otras personas. En este sentido, el término intersubjetividad hace referencia a la influencia que tiene sobre el actuar de los individuos las subjetividades de quienes en determinado momento hacen parte de su vida o quienes comparten una historia de vida en común (Abadía & Oviedo, 2008). De esta manera, la categoría *intersubjetividades estructuradas*, nos permite reconocer “acciones dentro y contra la estructura, pero enmarcadas en construcciones con otros/as, en momentos históricos particulares” (Abadía & Oviedo, 2008: 78).

Hasta aquí, hemos expuesto el panorama teórico que guía la presente investigación. Así, en primer lugar tenemos la existencia de diferentes conocimientos médicos con respecto a la salud y la enfermedad que, más que constituir “verdades últimas” con respecto a nuestros procesos patológicos, son construcciones sociales que toman validez en contextos sociales e históricos determinados. Como segundo aspecto hemos explorado como las interacciones que se dan entre estos conocimientos médicos están marcadas por la *colonialidad del saber*, una lógica que legitima el saber científico-técnico de occidente e invalida los conocimientos locales desarrollados por comunidades indígenas y negras. También se ha planteado que la colonialidad del saber, como matriz ideológica, es reproducida a través de unas estructuras

objetivas (leyes, políticas públicas en salud y educación, instituciones gubernamentales) que, a su vez, se encuentran atravesadas por las lógicas mercantiles del actual capitalismo global.

Esta configuración social tiene un impacto sobre las prácticas de los individuos, quienes a través de sus diferentes trayectorias intersubjetivas tienen la posibilidad de mantener o transformar la estructuración colonial anteriormente descrita. Así, en el presente trabajo nos encontraremos, por un lado, con un grupo de médicos alopáticos que a lo largo de su trayectoria profesional se han encargado de mantener y reproducir las lógicas de esta estructura colonial. Por otro lado, exploraremos las experiencias de otros grupos médicos que a través de sus prácticas han controvertido los presupuestos estructurales de la sociedad en la cual desempeñan sus actividades terapéuticas.

iii. Metodología: Hacia la incorporación de nuevos puntos de observación

Atendiendo al objetivo general y a cada uno de los objetivos específicos que se desarrollarán en el marco de esta investigación, se adoptó una metodología cualitativa, con la cual se pretende realizar una aproximación a la realidad estudiada tomando como punto de referencia las experiencias, perspectivas y opiniones de sus protagonistas; así, se busca reconstruir cuáles son las nociones de salud y enfermedad, así como los procedimientos terapéuticos empleados en el tratamiento del cáncer, y para ello se toma como fuente de información fundamental el punto de vista de un grupo de médicos profesionales y un conjunto de médicos indígenas. Este estudio tiene una orientación fenomenológica, ya que se pretende dar significado y construir una teoría “sustantiva” de las relaciones entre conocimientos médicos a partir de una realidad particular reconstruida a partir de la experiencia de quienes hacen parte de la misma (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

La unidad de análisis en la que se centró este trabajo está constituida por un grupo de médicos alopáticos (MA), un grupo de médicos indígenas (MI) y un grupo de médicos con formación alopática pero con prácticas médicas alternativas e indígenas (MAI). El Instituto Nacional de Cancerología (INC) es la institución que ejemplifica la alianza entre la biomedicina y el Estado para el caso del cáncer; por tal motivo, desde el principio de esta investigación estuve interesada en tener acceso al lugar y poderme contactar con su equipo médico. En esta institución conté con la colaboración de dos especialistas: un oncólogo pediatra y un investigador clínico. La muestra de médicos alopáticos la completan un oncólogo

radioterapeuta y un paliativista, quienes trabajan en una clínica especializada en la atención del cáncer.

La mayoría de los médicos alopáticos fueron contactados por correo, su participación en la investigación se dio más por la voluntad que ellos manifestaron de hacerlo que por la correspondencia con una muestra caracterizada de antemano. La forma por medio de la cual contacté a los médicos alopáticos me permite hacer visibles algunas de las limitaciones de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo. En primer lugar, contactar a estos médicos no es algo fácil, en su mayoría son personas con dos o tres trabajos, algunos paralelamente realizan estudios de posgrado y lo primero que le preguntan a uno es cuánto tiempo dura la entrevista, a lo que posteriormente replican: -tengo tanto tiempo libre tal día, nos vemos en tal lugar. Así, en algunos casos, ante las limitaciones del tiempo, me toco suprimir algunas preguntas o temáticas de las entrevistas realizadas a estos médicos, en otros casos procuraba ahondar con un médico las temáticas que no había alcanzado a desarrollar bien con otro.

Otra de las limitaciones se presentó por la formación que tienen estos médicos en las metodologías de investigación de las llamadas “ciencias duras”. En este sentido, es muy difícil establecer una conversación donde estos médicos hablen fluidamente de su visión de la enfermedad, pues se limitan mucho a lo que dicen los libros, a lo que dice la ciencia; ante preguntas sobre sus percepciones u opiniones eran poco abiertos y en muchos casos las evadieron diciendo “no me gustan las especulaciones”. Estas limitantes se vieron reforzadas por las condiciones en las cuales se presentaron las entrevistas: no existían lazos de confianza entre los médicos y la persona que los estaba entrevistando, además de que las entrevistas se realizaban en sus lugares de trabajo y en el poco tiempo libre que ellos tenían.

Dentro del grupo de médicos alopáticos que conforman la unidad de análisis hay un subgrupo de médicos que, teniendo una formación universitaria en el campo de la biomedicina, a lo largo de sus trayectorias médicas han entablado diálogos con otros tipos de medicinas, para este caso con la medicina indígena yagecera. Este grupo de médicos fue contactado por correo electrónico y por teléfono, a través de referencias que obtuve de algunos profesores de la Universidad del Rosario. Al interior de esta muestra se encontraban dos médicos con un pregrado en medicina, varias especializaciones en medicinas alternativas (acupuntura, bioenergética...) y una relación de cerca de 20 años con la medicina indígena del

yagé²⁰. También tuve la oportunidad de intercambiar información con un médico cirujano que ha trabajado por varios años en programas de fortalecimiento de las medicinas tradicionales del piedemonte amazónico. Si bien el contexto en el cual se desarrollaron las entrevistas fue muy similar a las condiciones del primer grupo de médicos alopáticos (lazos de confianza inexistentes, sitio de trabajo como lugar de la entrevista, tiempo limitado), con estos médicos se pudo establecer una conversación más fluida en la cual no tenían reparo en mostrar sus percepciones y críticas con respecto a los temas consultados.

La unidad de análisis es completada por un grupo de tres médicos indígenas. Desde hacía más de tres años y producto de una investigación realizada para una asignatura denominada antropología de la religión, había estado en contacto con un médico indígena radicado en la ciudad de Bogotá. A través de él pude contactar a dos médicos más que aunque no residen en Bogotá vienen a la ciudad una o dos veces al mes a atender a sus pacientes.

Antes de continuar es necesario introducir una pequeña aclaración. Autores como Taussig (2002), Pinzón, Garay & Suárez (2004) y Agudelo (2013) han evidenciado en sus trabajos que, desde el periodo colonial y hasta la actualidad, se ha construido una imagen del indígena que lo vincula al mundo de lo “salvaje” y le adjudica poderes mágicos sobre la naturaleza y sobre las demás personas. Sobre este imaginario estaría fundamentada, además, la capacidad curativa que se les atribuyen a estos personajes. De esta manera, en la ciudad de Bogotá no es raro encontrar personas con rasgos indígenas que, vestidas con llamativos collares y coronas de plumas, tienen pequeños puestos de venta en centros comerciales o plazas de mercado en los cuales comercializan toda clase de plantas y remedios naturales con lo cual, según ellos, pueden dar solución a cualquier tipo de enfermedades. Tampoco es sorprendente recibir volantes en las calles en los cuales se anuncia que un indio llanero o amazónico “devuelve el amor perdido” o “desentierra guacas”. Consultorios con vistosos anuncios (“Arcadio el chamán”, “El brujo indio amazónico”), cuñas radiales y anuncios en internet completan el panorama de lo que serían estas formas de “chamanismo urbano”.

Sin entrar en discusiones sobre la veracidad o efectividad de lo que hacen estas personas, debo decir que el modo mediante el cual operan los taitas que fueron consultados en esta

²⁰ Con esto me refiero a que toman yagé frecuentemente y han recibido del Taita la autorización para ellos mismos dirigir ceremonias de yagé con sus pacientes.

investigación se aleja un poco de estas realidades. En primer lugar, no “todo indígena es taita y no todo taita es indígena”²¹. A quien dentro de la antropología se le ha dado el nombre de “chamán” o “medico indígena”, al interior de algunas comunidades indígenas colombianas se les da el nombre de “taita”. Por este término se hace referencia a una persona que tras largos años de preparación y de estar en contacto permanente con plantas de conocimiento (en este caso yagé) ha adquirido un conocimiento detallado de plantas naturales y de diferentes procedimientos terapéuticos mediante los cuales pueden devolverle a una persona el bienestar perdido (UMIYAC, 2000). Así, ser taita no depende de la condición de indígena sino de la preparación que ha adquirido la persona²². No obstante, muchas personas se valen de su condición de indígenas (y del imaginario social que pesa sobre ellos) para presentarse en las ciudades como taitas o grandes sanadores aún sin tener la preparación adecuada.

Los “taitas” consultados para esta investigación no se valen de ningún tipo de publicidad para llamar la atención de otras personas sino que trabajan mediante el “buen” testimonio que dan sus pacientes; son reconocidos como médicos por sus comunidades y cuentan con una certificación, expedida por diferentes organizaciones indígenas, en la cual son reconocidos como médicos tradicionales. Esta aclaración se hace, no porque el objetivo de este trabajo sea profundizar en la existencia de un conocimiento indígena “verdadero” y otro “errado”, sino porque la denominación de chaman ha sido aplicada sin distinción alguna tanto al indio emplumado que ofrece azabaches y lee las cartas ambulatoriamente como al taita que durante largos años se ha preparado en el conocimiento de la naturaleza y de la salud humana. De esta manera, no en pocos estudios, en lugar de ofrecerse una distinción entre la medicina indígena y la charlatanería se confunde medicina indígena con charlatanería; sin tener en cuenta que muchos de los médicos indígenas cuentan con una larga preparación y trayectoria dentro del campo médico en el cual se desempeñan.

Así las cosas, durante el trabajo de campo, que duró aproximadamente 4 meses, pude recolectar 10 entrevistas semiestructuradas²³, 4 con médicos alopáticos (incluyendo la del

²¹ Entrevista Médico Indígena (MI1)

²² Así, por ejemplo, dos de los taitas entrevistados son descendientes de familias de colonos que llegaron al Putumayo hace más de 50 años en busca de riquezas.

²³ Son entrevistas semi-estructuradas en cuanto cuentan con unos ejes temáticos establecidos de antemano por el investigador, encaminados a revelar el proceso salud/enfermedad/atención con respecto a la enfermedad del

investigador clínico), 3 con médicos alopáticos con prácticas médicas alternativas e indígenas y 3 con médicos indígenas. A todos los médicos les fue aplicada la misma entrevista, la cual abarcaba 3 temas básicos: en primer lugar, las trayectorias profesionales y laborales de los médicos (formación, educación, lugares de trabajo); el segundo eje estaba integrado por un conjunto de preguntas orientadas a develar los presupuestos cognoscitivos y operativos de sus respectivas medicinas (nociones de salud, enfermedad, cáncer, diagnóstico, prevención, tratamientos...). Por último, estos médicos fueron interrogados acerca de si conocían o habían mantenido algún tipo de interacción con tradiciones médicas diferentes a la cual pertenecían.

En el transcurso del trabajo de campo también tuve la oportunidad de realizar algunas observaciones en el consultorio de uno de los médicos alopáticos con prácticas terapéuticas alternativas e indígenas. Allí se me permitió participar en 3 terapias grupales en las cuales se compartía una medicina indígena llamada mambe. En el transcurso de las dos horas que duraba cada sesión el doctor iba hablando sobre el origen de las enfermedades, las emociones que podían causarlas y dejaba que las personas “buscaran en su interior aquellos malestares que los enfermaban”.

Tanto de las entrevistas como de estas terapias quedó registro escrito y sonoro, ya que no sólo fueron grabadas en medio magnético sino que cada detalle fue escrito en el diario de campo. Posteriormente toda la información fue transcrita y analizada tomando como referencia el método deductivo de análisis de información. Durante esta fase cada una de las entrevistas y notas de campo fue organizada de acuerdo a un conjunto de categorías y subcategorías construidas en estrecha relación con las preguntas de investigación. A través de mapas conceptuales y relacionales estas categorías fueron agrupadas en temáticas más amplias que posteriormente se convirtieron en cada uno de los capítulos del presente escrito. Es de anotar que en el desarrollo del trabajo de campo surgió una nueva categoría relacionada con las dinámicas económicas que se mueven alrededor de los procesos de salud y enfermedad. Esta categoría emergente se convirtió en el capítulo IV del presente estudio.

En cuanto a los aspectos éticos es preciso señalar que cada uno de los participantes fue informado sobre los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de la participación, la utilidad de la información y la confidencialidad con respecto a sus nombres, y aunque ningún

cáncer, la trayectoria profesional de los médicos y las interacciones que a lo largo de la misma se ha tenido con otros conocimientos médicos.

médico se opuso abiertamente a que sus nombres verdaderos aparecieran en el trabajo final, se optó por seguir los lineamientos éticos del trabajo etnográfico y no exponer sus nombres al público. Todas las grabaciones, a su vez, se realizaron con el consentimiento de los entrevistados. Esta investigación cumple con la declaración de Helsinki y con los estándares colombianos para investigación en salud y se considera de riesgo menor al mínimo (Resolución # 8430-1993 del Ministerio de Salud).

Por último, es preciso indicar que la relación con uno de los médicos indígenas, “mi taita”, al ser de larga data, presenta un punto de quiebre en la metodología de investigación en este trabajo. Y es que mi acercamiento con él, desde muy temprano, trascendió los límites de la academia para convertirse en una relación médico-paciente. En primer lugar, y como cualquier otro paciente, fui a sus consultas, recibí sus medicinas y participé de las ceremonias de yagé indicadas para resolver algunos problemas de salud que me aquejaban. Posteriormente me interesé por descubrir si dentro de esta forma de medicina existían tratamientos para las enfermedades que padecían algunos de mis familiares y que no eran de muy buen pronóstico dentro de la medicina alopática: otitis crónica, cáncer, depresión y esquizofrenia, eran algunas de ellas. De esta manera, a lo largo de los últimos 3 años he visto pasar familiares, amigos, vecinos y compañeros por el consultorio del médico indígena, algunos resuelven sus problemas de salud, otros no, y es que ninguna medicina es poseedora de una verdad absoluta sobre los procesos de salud y enfermedad de las personas.

Pareciera que estoy demasiado “contaminada” por el objeto de investigación y que esto va en detrimento del principio de objetividad. He perdido el equilibrio, me caí de la nube de los “dioses” desde la cual los investigadores pueden observar sus objetos de estudio desde un punto cero (Castro-Gómez, 2005). Y es que si bien varios autores han denunciado la arbitrariedad de lo que dentro del conocimiento científico se denomina “objetividad” (Fals Borda, 1987; Castro-Gómez, 2005; Vasco, 2007; Suarez-Krabbe, 2011) y han planteado que el trabajo de campo debe adherirse a otros principios de legitimación, tales como, por ejemplo, “la proximidad y el compromiso con el excluido” (Suarez-Krabbe, 2011: 199), dentro de la academia en la cual fui formada y para la cual va dirigida este trabajo, la distancia sujeto-objeto sigue siendo un validador importante de la “capacidad analítica” del investigador.

Estas líneas se escriben en aras de que el lector tenga una visión clara del punto de observación desde el cual se ubica la investigadora, no será el *punto cero* deseado, simplemente es un punto de vista más sobre esta realidad desde un ángulo de observación un poco diferente. Así como no pretendo tener un mayor acercamiento a una “verdad” sobre el tema, me parece injusto pensar que para mantener la rigurosidad dentro de un trabajo antropológico uno tenga que partir de la perspectiva de que se están estudiando “creencias erróneas” en las que los “otros” pueden creer pero el científico no (dada su capacidad racional).

Capítulo II. Cáncer: tumor, conflicto, karma. La construcción social del conocimiento médico

“Antes de que la ciencia existiera como tal, todo se comprendía y expresaba desde el corazón, y eso es una forma de ciencia” MAII

Desde que por primera vez se encontrara en el antiguo Egipto (año 3000 a.C, aproximadamente) las evidencias más tempranas del cáncer entre tumores fosilizados de momias humanas²⁴, muchas han sido las interpretaciones que el ser humano ha dado a esta enfermedad a través de la historia. Hipócrates, por ejemplo, sostenía que el cáncer era causado por un exceso de bilis negra en el cuerpo. Posteriormente, durante los s. XVII y XVIII, los médicos holandeses Zacutus Lusitani y Nicholas Tulp difundieron la teoría según la cual el cáncer era una enfermedad contagiosa. Dos siglos después, producto del avance de las ciencias y las tecnologías y de las nuevas concepciones del cuerpo humano, de la salud y de la enfermedad que estos avances han provocado en el campo de la medicina moderna, se tiene la certeza de que el cáncer ni es contagioso, ni se origina por un desequilibrio de humores en el organismo humano.

De esta manera, puede observarse como al interior de una misma tradición médica (biomedicina) existen paradigmas que varían históricamente y de acuerdo a los cuales una misma realidad biológica puede tener múltiples lecturas. Ahora bien, las nociones de que es una enfermedad no solo varían de acuerdo al contexto histórico en el cual se presentan. Incluso si nos situamos en la época actual, en la cual la biomedicina ha logrado consolidar un

²⁴ Mandal, Ananya. “Historia del cáncer”. Disponible en [http://www.news-medical.net/health/Cancer-History-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Cancer-History-(Spanish).aspx)

monopolio global en el desarrollo de conocimientos y procedimientos médicos (Freidson, 1977), podemos encontrar que existen nociones acerca de qué es el cáncer y cómo debe ser tratado que se alejan notoriamente de los presupuestos hegemónicos impuestos por la ciencia moderna.

El objetivo de este capítulo es reconstruir las nociones de lo que es una enfermedad como el cáncer a partir de diferentes tradiciones médicas que coexisten en el tiempo: la medicina moderna y la medicina indígena yagecera, pasando por un tipo de medicina que combina aspectos de ambas medicinas. Para esto nos enfocamos en las trayectorias profesionales de un conjunto de médicos, tanto indígenas como alopáticos, que han tenido una larga formación al interior de estos modelos médicos y que, por un lado, han ejercido sus labores médicas tomando como base los presupuestos cognoscitivos y operativos de sus respectivas medicinas mientras que, por otro lado, han transformado su práctica médica a través del cuestionamiento a los presupuestos en los que ellos mismo fueron formados y su apertura hacia otros tipos de medicinas.

i. El Cáncer: “Proliferación descontrolada de células”

Para un médico de la Universidad Nacional con una especialización en oncología de la Universidad Javeriana y una maestría en técnicas avanzadas de tratamiento en radioterapia de la Universidad de Murcia que trabaja en el área de oncología de una prestigiosa clínica del norte de Bogotá; al igual que para un médico de la Universidad Libre de Barranquilla con varias especialidades en pediatría y oncología pediátrica, las nociones de lo que es la salud y la enfermedad están determinadas por lo que “la ciencia” y las instituciones biomédicas dentro de las cuales fueron formados dictan. De esta manera, ante la pregunta de cómo conciben la salud, la respuesta de estos médicos es casi exacta,

“...A ver, eso ya está definido por la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud es, este, definido claramente por la organización que es la ausencia de enfermedad más el bienestar psicosocial de los pacientes, entonces es un concepto integral que involucra la ausencia de enfermedad, pero además el bienestar emocional, psicológico y social de los individuos. Eso es como la definición, digamos, macro de lo que es la salud para la Organización Mundial de la Salud, pero esa definición la puedes encontrar plenamente escrita en la organización...” (Entrevista oncólogo pediatra)

“...La OPS tiene una definición de la salud que implica un estado de bienestar físico y mental, es algo así, la salud está definida como un estado de bienestar físico y mental...” (Entrevista oncólogo radioterapeuta)

Vemos como en ambas definiciones se referencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) como institución legitimante de la posición adoptada, los parámetros de la organización son retomados sin mayores cuestionamientos: “si la OMS dice que esto es la salud es porque así lo es”. De hecho, si contrastamos la definición concedida por estos médicos con la definición oficial de la salud otorgada por la OMS²⁵ podemos darnos cuenta como ambas perspectivas coincide en sus aspectos básicos. Algo similar sucede cuando enfrentamos a estos médicos con el concepto de enfermedad. Casi que mecánicamente los tres responden que la enfermedad se presenta cuando hay alguna falencia o desequilibrio en alguno de los campos constitutivos de la salud humana (físico, mental y social). Sin embargo, a la hora de proporcionar la definición de una enfermedad concreta (el cáncer), así como de los procedimientos terapéuticos utilizados para tratar esa enfermedad, pareciera que las definiciones de la OMS con respecto a cómo es concebida la salud y la enfermedad no tienen mucha aplicabilidad.

Dentro del paradigma biomédico moderno el cáncer es concebido como una proliferación descontrolada de células defectuosas que se puede producir en cualquier órgano del cuerpo, anulando la funcionalidad del mismo y, en ciertos casos, de todas las estructuras del organismo humano. Esta definición es otorgada, con pequeñas variaciones de forma más que de fondo, por los tres médicos alopáticos entrevistados. En este sentido se puede observar cómo, tal como se argumenta en el capítulo I del presente texto, la dimensión cognoscitiva desarrollada por la biomedicina tienen un marcado enfoque biologicista²⁶, dentro del cual la enfermedad es concebida como una falla en los procedimientos físicos que se producen al interior del cuerpo humano (Kleinman, 1995).

De la misma manera como la enfermedad es entendida en términos estrictamente biológicos y “objetivos” (hay una falla a nivel celular que indica que la persona tiene cáncer y punto), sin dar mucho crédito a la consideraciones subjetivas del paciente (lo que piensa, lo que siente, lo que necesita); la forma como es diagnosticado y tratado este padecimiento está enfocado en procedimientos tecno-mecánicos orientados ya sea a revelar o a controlar un

²⁵ La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

²⁶ Se excluye desde esta perspectiva la dimensión mental y social que, según la OMS, hacen parte de la definición de salud.

proceso físico-químico que se origina al interior del organismo. En este sentido, el diagnóstico del cáncer se realiza a través de diferentes exámenes de laboratorio y de imagenología²⁷ que dan cuenta de la presencia del tumor y de las características físico-biológicas del mismo. Según uno de los oncólogos entrevistados,

“...normalmente el tumor se clasifica por tres cosas, algo que se llama TNyM. El T es que tan grande ha crecido el tumor en el sitio donde está, el N es que tanto se ha regado a los ganglios linfáticos vecinos, que es el primer sitio a donde se riega, y luego el M es sí se ha regado, además de los ganglios, a otros sitios ya distantes, como por ejemplo... no sé, si es de la mama y se ha regado, por ejemplo, al pulmón o al hígado o a los huesos, ¿sí?, entonces con esas tres características se clasifica al tumor...” (Entrevista oncólogo radioterapeuta)

Una vez es detectado y clasificado el tumor el paciente es puesto en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, cirugía y/o una combinación de estos procedimientos. La radioterapia y la cirugía son técnicas aplicadas, en la mayoría de los casos, a pacientes con tumores pequeños que no se han regado a órganos del cuerpo diferentes al que aparecieron inicialmente (cáncer en etapa temprana). La quimioterapia, por su parte, es aplicada a pacientes en los cuales el cáncer ya ha hecho metástasis, es decir, se le ha regado a diversos órganos del cuerpo (cáncer en etapa terminal). Uno de los MA entrevistados nos revela en qué consisten cada una de estas terapias:

“...las radiaciones es un tratamiento en el cual el paciente asiste diariamente, de lunes a viernes, y recibe radiaciones de alta energía sobre el área del cuerpo en la que está el tumor, las radiaciones tienen efecto solamente local y entonces, si tienes el tumor en el seno se irradia el seno y los sitios cercanos al seno donde se puede regar el tumor, ¿sí? Esa radiación lo que hace es que mata las células tumorales para que no se puedan volver a reproducir y pues queden condenadas a morir. Ese manejo es local y solamente tiene que ver con la curación en el sitio donde está el tumor; pero de todas formas la enfermedad también se puede regar a distancia, ¿sí?, por la sangre se puede regar al hígado, a los pulmones o a los huesos y entonces tienes que dar manejo a esa enfermedad que se riega... y el manejo para esa enfermedad que se riega por la sangre es con quimioterapia y esa quimioterapia es un medicamento que se pone por la vena, funciona como una especie de antibiótico pero no va orientado a matar las bacterias sino que va orientado a matar las células tumorales, ¿sí? La ventaja es que no sólo actúa localmente en el sitio donde está el tumor, sino que también actúa a distancia donde se pudo haber regado el tumor a través de la sangre, ¿sí? Y finalmente la cirugía, que es otro manejo local, parecido a la radioterapia, sólo que no funciona a través de radiaciones sino que funciona, pues, a través de cirugía” (Entrevista oncólogo radioterapeuta)

²⁷ El cáncer es una enfermedad que se puede producir en cualquier órgano del cuerpo. En este sentido, hay una diversidad de exámenes específicos que permiten que sea diagnosticado de acuerdo a la zona del organismo donde se encuentre ubicado (mamografías, citologías, colonoscopias, son algunos de los más frecuentes)

Las radioterapias, quimioterapias y cirugías son las opciones terapéuticas que desde la medicina alopática les son aplicadas a las personas con cáncer. Sin embargo y pese a lo manifestado por los oncólogos entrevistados según lo cual estas son las únicas terapias que, de acuerdo a las investigaciones científicas y tecnológicas, pueden ofrecer una cura segura y efectiva a algunos tipos de cánceres descubiertos en una fase temprana, no son pocas las polémicas y las discusiones que se han levantado alrededor de estos procedimientos. Uno de los focos de estos debates lo constituyen los graves efectos secundarios que producen estos tratamientos en la salud de las personas (Castaño & Palacios-Espinosa, 2013).

De acuerdo al tipo de cáncer por el cual un paciente este recibiendo tratamiento puede tener importantes afectaciones sobre su salud: alopecia, náuseas, caída de los dientes, pérdida de apetito, disminución del peso corporal, fuertes dolores, debilidad física, pérdida de movilidad e incluso pérdida de otros órganos del cuerpo²⁸, por mencionar sólo algunos. Son tantos y tan “agresivos” los efectos secundarios que pueden producir los tratamientos contra el cáncer que esta es la razón principal por la cual muchas personas, ante un diagnóstico por esta enfermedad, deciden recurrir a otros tipos de medicinas, entre ellas y no muy frecuentemente las medicinas indígenas (Sánchez y Venegas, 2008). Los médicos alopáticos, aunque conscientes de los graves efectos secundarios que traen a los pacientes tratamientos como la quimio y la radioterapia, se defienden afirmando que la biomedicina también ofrece soluciones a estos problemas derivados,

“...Nuestra medicina utiliza todo lo que es químico, el intervencionismo, todos esos procesos de ahora que estás hablando del cáncer: la quimioterapia, la radioterapia... traen efectos secundarios y muchas veces es peor la cura que la enfermedad, muchas veces el paciente viene con algo para que se le trate y queda con otros problemas. Sin embargo, en la medida que nosotros le digamos al paciente... le hacemos una quimioterapia a nivel pélvico, el paciente puede presentar sintomatología rectal, urinaria, y pues obviamente hay medicamentos para tratar de manejar esos síntomas que van a aparecer...” (Entrevista médico paliativista)

De esta forma, y pese a reconocer las limitaciones de los tratamientos que desde la biomedicina son ofrecidos a una enfermedad como el cáncer, los médicos alopáticos insisten en que la medicina moderna es la única alternativa que en este momento cuenta con las medicinas anti-cancerígenas necesarias para combatir una enfermedad de este tipo.

²⁸ Entrevista oncólogo radioterapeuta.

Definición, diagnóstico y tratamiento. Acabamos de describir los presupuestos cognoscitivos y los procedimientos operativos utilizados por la biomedicina a la hora de abordar una enfermedad como el cáncer. Catalogado como el conocimiento científico de la enfermedad, esta forma de interpretar una realidad biológica se ha convertido en el paradigma “oficial” y “legítimo” mediante el cual opera el sistema de salud colombiano y en base al cual se construyen todas las políticas de prevención y tratamiento de esta enfermedad en el país. Ahora bien, existen otros tipos de conocimientos alrededor del cáncer que al ser expuestos desde medicinas diferentes a la “científica” quedan invalidados e invisibilizados en los ámbitos académicos e institucionales a razón de la colonialidad del saber pero que, sin embargo, hacen parte de los itinerarios terapéuticos de decenas de enfermos con cáncer que, “una vez enfrentados con la muerte”, buscan una solución a su enfermedad en otras tradiciones médicas.

ii. El cáncer: “Conflicto no resuelto”

En los párrafos siguientes se presentaran las nociones de salud y enfermedad, así como las interpretaciones con respecto al concepto, al diagnóstico y al tratamiento del cáncer que presentan un grupo de médicos alopáticos que a lo largo de su trayectoria profesional han entrado en interacción con modelos médicos diferentes al que fueron formados. Dos de estos profesionales, ambos con el título de médicos cirujanos, transitaron por el puente de las medicinas alternativas²⁹ antes de conocer la medicina indígena del yagé; en este sentido, sus marcos cognoscitivos y operativos involucran una gran variedad de conceptos y terapéuticas provenientes de diversas medicinas (acupuntura, homeopatía, bioenergética, terapia neural y medicina indígena), sin dejar de lado por ello, los conocimientos de la biomedicina.

²⁹ Las medicinas alternativas y complementarias (MAC) están definidas como “un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud no considerados actualmente parte de la medicina convencional” (Ballesteros, Cortés, Sánchez & Suárez, 2011:136). Al respecto, es importante introducir algunas aclaraciones. En primer lugar, y aunque en este trabajo se use indiscriminadamente el término “medicinas alternativas” y se omita el de “medicinas complementarias”, hay una diferencia entre ambas: “la medicina complementaria se refiere al uso conjunto de tratamientos con la medicina convencional, y la medicina alternativa se utiliza en lugar de la medicina convencional” (Ballesteros, Cortés, Sánchez & Suárez, 2011:136). En segundo lugar, pese a que según esta definición y al imaginario de muchos médicos alopáticos las medicinas indígenas hacen parte del grupo de las MAC, dentro de este trabajo son consideradas como un sistema médico diferenciado y separado.

Así, por ejemplo, al preguntar por el concepto de salud, uno de estos médicos responde:

“...Pues la salud... yo diría que a la definición de la Organización Mundial de la Salud como el bienestar físico, mental y social le añadiría la conexión espiritual, ¿sí?, el sentido de estar vivo, ¿sí?, el sentido de estar vivo también es un sentido de servicio, ¿sí?, de crecimiento personal, de evolución, pero eso llega muy rápidamente a través del servicio, entonces un elemento de servicio...”
Entrevista MAI1

Ante la misma pregunta, otro de los médicos replica,

“...Salud... depende como se quiera entender... pero una definición de unos grupos indígenas me gusto mucho que hablaba de que la salud era estar bien con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y con Dios. Con esa me quede finalmente después de muchas definiciones, pero por supuesto que es difícil, depende de donde se quiera ver, pero si no comparto la definición tradicional del completo estado de bienestar mental, físico y social...” Entrevista MAI3

Es preciso anotar dos observaciones con respecto a las anteriores definiciones. En primer lugar se puede apreciar como la definición biomédica de la salud que nos llega a través de una institución como la OMS está presente en las percepciones de estos médicos. Ahora bien, contrario a lo que sucede con los médicos que han tenido una formación dentro de los límites de la alopátia exclusivamente (para quienes la salud es lo que dicta la OMS), estos médicos se han permitido cuestionar, contradecir, complementar, reconstruir la visión de la salud contemplada desde la biomedicina. En este sentido, si bien no se deja completamente de lado la dimensión biologicista de la salud, se hace énfasis en una dimensión del cuerpo humano poco contemplada por la ciencia moderna: la parte emocional.

Es sólo en la medida en que hay un cuestionamiento a los parámetros de la biomedicina, producto del contacto que han establecido este grupo de médicos con otros tipos de medicinas, que se hace posible que un médico egresado de una universidad, de esos centros exclusivos de producción del conocimiento científico, argumente que la noción de salud implica desde el bienestar físico, un equilibrio en el cuerpo-máquina, hasta el completo estado de armonía y de conexión con Dios, con algún ser superior o con el universo. Ahora bien, este grupo de médicos no sólo ha incorporado una nueva dimensión del ser humano al campo de la salud, sino que ha desplazada a la biomedicina de ese “punto cero” desde el cual, se suponía, podía emitir un juicio “último” y “verdadero” sobre esta realidad.

La enfermedad, por su parte, es entendida como un desequilibrio o conflicto que se presenta en la dimensión física, emocional o espiritual del individuo. Sin embargo, a la hora de

abordar una enfermedad particular, en este caso el cáncer, el asunto se torna un poco más complicado. En tanto no utilizan una definición estándar, sacada de un manual oncológico o de los artículos de revistas biomédicas especializadas, sino que integran diferentes concepciones de la salud y la enfermedad extraídas de varios tipos de medicinas, las percepciones de lo que es el cáncer y de cómo puede ser diagnosticado y tratado varían considerablemente de un médico a otro (incluso entre aquellos que comparten el conocimiento de la acupuntura, la homeopática, la medicina indígena...)

Así, a la hora de abordar a dos de estos médicos sobre la forma como entendían el cáncer, esta fue su respuesta:

“...en nuestra medicina, nosotros tomamos un concepto de Hamer³⁰, de la medicina de Hamer, es que realmente el cáncer es un conflicto que nunca se ha podido resolver y en el momento en que aparece el cáncer es la resolución de ese conflicto, eso es el cáncer, es un conflicto... Yo estoy de acuerdo con Hamer, en lo que yo veo y en mi práctica es que realmente tenemos un conflicto muy difícil, muy complicado, que siempre lo hemos aplazado y aplazado y lo hemos hecho... lo hemos puesto en el inconsciente, lo hemos dejado por allá como olvidado pero el conflicto siempre está ahí y resulta que cuando lo resuelve... cuando decidimos resolverlo aparece el cáncer y ya es la resolución de ese conflicto, el mismo cáncer es la resolución del conflicto...” (Entrevista MAI2)

“...El cáncer, como todas las enfermedades, es una distorsión del amor, ¿sí?, es como una ternura distorsionada... y el tumor viene a representar eso, es como que fuera un embarazo de una ternura distorsionada, ¿no?...” (Entrevista MAI1)

Conflicto no resuelto o distorsión del amor. Aunque divergentes, ambas definiciones nos saca del terreno de lo biológico para introducirnos en la dimensión emocional del individuo. En este sentido, para esta forma de hacer medicina que se nutre de componentes alternativos e indígenas, el cáncer es una enfermedad que se produce, sobre todo, por un desequilibrio o “choque” emocional en el ser humano. La concepción del cáncer como una enfermedad ligada a la dimensión emocional del ser humano conlleva a que los diagnósticos y el tratamiento se alejen un poco de las herramientas tecnológicas (sin desligarse completamente de ellas) para centrarse en el “factor H”, este es, en la humanidad del paciente. Así, la principal herramienta para el diagnóstico de la enfermedad con la que se cuenta al interior de este tipo de medicina³¹ es la comunicación profunda entre el médico y el paciente.

³⁰ Hamer es un médico alemán a quien se le conoce como el fundador de la Nueva Medicina Germánica.

³¹ El grupo de médicos alopáticos con prácticas médicas alternativas e indígenas estuvo compuesto por 3 personas, de los cuales solo uno manifestó atender frecuentemente pacientes con cáncer en su consultorio (entre

En palabras de uno de los médicos,

“...El método diagnóstico que mejor, que más resultados me da a mí es hablar con el paciente, es poder... él mismo trae el diagnóstico, él mismo sabe porque se está enfermando, él sabe y sólo basta con preguntarle: -¿Usted por qué cree que se está enfermando? ... y todos, al principio les cuesta mucho trabajo porque nadie les pregunta eso, eso en la medicina alopática no existe, o sea, el único que sabe cómo se enferma es el médico; resulta que las personas si saben cómo se enferman y qué es lo que los enferma, entonces los pacientes en su relato de la historia saben que se están enfermando debido a circunstancias, a situaciones muy específicas, a conflictos que no han podido resolver y se lo van contando a uno, y ellos saben y terminan diciendo: -eso es lo que me enferma, eso es lo que me tiene mal, eso es lo que me agrava, eso es lo que me dio el cáncer, es la rabia, es la tristeza, es todo eso...” (Entrevista MAI2)

Esta técnica de diagnóstico es llamada patogenesis o patobiografía y es tomada de la medicina homeopática. El propósito es que el paciente realice un autoexamen de su vida y pueda reconocer cuáles son las causas que han provocado que su organismo y las funciones celulares empiecen a fallar. Además de esto, también se hace uso de “exámenes paraclínicos” y ecografías a la hora de ofrecer un diagnóstico a los pacientes. Vemos, una vez más, como al interior de este tipo de medicina se conjugan elementos provenientes de diferentes tradiciones médicas: homeopatía, medicinas indígenas, biomedicina, entre otras... Esta última afirmación puede confirmarse a la hora de observar los métodos que son utilizados para el tratamiento del cáncer.

“...Entonces, lo primero del tratamiento es eso que llamamos logoterapia, o sea, hábleme que yo lo escucho y yo tomo nota y después le hago una síntesis de esa historia leída de otra manera, desde la manera más terapéutica; luego viene la segunda parte que es la homeopatía, luego viene la otra parte que podría ser la acupuntura, que es de hecho, y la otra parte que es tomar yagé para ayudarse a mejorar ese cáncer...” (Entrevista MAI2)

Homeopatía, acupuntura y medicina indígena. Tres tipos de medicinas integradas en la trayectoria profesional de un médico alopático para tratar de dar solución a una grave enfermedad: el cáncer. Paradójicamente, es tan sólo hasta este último tramo de nuestro recorrido (concepto-diagnóstico-*tratamiento*) que se deja de lado las herramientas de la biomedicina. Y es que, contrario a lo que piensa el grupo de oncólogos entrevistados, según lo cual sí un paciente no recibe *tratamiento anti-cáncer* (el cual sólo puede ser proporcionado por la ciencia moderna) es inevitable que vaya hacia la muerte, dentro de esta práctica médica se

3 y 4 al mes). De esta manera, y dada la variedad de conceptos y tratamientos manejados por este grupo de médicos, se expondrá la forma diagnóstica y el tratamiento ofrecidos por este médico (MAI2).

considera que sí hay otras alternativas seguras y eficaces a la hora de enfrentar una enfermedad de este tipo.

Podríamos decir, incluso, que se va más allá al afirmar que la biomedicina no sólo no es la única opción válida para tratar el cáncer, sino que es una opción con muchas limitaciones:

“...para ser uno oncólogo es poder llegar a hacer un diagnóstico más exacto de los tipos de cáncer, los estadios y en últimas llegar al tratamiento y en el tratamiento sólo existen una cantidad de medicamentos que poco han evolucionado, durante muchos años han evolucionado muy poco y que, realmente, lo que van a hacer los medicamentos es alterar más la parte física y en ninguna forma producen cambios... producen grandes cambios físicos demasiado desagradables para el paciente pero no producen cambios emocionales ni espirituales en el paciente...” (Entrevista MAI2)

Y es que es precisamente en la transformación emocional de la persona donde para esta medicina se encuentra la cura del cáncer. Mientras los oncólogos buscan a través de exámenes y ecografías la desaparición del tumor, estos médicos buscan en la armonía emocional y espiritual alcanzada por la persona el indicador de la curación. De esta manera, si tenemos en cuenta que las dimensiones cognoscitivas y operativas de las distintas medicinas se encuentran estrechamente relacionadas, es de esperarse que una concepción biologicista de la enfermedad se corresponda con un tratamiento centrado en la parte física del paciente (la desaparición del tumor); mientras que una visión donde se mire la enfermedad en sus dimensiones físicas y emocionales conlleve a un tratamiento donde se le otorgue importancia tanto a la restauración del equilibrio emocional del paciente como a su recuperación física (la cual no se descarta sino que se relega a un segundo plano).

De esta manera, vemos como al lado de la hegemónica visión biologicista de la enfermedad ostentada por la medicina moderna se alzan otras percepciones sobre la misma que, aunque sin la misma visibilidad académica e institucional, pero con un reconocimiento cada vez más alto, incluso por parte de la ciencia, en el caso de algunas terapias alternativas, siguen siendo parte tanto de las ofertas de curación de un creciente número de médicos como de las opciones terapéuticas de muchos pacientes de cáncer alrededor del mundo (Sánchez y Venegas, 2008).

iii. El cáncer: “Carga del espíritu”

En el apartado anterior observábamos el concepto, diagnóstico y tratamiento dado a una enfermedad como el cáncer por un grupo de médicos que, aunque formados en los

lineamientos de la biomedicina, a lo largo de su ejercicio profesional han entrado en contacto con medicinas alternativas e indígenas. A continuación nos adentraremos en el mundo de la medicina indígena yagecera para explorar cómo desde esta tradición médica es abordado el tema del cáncer. Y es que aunque suene paradójico que las medicinas indígenas puedan ofrecer tratamientos a una “enfermedad de occidente” o que un médico indígena, sin el conocimiento científico especializado o las innovadoras herramientas tecnológicas, este en la capacidad de tratar a un paciente de cáncer, a través de esta investigación hemos podido comprobar que la relación medico indígena-paciente con cáncer hace parte de la realidad social³².

Todos los médicos indígenas consultados (3) afirmaron que era frecuente para ellos ser visitados por enfermos de cáncer. Y aunque aseguran que el cáncer es una enfermedad que poco afecta a sus comunidades (“es más una enfermedad del pueblo que del monte”), aseveran poseer el conocimiento y las herramientas necesarias para tratar de forma eficaz esta enfermedad. Ante la pregunta de por qué al interior de su medicina se había desarrollado un tratamiento para una enfermedad que no afectaba mucho a sus comunidades esta fue su respuesta:

“...es que el hecho de que sea indio no quiere decir que no sea investigador también, también es científico y también investiga y también mueve por aquí y por allá y toma remedio (yagé) y pregunta, lo obligaron a investigar cómo nos curamos esas cosas que nos pasaron ahora...” (Entrevista MI2)

“...Porque pues el indígena conoce la naturaleza y todos los medicamentos y algunos químicos vienen de la naturaleza, viene de las plantas, entonces ellos tienen esa virtud, ellos tienen ese don de conocer la naturaleza entonces por eso ellos saben y pueden contrarrestar aunque a ellos no los tocan esas enfermedades...” (Entrevistas MI3)

Así, se puede afirmar que las medicinas indígenas sí cuentan con una elaboración de lo que es el cáncer y de cómo puede ser tratado. Y es que, independientemente de la condición

³² No sólo los taitas que hoy en día viven en las ciudades o se movilizan frecuentemente a ellas para atender a sus pacientes han entrado en contacto con enfermos de cáncer. Ya desde hace aproximadamente 25 años, cuando pocos abuelos salían de sus comunidades y el yagé no era muy conocido en las ciudades, personas enfermas de cáncer, incluso de otros países, se trasladaban a lugares lejanos a buscar los tratamientos de los taitas. Esto nos indica que para los taitas que se trasladan a las ciudades el cáncer no es una enfermedad nueva sino una realidad a la que ya se han enfrentado (Entrevista MI1)

étnica con la que viene delimitada la misma palabra medicina indígena³³, este grupo de médicos son ante todo personajes inquietos por resolver los problemas de salud de las personas que los consultan, sean estos “blancos, negros, indios, pobres, ricos, religiosos o ateos”³⁴. Una vez claros en este asunto, prosigamos con la exposición de cómo dentro de esta tradición médica se construyen los conceptos de salud, enfermedad y cáncer.

Hasta este punto hemos reiterado frecuentemente que todas las medicinas, de todos los tiempos y lugares, están integradas por unos presupuestos cognoscitivos y unos procedimientos operativos (Quevedo, 1993). La medicina indígena no es la excepción a esta regla. Sin embargo, la dimensión cognoscitiva de este modelo médico no presenta la claridad y “coherencia” a la que estamos habituados quienes nos hemos formado en los lineamientos del método científico (como los médicos alopáticos y los antropólogos). En este sentido, mientras los médicos alopáticos no tuvieron ningún problema en responder de manera clara y concisa ante los conceptos interrogados, pues están habituados al mismo sistema de pensamiento de quien creó y realizó la entrevista, los médicos indígenas presentaron algunos inconvenientes a la hora de precisar algunos de sus conocimientos. Así, por ejemplo, ante la pregunta de que entendía por salud, uno de estos médicos responde:

“...Para mí la salud abarca muchas cosas también, dentro de la salud es tanto como la salud de enfermedades físicas como la salud espiritual también y por eso me gusta tanto la medicina (el yagé) porque como cura enfermedades físicas cura enfermedades espirituales, como el despertar de consciencia de uno de hacia dónde va, de donde viene y para donde va, como se dice, entonces por eso me gusta tanto la medicina también porque tanto como cura enfermedades físicas cura enfermedades espirituales también, lo hace cambiar la vida que uno lleva o ha llevado, a reflexionar bonito, a pensar de Dios, a buscar de Dios, ya no de los errores, de los vicios, ya eso lo saca definitivamente de la vida de uno entonces es muy bonito la medicina por eso también... ¿Qué era la pregunta? (Entrevista MI3)

Esta dinámica se repite en todas las entrevistas. Ante preguntas muy específicas los médicos indígenas se alargan con datos, anécdotas, situaciones y casos de pacientes que les permiten ejemplificar y expresar mejor lo que quieren decir. Y es que, a diferencia de los

³³ Aprovecho para aclarar que el término medicina indígena es engañoso. Aquí es utilizado como una categoría analítica que permite caracterizar un tipo de medicina con unos presupuestos cognoscitivos y operativos particulares; más no se utiliza referente a unos rasgos étnicos particulares. Así, medicina indígena no es, en el marco de este trabajo, una medicina que es practicada por indígenas sino una medicina que cumple con ciertos parámetros (descritos con detalle en el capítulo I)

³⁴ Fragmento del diario de campo.

médicos alopáticos, quienes cuentan con referentes básicos para dar una definición de la salud y de muchos otros conceptos médicos (enciclopedias, libros, manuales de ciencia y medicina); los médicos indígenas refieren que su “ciencia” no se aprende en “libros ni con cuadernos”, sino en “la selva, con los micos y la naturaleza”. En este sentido hay taitas que, incluso sin saber leer ni escribir, poseen importantes conocimientos con los cuales pueden ofrecer a las personas una cura para sus enfermedades.

De esta manera, podríamos argumentar que al interior de esta medicina se le otorga un mayor peso al aprendizaje de los procedimientos operativos que a la memorización de un conjunto de herramientas cognoscitivas, de las cuales, sin embargo, ninguna medicina puede prescindir. En palabras de uno de los médicos indígenas entrevistados:

“...para nosotros es como un jugueto la enfermedad, ¿no?, que nosotros no le paramos tanta bola a eso, sino que nosotros pensamos: -listo, le duele tal cosa, vamos a ayudarlo, ¿sí?... Ponernos en la tarea de ponernos a clasificar y a hablar, no, nosotros es a actuar, la tarea de nosotros es actuar, venga quien venga tenemos que actuar, llámese como se llame la enfermedad... unos me dicen:- ¿Y cómo se llama mi enfermedad? -Usted quiere saber el nombre o se quiere curar...” (Entrevista MI1)

Es importante observar como las definiciones, conceptos, clasificaciones... son metodologías de la ciencia moderna que no se aplican con la misma rigurosidad en otro tipo de saberes. En esta dirección, mientras que para un médico es fundamental conocer los conceptos, las causas, los factores genéticos y demás dimensiones cognoscitivas de la enfermedad; los médicos indígenas, aún sin poder suministrar una definición muy precisa y elaborada sobre lo que es una enfermedad pueden ofrecer unos mecanismos para actuar sobre esta. Este punto se ve reflejado en el caso del cáncer. Si bien no hay una definición unificada ni clara de la forma como la medicina indígena define una enfermedad de este tipo, hay unos parámetros más claros de cómo se debe actuar, o cual es el tratamiento a seguir en un paciente con cáncer.

Mientras que para uno de los médicos indígenas (MI1) el cáncer es un karma, es decir, una carga que hay sobre el espíritu de la persona porque en el pasado o en vidas pasadas cometió ciertos excesos con su cuerpo que tiene que purificar, otro de los médicos (MI2) argumenta que “el cáncer es una célula que tiende a descomponer, digamos... que tiende a descomponer los tejidos, ¿sí?, los tejidos de diferentes órganos donde ha tenido su génesis”. A primera vista son dos definiciones completamente distintas: una apunta a la dimensión

espiritual y emocional de la persona mientras la otra, muy de la mano con la alopátia, se queda en el campo de lo biológico.

Ahora, si ahondamos un poco más en lo expresado por estos médicos indígenas en sus entrevistas nos podemos encontrar con hallazgos muy interesantes. Ante la pregunta de sí en las comunidades indígenas del Putumayo es frecuente que las personas desarrollen el cáncer, el MI1 responde que aunque no es muy común ya se han muerto un par de personas debido a esta enfermedad. Lo que llama la atención es el motivo al cual este médico atribuye tales muertes:

“...Se han muerto porque ellos no creen también allá, ellos mismos, los que no... que el médico, que el médico, que el médico y no creen que la medicina de las plantas es una ayuda que tienen y no se la aplican, ¿sí?, entonces por eso se han dejado avanzar y ya a última, a última hora ya les están haciendo los abuelos o las familias los tratamientos pa cáncer y ya eso a última hora ya no sirve los tratamientos, no ve el va... *usted va perdiendo células y todo y ya para recuperar eso no... la falta de esas proteínas y células entonces se termina la persona...*” (Entrevista MI1)

En este mismo sentido, ante la pregunta de sí el cáncer tiene cura, el MI2 nos ofrece la siguiente explicación:

“...Hay momentos en que la persona asume, como le decía ahora rato, de pronto las ganas de curarse y escoge... opta por una disciplina de depuración, de dieta, de la perseverancia en las prácticas... sí ha habido casos de curación, entonces si ha habido efectividad pero como le digo, todo es relativo a la disposición de la persona, ¿sí?, *es que un cáncer más que todo tiene, influye mucho o tiene que ver mucho la predisposición de la misma persona para poderse curar y para que él garantice también el comportamiento y de asumir un cambio radical en ciertos hábitos...*” (Entrevista MI2)

Puede observarse como el MI1 proporciona una definición del cáncer muy asociada a la dimensión espiritual y emocional del individuo; sin embargo, posteriormente realiza una asociación entre dicha enfermedad y la pérdida de células en el organismo (dimensión física). Por su parte, el MI2, quien en un principio nos presenta una visión muy biologicista de la enfermedad, luego argumenta que la curación del cáncer esta, ante todo, en los cambios producidos en la dimensión espiritual y emocional del individuo. Esto nos permite realizar varias inferencias: En primer lugar, y como ya se ha mencionado, las lógicas del método científico hacen parte de un corpus de conocimiento específico que no tienen la misma aplicabilidad en otro tipo de saberes, los cuales, sin embargo, no debemos tachar de “ilógicos” o “incoherentes”. En segundo lugar, los médicos indígenas actualmente se encuentran familiarizados con muchos de los conceptos y prácticas de la medicina alopática, por tanto, también relacionan el cáncer con problemas en el funcionamiento celular.

En cuanto al diagnóstico del cáncer los taitas son enfáticos al afirmar que todas las personas llegan a ellos después de haber pasado por todas las herramientas diagnósticas de la medicina alopática (exámenes, ecografías, biopsias, consultas médicas...) De esta forma, afirman, ellos sólo tienen que empezar a aplicar los tratamientos de los que disponen para dar solución a la enfermedad. Ahora bien, los médicos indígenas no son sólo agentes pasivos que reciben el diagnóstico de la medicina alopática y actúan sobre este; todos los taitas consultados afirman haber presentado casos en los cuales debieron hacerle un nuevo diagnóstico a la persona, en tanto el elaborado por la biomedicina, según ellos, estaba errado. Así, por ejemplo, el MI1 compartió el caso de una señora a la cual le habían diagnosticado cáncer terminal (6 meses de vida aproximadamente) dentro de los lineamientos de la medicina alopática. Sin embargo, relata,

“...Para nosotros no era cáncer, para nosotros era que le hicieron algo, enfermedad desconocida, eso era, que la estaban matando con la medicina y con los procedimientos que estaban haciendo eso la estaba... bueno, fue una ayuda para ella pero también eso la estaba afectando...” (Entrevista MI1)

Por su parte, el tratamiento que desde esta medicina se le ofrece a las enfermedades, incluyendo el cáncer, abarcan desde el consumo ceremonial del yagé -en la cual el taita realiza sanaciones con diferentes elementos rituales y plantas medicinales- y la ingesta de purgantes, depurativos y reconstituyentes elaborados a base de plantas medicinales, hasta el compromiso del paciente por mejorar sus hábitos de vida y de asumir un conjunto de dietas y cuidados con su cuerpo, su mente y su espíritu. Es decir, es un tratamiento que apunta tanto al mejoramiento del organismo físico (utilización de plantas que cumplen funciones antisépticas, desinflamatorias, analgésicas en órganos específicos del cuerpo) como a la restauración de las cargas emocionales y espirituales que han dado origen al padecimiento físico de la persona (ceremonias de yagé, consultas y orientaciones por parte del médico indígena)

De esta forma, y tal como lo argumentó Menéndez (1994) para el caso de los saberes populares, los conocimientos indígenas acerca de la salud y la enfermedad se caracterizan “por un proceso constante de modificación, en el cual se sintetizan provisionalmente concepciones y prácticas derivadas de diferentes saberes incluido el biomédico”. Sin embargo, hay que aclarar que aunque desde las medicinas indígenas se retomen concepciones y prácticas de la biomedicina, son muchas las deconstrucciones y reconstrucciones a la cual es sometida esta

visión hegemónica de la enfermedad antes de ser integrada al corpus de conocimiento de los médicos indígenas.

En este capítulo hemos intentado reconstruido las nociones de salud y enfermedad, así como la manera en que tres tipos de medicinas abordan una enfermedad como el cáncer. Mientras que dentro de la medicina alopática se privilegia la dimensión biológica del individuo, dentro de las prácticas médicas alternativas e indígenas se le otorga una mayor importancia al ámbito emocional y espiritual del ser humano (Luz, 2005). De la misma forma, mientras en la medicina alopática cada vez hay una mayor especialización y atomización de los conocimientos con respecto al cuerpo humano y a las enfermedades que este puede presentar, al interior de las medicinas alternativas e indígenas predomina una visión integral del ser humano (Helman, 2007). En esta dirección, mientras un paciente de cáncer es tratado dentro de la medicina alopática por múltiples especialistas (médico general, oncólogos, ginecólogos o cualquier otro especialista relacionado con el área del cuerpo en el cual la persona desarrolle el cáncer, internistas, paliativistas, enfermeros, psicólogos...); dentro de las medicinas indígenas una sola persona (el taita) es la encargada de asistir al paciente con cáncer en cada una de sus facetas.

Ahora bien, las diferencias presentes entre los presupuestos cognoscitivos y operativos de estos tres tipos de medicinas no pueden ser traducidas, siguiendo el argumento colonial, en la superioridad de un modelo médico sobre otro. Por el contrario, son construcciones médicas completamente válidas en la medida que se ajustan a los lineamientos ideológicos del marco histórico y contextual en el cual se desarrollan. Así, que el Estado, las instituciones de salud y la academia hayan hecho de la visión biomédica la versión “oficial” de la enfermedad no se debe a su mayor acercamiento con la “verdad”, sino a unas configuraciones históricas y sociales muy específicas marcadas por lo que dentro del presente trabajo ha sido definido como la colonialidad del saber (Restrepo & Rojas, 2010).

En el marco del presente trabajo el cáncer puede ser, a la vez, una proliferación descontrolada de células, un conflicto no resuelto y una carga del espíritu. No hay una explicación que se acerque más a la “verdad” que otra. Cada una de estas interpretaciones de la enfermedad constituye construcciones sociales que deben ser analizadas *simétricamente*. Como se mencionó en el primer capítulo, el principio de simetría fue propuesto en el marco de los estudios sociales de la ciencia por los sociólogos David Bloor y Barry Barnes. Contrario a los

presupuestos de la ciencia clásica, según los cuales el conocimiento científico constituía una representación verdadera de la realidad en cuanto “se desarrollaba de acuerdo a leyes inmanentes derivadas de la naturaleza de las cosas y de posibilidades puramente lógicas” (Barnes & Bloor, 1997:6); estos autores plantean que todo conocimiento, “más que un reflejo de la naturaleza o de la realidad misma, es un reflejo de las visiones colectivas de la realidad que tiene una sociedad determinada” (Bloor, 1998: 49). En este sentido, tanto el conocimiento “científico” como el “mítico” pueden cobrar el mismo grado de in/validez de acuerdo al contexto social en el cual se encuentre inmerso.

El concepto de simetría es retomado dentro del campo de lo que Bruno Latour ha llamado una “antropología no moderna”. Dentro de esta perspectiva, y muy relacionado con lo planteado anteriormente, la ciencia no constituye un mecanismo que permite acceder a lo “real real, a una realidad verdadera y auténtica” (Latour, 2005: 4) sino un conocimiento más dentro de un pluriverso de posibilidades epistemológicas. En este sentido, se propone la aplicación de una antropología simétrica que implica, entre otras cosas, el reconocimiento no sólo de la existencia de múltiples culturas, sino también de múltiples naturalezas –multinaturaleza (Latour, 2005). Es decir, se cuestiona el supuesto según el cual existe una y sólo una realidad objetiva (aquella que la ciencia puede aprehender). Dentro de este tipo de antropología, por otro lado, se plantea la necesidad de “tomar en serio las afirmaciones sobre otros mundos desplegadas por el Otro” (González Varela, 2010: 29).

Estas últimas ideas de la antropología simétrica han tratado de ser implementadas a lo largo de este capítulo. En primer lugar, se renuncia a la distinción entre la unicidad de la naturaleza y la multiplicidad de las culturas. Así, en este trabajo no se presenta el cáncer como una “realidad” biológica que presenta múltiples lecturas de acuerdo al contexto social en el cual se presenta. Si bien el segundo principio, el de multiplicidad, sí es defendido, en el marco de esta investigación no se erige una visión naturalista de la enfermedad que pretenda convertirse en la representación “verdadera” de la misma. Por último, se otorga a los tres grupos de médicos entrevistados (alopáticos, alternativos e indígenas) la misma posibilidad de reconstruir su visión de la enfermedad de acuerdo a sus presupuestos socio-culturales. Finalmente, y aunque todas las interpretaciones de la enfermedad resultan ser divergentes, se concede a cada una de ellas la misma validez epistemológica.

Capítulo III. Estructuras sociales y prácticas médicas: hacia un análisis de las dinámicas (de) coloniales en el campo oncológico

Las enfermedades crónicas³⁵ representan un gran desafío para el campo de la medicina. Resulta paradójico que aunque son cada vez más los miles de millones de dólares que se invierten en investigación científica y desarrollo tecnológico para el control de estas enfermedades, estas aún no tengan un diagnóstico biomédico efectivo que permita controlar la principal causa de muerte alrededor del mundo (OMS, 2006). El cáncer es una de las enfermedades crónicas a la cual puede ser aplicado este postulado. Así, mientras gran cantidad de dinero es invertido alrededor del mundo en el desarrollo de nuevos tratamientos biomédicos para el control del cáncer³⁶, esta es una enfermedad que va en aumento. Anualmente se diagnostican 12,7 millones de pacientes con cáncer alrededor del mundo y se espera que para el año 2030 la cifra ascienda a 21,3 millones de diagnósticos y a 13,1 millones de fallecimientos productos de esta enfermedad (Pedroza, 2013).

En Colombia, el cáncer es la tercera causa de mortalidad. Según las cifras reveladas por el GLOBOCAN (2012), durante el año 2012 fueron diagnosticados con cáncer 34.398 hombres y 37.044 mujeres, de los cuales se presentaron 18.842 y 19.052 fallecimientos respectivamente. Se espera, además, que de acuerdo a la tendencia mundial, las cifras presenten un comportamiento ascendente en los próximos años. Dada la carga creciente de esta enfermedad en el perfil epidemiológico de la población mundial, desde la Organización Mundial de la Salud se han emitido diversos lineamientos con los cuales se busca que cada estado adopte políticas públicas encaminadas al control del cáncer. En Colombia, estas sugerencias han tenido eco y se han materializado en diversas leyes y programas que tienen como objetivo contrarrestar el impacto de esta enfermedad en la salud de los colombianos.

³⁵ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), las enfermedades crónicas se definen como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. El término abarca los siguientes condiciones: “cardiopatías y accidentes cerebro-vasculares, enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la audición y la visión”.

³⁶ Así, por ejemplo, el National Cancer Institute de los Estados Unidos contaba con un presupuesto de USD 4,8 mil millones para investigación y desarrollo de tecnologías para el control y tratamiento del cáncer en el año 2013 (National Cancer Institute, 2013)

Dos son los objetivos de este capítulo. En primer lugar, se busca mostrar como las diversas leyes y programas que se han desarrollado en Colombia alrededor del cáncer están atravesadas por la colonialidad del saber, es decir, sólo es reconocido un tipo de conocimiento médico (el científico); esto sobre la base de que constituye un saber objetivo, neutro, universal y ligado al desarrollo de la salud humana y al progreso social. En segundo lugar se pretende analizar como ciertas prácticas médicas concretas contribuyen al mantenimiento o a la transformación de esta estructuración social marcada por una matriz epistemológica colonial.

i. “Por el control del cáncer”: La institucionalización del conocimiento biomédico de la enfermedad.

Dado el creciente impacto del cáncer en la salud de los colombianos, mediante la ley 1384 del 2010 se declaró el cáncer “como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la república de Colombia”. La ley 1384, “por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, tiene tres objetivos fundamentales: reducir la mortalidad y morbilidad causadas por esta enfermedad, mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y garantizar el acceso de la población afectada a los servicios de “prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo” (Artículo 1, Ley 1384 del 2010).

Para dar cumplimiento a tales objetivos, en el artículo 23 de esta misma ley se propone la creación de un Plan Nacional para el control del cáncer, elaborado por el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y “apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología” (Artículo 5, ley 1384 del 2010). Esta iniciativa de ley se materializó en el *Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021*³⁷, el cual, efectivamente, fue elaborado por el INC y cuyos objetivos básicos se corresponden con la ley 1384 del 2010 que, a su vez, retoma los lineamientos para el control del cáncer planteados por la OMS en la resolución sobre prevención y control del cáncer adoptada por la 58a Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2005).

Tanto los lineamientos internacionales como las medidas nacionales apuntan a que el cáncer es una enfermedad prevenible siempre y cuando se apliquen de manera oportuna los

³⁷ El Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia fue adoptado mediante la resolución 1383 del 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

conocimientos y tratamientos médicos basados en la evidencia científica³⁸ en los procesos de “prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa” (OMS, 2005). La centralidad de “lo científico” dentro de las resoluciones internacionales y las políticas públicas nacionales será analizada con más detalle a partir de dos dimensiones: el conocimiento médico y la práctica clínica.

El artículo 17 de la ley 1384 del 2010 establece,

“Considérese en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, Colciencias y el Instituto Nacional de Cancerología, con participación de la Academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país. Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hemato oncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología”

De esta manera, la ley misma instituye que sólo las comunidades de expertos, integradas por unas instituciones específicas (INC, Colciencias, Academia) pueden producir un conocimiento científico y, por tanto, aportar unas medidas válidas que permitan dar una atención integral al enfermo de cáncer en Colombia. El monopolio de un tipo específico de conocimiento médico queda, de esta manera, legitimado e institucionalizado dentro de la estructuración social del Estado colombiano.

La adopción de la concepción científica de la enfermedad en el ámbito de las políticas públicas queda ratificada en el *Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2021*. La “gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer” (línea estratégica 5) es uno de los ejes centrales del plan, pues se parte de la premisa según la cual “sólo es posible tener resultados previsibles si las acciones están basadas en un adecuado conocimiento y evidencia científica acerca de la problemática del cáncer y de sus alternativas de solución” (Pedroza, 2013: 3). La centralidad de “lo científico” no sólo está reflejada en una de las líneas estratégicas, pues en el marco del plan se hace explícita la necesidad de que todas las propuestas de acción para dar

³⁸ La medicina basada en la evidencia (MBE) se consolida como parámetro alrededor del cual se construyen las políticas públicas de salud a nivel mundial en la década de 1990. La MBE hace referencia al uso consiente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente (Broom & Adams, 2012)

una atención integral al cáncer se “formulen con base en el respaldo científico existente” (INC & Minsalud, 2012).

La institucionalización del conocimiento biomédico de la enfermedad tiene, por supuesto, un impacto en las prácticas clínicas de los médicos. En primer lugar, estas leyes establecen de una manera muy concreta quiénes y en qué condiciones son los “expertos” capacitados para ofrecer una atención integral a los pacientes con cáncer. “Unidades funcionales” y “Guías de Práctica Clínica (GPC)” son las categorías que nos permitirán analizar con mayor detenimiento las implicaciones que la adopción del conocimiento biomédico de la enfermedad tienen sobre la des/legitimación de ciertas prácticas terapéuticas y sobre el no/reconocimiento de ciertas comunidades médicas.

Según la ley 1384 del 2010 la atención integral del cáncer sólo puede ser suministrada por instituciones de salud que cuenten con “unidades funcionales”, las cuales son definidas de la siguiente forma:

Unidades funcionales. Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer. Su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología. (Artículo 4, ley 1384 del 2010)

Más adelante, se enumeran los criterios que deben cumplir las “unidades funcionales” para su correcto funcionamiento: contar con profesionales de la salud con especialidad en oncología, aplicar las guías y protocolos de atención médica y cumplir ciertos requisitos de infraestructura (disponibilidad de ambulancias, servicios de radioterapia, hospitalización, rehabilitación y cuidados paliativos) (Artículo 8, ley 1384 del 2010).

Como se puede observar, esta ley, que tiene aplicación para “toda la población colombiana residente en el territorio nacional”, cuenta con unos parámetros muy específicos para delimitar quienes están capacitados para ofrecer una atención integral al paciente con cáncer (médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología) y bajo qué condiciones debe hacerlo (aplicación de unas guías de práctica clínica y disponibilidad de infraestructura y recursos tecnológicos). Se presume, en este sentido, que médicos de otras tradiciones médicas que no aplican en sus prácticas las guías clínicas basadas en la evidencia

científica o que no contemplen la utilización de ciertas herramientas tecnológicas no están capacitados, ni autorizados por la ley, para brindar una atención integral al paciente de cáncer.

Ahora bien, ¿Qué son las Guías de Práctica Clínica (GPC)? Las GPC son herramientas que “orientan a los profesionales de la salud en la toma de decisiones apropiadas en circunstancias clínicas específicas” (Colciencias, 2012). Es decir, son un conjunto de recomendaciones que le indican al profesional de la salud como actuar ante una enfermedad determinada en aspectos como la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación. La ley 1384 (Artículo 7) determina que es obligatoria la adopción de las GPC en la prestación de servicios oncológicos y el Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021 establece que “la existencia de guías de atención y protocolos de manejo unificados para los principales cánceres, son factores cruciales en la atención oncológica” (INC & Minsalud, 2012).

De esta manera, actualmente en Colombia se han desarrollado cinco GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los tipos de cáncer con mayor incidencia en la población colombiana (próstata, mama, colon y recto, leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide aguda en niños, niñas y adolescentes, linfoma de Hodgkin y linfoma no Hodgkin en niños, niñas y adolescentes). Mediante la resolución 1442 del 2013 se establece que las GPC constituyen una referencia necesaria para la atención integral de pacientes con cáncer. Además, se establece que las mismas serán “revisadas y actualizadas en cualquier momento, según la evidencia científica y los desarrollos tecnológicos”.

Piénsese, por ejemplo, en la *Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto*, elaborada bajo la dirección del Instituto Nacional de Cancerología y con la colaboración de la Asociación Colombiana de Coloproctología, Asociación Colombiana de Gastroenterología, Asociación Colombiana de Cirugía, Asociación Colombiana de Radiología, Asociación Colombiana de Hematología y Oncología, Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica, Sociedad Colombiana de Patología, Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, Asociación Colombiana de Enfermeras Oncólogas...

Esta guía, basada en la evidencia científica disponible y elaborada, como puede observarse ampliamente, por un conjunto de comunidades científicas con un conocimiento biomédico muy especializado, tiene recomendaciones muy puntuales sobre cómo debe proceder el especialista de la salud a la hora de enfrentarse a un paciente, ya sea con riesgo de contraer el cáncer o con la enfermedad ya desarrollada (Ver Imagen 1 referente a los procedimientos diagnósticos indicados para el paciente según su nivel de riesgo frente al cáncer de colon y recto)

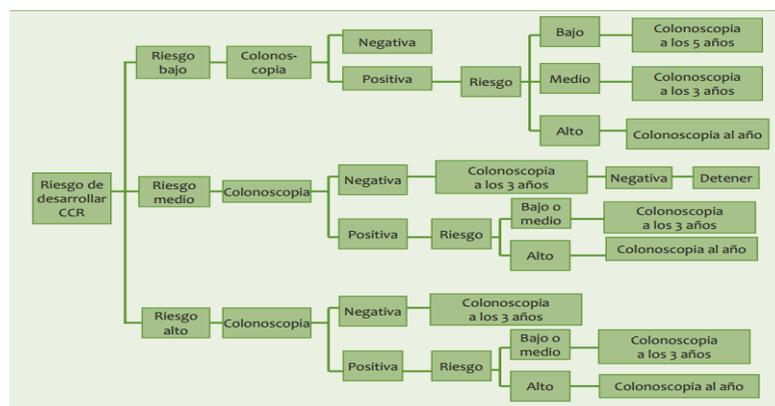


Imagen 1. Tomada de la *Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto* (p. 31)

En este mismo sentido hay toda una serie de recomendaciones muy detalladas, dirigidas al personal médico especializado, en cuanto a cómo deben actuar (imágenes diagnósticas a prescribir, medicamentos a recetar, tratamiento a ejecutar) en cada uno de los aspectos relacionados con esta enfermedad colorrectal (detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación).

Así las cosas, podemos argumentar que actualmente el conocimiento biomédico occidental se encuentra en el centro de dominio ideológico y jurídico en la oncología colombiana. La legislación nacional está construida con base en las nociones e instituciones desarrolladas por este sistema médico. Las comunidades indígenas están contempladas en esta legislación pero, con el objetivo de garantizar que sus problemas de salud sean atendidos por el sistema ya constituido. Así, la Ley 715 del 2001 dispone la obligación que tiene el Estado de

“lograr y sostener la cobertura total, de la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y en el adelantamiento de acciones de salud

pública, definidas como prioritarias para el país y desde luego para la población indígena por el Ministerio de Salud, actualmente Protección Social”

Se establece, de esta forma, la responsabilidad del Estado de integrar a las comunidades indígenas al sistema de salud occidental en la categoría de usuarios, desconociendo que ellos también son productores de conocimientos y tratamientos que les permiten abordar los procesos salud/enfermedad desde una perspectiva propia. En esta medida, coincidimos con Izquierdo y Seikuinduwa (2007), quienes afirman que “la falta de escenarios de diálogo de saberes, que permitan una interlocución y construcción conjunta a partir de la cosmovisión y el respeto de otras formas de la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte, siguen constituyendo grandes vacíos a la hora del diseño y formulación de las políticas públicas” en salud implementadas por el Estado colombiano y las instituciones de salud.

De esta manera, podemos observar como el Estado colombiano, a través de unas estructuras objetivas de poder (leyes, planes de salud, instituciones públicas) se ha encargado de reconocer oficialmente y legitimar, amparado en el argumento de la “evidencia científica”, quienes están capacitados para atender de manera integral a los pacientes con cáncer (médicos especialistas en oncología) y bajo qué condiciones deben hacerlo (requerimientos de tecnologías e infraestructura y aplicación de guías clínicas). Esto, a su vez, reproduce el monopolio del conocimiento biomédico de la enfermedad sobre otros saberes médicos.

La centralidad de “lo científico” en las políticas públicas en salud es producto, en parte, de lo que en este texto se ha denominado la colonialidad del saber (Walsh, 2007; Castro-Gómez, 2007, Restrepo & Rojas, 2010). Así, se parte del presupuesto eurocentrista de que la ciencia es un tipo de conocimiento objetivo –permite una representación inalterada de la realidad; neutro –no depende de intereses ni constructos humanos, y universal –puede ser aplicado a todos por igual (véase, por ejemplo, el caso de las GPC, que pueden y deben ser aplicadas a todos los pacientes que presenten una sintomatología específica). Se recurre también a una asociación entre ciencia y progreso social, para este caso materializado en un mejoramiento de la salud, que reivindica la ciencia como el más “perfecto de los conocimientos” (Castro-Gómez, 2005b).

En conclusión, tanto las leyes prescritas por el Estado colombiano como los planes elaborados por diversas instituciones de salud, en estrecha colaboración con asociaciones

científicas y comunidades académicas, para la atención integral del cáncer en Colombia cumplen con una función doble de control. Así, no sólo se contribuye al control de la incidencia de una enfermedad determinada en la población, sino que, además, se ejerce control sobre los tipos de conocimientos y tratamientos aptos para ofrecer una atención a tal enfermedad. El Estado, al adoptar una perspectiva considerada “verdad” (la biomédica), impide que dentro de sus marcos jurídicos se incluya cualquier otra perspectiva de la enfermedad que no encuentre su sustento en evidencia científica (Martínez, 2008).

Ahora bien, es importante mencionar que la construcción de las políticas públicas sobre los presupuestos de la MBE desconocen, en primer lugar, la existencia de otros modelos médicos que involucran, no sólo las dimensiones científico-técnica, sino también los aspectos socio-antropológicos de la enfermedad (Sarrado, Cleries, Ferrer & Kronfly, 2004). En segundo lugar, pasan por alto las limitaciones mismas de la MBE. Así, en el campo oncológico se ha podido demostrar como muchos tratamientos biomédicos no se aplican en virtud de la “mejor evidencia científica disponible”, sino que responden a diferentes intereses políticos y económicos (Broom y Tovey, 2007a).

ii. Prácticas médicas: un escenario de diálogos y tensiones entre conocimientos médicos

En los últimos años el conocimiento biomédico se ha consolidado como el propietario natural de la verdad sobre el proceso de salud/enfermedad (Martínez, 2008). Dicha legitimación no encuentra su justificación en un “mandato divino o natural” sino que es producto, como se ha venido argumentando, de un contexto histórico, político y económico particular (Mato, 2008). El monopolio del conocimiento científico sobre otros tipos de saberes médicos se ha implementado de la mano del Estado, el cual a través de diferentes estructuras objetivas de poder (instituciones, leyes, programas) ha reglamentado la ciencia como única forma de conocimiento válido (Castro-Gómez, 2005).

Ahora bien, la consolidación de una estructuración social de carácter colonial es tan sólo una cara de esta realidad. Para entender las relaciones que se establecen entre la medicina alopática y la medicina indígena debemos detenernos no sólo en las estructuras objetivas de poder sino en la manera como estas permean las subjetividades humanas. Muchos han sido los trabajos que se han realizado en este sentido en el campo de la antropología, la mayoría de los

cuales están focalizados en los itinerarios terapéuticos del enfermo (Urrea, 1989; Pinzón, Suarez y Garay, 2004). Estos trabajos indican que, más allá del ejercicio de poder que atraviesan las relaciones entre diversos sistemas médicos, en sus prácticas cotidianas los enfermos transgreden las fronteras “de lo que las instituciones y la buena ciencia consideran como seguro o efectivo” (Martínez, 2008: 156).

El objetivo de las siguientes líneas es mostrar como las prácticas, ya no de los enfermos sino de los médicos, también constituyen puntos de inflexión a través de los cuales los individuos asumen un poder transformador o mantenedor de la estructuración colonial que caracteriza el campo de la salud. Para dar cuenta de este panorama retomamos la categoría de “intersubjetividades estructuradas”, la cual implica tres presupuestos básicos: 1) existe una estructuración social que influencia las acciones de los individuos; 2) las subjetividades son producto de la interacción del individuo, no sólo con la estructura sino con otros individuos (y sus respectivas subjetividades) y que, por tanto, se convierten en intersubjetividades; 3) La acción del individuo es el resultado de una negociación entre los lineamientos de la estructura y la flexibilidad de sus subjetividades; en tanto tal, las prácticas sociales pueden contribuir ya sea al mantenimiento de la estructura o a su transformación (Abadía & Oviedo, 2008).

Bajo esta perspectiva analizaremos las prácticas terapéuticas de un conjunto de médicos (tanto alopáticos como indígenas), quienes han desarrollado a lo largo de sus trayectorias profesionales un conjunto de subjetividades que les permite ya sea reproducir o cuestionar la configuración colonial del campo médico en el cual se desempeñan. Empezaremos este recorrido con un grupo de médicos alopáticos, con especialidades en diferentes áreas oncológicas, quienes al guiar sus prácticas por la centralidad de lo científico, contribuyen a mantener y reproducir la estructuración social ya descrita. Nos detendremos en el camino en los conocimientos de un conjunto de médicos indígenas, el cual es marginado y desvirtuado por la ciencia occidental moderna pero, sin embargo, acogido por un cada vez mayor número de pacientes. Terminaremos nuestro análisis con un conjunto de médicos que, teniendo una formación alopática, han involucrado conocimientos médicos alternativos e indígenas a sus prácticas curativas.

ii. i Los médicos alopáticos y su concepción de la “buena ciencia”

La invisibilización que existe de la medicina indígena en instituciones oficiales orientadas exclusivamente por los presupuestos de la biomedicina no es indicador de una ausencia de relaciones entre estos dos tipos de medicinas. Es, por el contrario, un factor que nos muestra como estas relaciones están fuertemente determinadas por la colonialidad del saber. Es así como, ni en los centros de formación donde obtuvieron sus títulos profesionales de pregrado y posgrado, ni en las instituciones de salud donde han desempeñado sus funciones como profesionales, el conjunto de médicos alopáticos consultados recibió algún tipo de formación o información sobre sistemas médicos indígenas. Su paso por la academia y las instituciones de salud los han puesto en contacto con diversos colegas que, a través de publicaciones científicas o seminarios especializados han reforzado en ellos la importancia de la evidencia científica en el ejercicio de su profesión.

Sin embargo, la cada vez mayor afluencia de pacientes con cáncer a las medicinas alternativas (y en menor medida a las medicinas indígenas)³⁹ han obligado a los médicos alopáticos a introducir dentro de sus subjetividades las categorías de medicinas alternativas e indígenas. Así lo reconoce uno de los médicos entrevistados,

“Las personas asisten también a las medicinas tradicionales, esta la medicina tradicional china, la medicina ayurvedica, que es la medicina tradicional hindú... están obviamente las medicinas indígenas, chamánicas, o sea, todo lo que se ofrezca fuera de la medicina alopática pues muchos pacientes van y buscan su solución también allá” Entrevista médico paliativista

Por su parte, otro médico afirma,

“Pues hay de todo, hay quienes utilizan homeopatías, hay quienes utilizan esencias florales, hay quienes utilizan terapias de masajes, hay quienes utilizan productos biológicos como derivados de animales: aletas de tiburón, embriones de pato, embriones de pollo, sangre de gallinazo; otros utilizan frutas, entonces los jugos de algunas frutas: que de guanábana, que de mora, que de fresa, de mango, de papaya, de tomate... entonces, pues, hay de todo, lo que uno encuentra es que en esto hay de todo, lo más frecuente de utilizar son los complementos nutricionales, es como que a lo que más recurren las familias de los pacientes que tienen cáncer, pero se utiliza de todo, se utiliza desde complementos nutricionales hasta *cosas exóticas* como tomar sangre de animales como el gallinazo, por ejemplo” Entrevista oncólogo pediátrico.

³⁹ En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología sobre el uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con cáncer se logró establecer que el 73,5 % de los 264 pacientes consultados habían utilizado algunas de estas terapias. De estos, sólo 1 manifestó haber recurrido a la medicina indígena del yagé (Sánchez y Venegas, 2010)

Estos “exóticos” brebajes no se integran a las subjetividades de estos especialistas a través de los canales oficiales de formación académica y profesional sino, por el contrario, a través del relato de los pacientes. Los profesionales de la salud, de esta forma, no entran en contacto con las medicinas alternativas e indígenas a través del establecimiento de un diálogo con especialistas médicos provenientes de otros tipos de medicinas sino a través de la relación médico-paciente, la cual, ya se ha estudiado, está marcada por unas relaciones asimétricas de poder-conocimiento que reivindicaban al médico como el único poseedor de la verdad sobre las realidades biológicas del cuerpo (Lupton, 2012). De esta manera, los conocimientos de tradiciones médicas no científicas se introducen en el bagaje cultural de los médicos alopáticos como aquello en lo que “creen” los “no expertos en temas de salud”.

Si bien los médicos son conscientes de que muchos de sus pacientes acuden a medicinas diferentes a la científica para enfrentar problemas de salud como el cáncer, estos se muestran escépticos ante la efectividad y seguridad de las mismas. Así, aunque en muchos casos no impiden explícitamente al paciente que acuda a estas otras medicinas, si restringen su uso. En un estudio realizado por Broom y Tovey, en el Reino Unido, sobre las respuestas de los oncólogos al uso de medicinas alternativas y complementarias (MAC) por parte de sus pacientes, estos encontraron tres tipos de posiciones: un grupo de especialistas se negó de manera explícita a que sus pacientes consultaran este tipo de medicina; el segundo grupo, aunque no se opuso de manera explícita, utilizó ciertos discursos para deslegitimar este tipo de prácticas (efecto placebo, por ejemplo); por último, un grupo de oncólogos aceptó que sus pacientes consultaran las MAC sólo tras observar que estas habían contribuido a un mejoramiento del estado de su salud (Broom y Tovey, 2007b).

Aunque ninguno de los médicos alopáticos entrevistados sostuvo haber impedido que sus pacientes consultaran otros tipos de medicina, si manifestaron una serie de restricciones y limitaciones ante esta situación. Cuando se les interroga acerca de la utilización de medicinas indígenas en pacientes con cáncer ellos tratan de mostrarse respetuosos, pero si uno ahonda más en este tema se da cuenta que ellos consideran, en la mayoría de los casos, que la “verdad” sobre el cáncer y sus tratamientos la tiene la medicina moderna y que los demás tratamientos no sólo son ineficaces sino que pueden resultar peligrosos para la salud del paciente.

Esta fue la respuesta de algunos de los médicos oncólogos ante la pregunta de si están de acuerdo con que sus pacientes recurran a otro tipo de medicinas,

“Cuando están en radioterapia no me importa mucho porque no tienen alteración de las defensas ni nada, pero cuando están con quimio o con quimio y radioterapia si no me gusta casi que tomen eso porque normalmente son productos que no vienen con todos los aspectos de seguridad que deberían de tener para que se puedan consumir de manera segura, entonces ha habido pacientes que toman sangre de chulo y se infectan porque se la toman cruda y, no sé, el chulo tendría infecciones o alguna cosa y ha habido unos cuantos pacientes que se han infectado por tomar sangre de chulo y han tenido mucha diarrea y se han enfermado mucho, igual por tomar unas matas también les ha pasado algo parecido, entonces son pacientes que tienen las defensas bajitas, que están con vomito y diarrea por el tratamiento y que además se toman eso y *entonces se enferman mucho más durante el tratamiento por andar tomando cosas raras*”. Entrevista oncólogo radioterapeuta

Otro de los médicos afirma,

“...Pero, ¿usted ha escuchado de pacientes que hayan estado con los indígenas, en sus rituales, en sus tratamientos, en busca de una cura para el cáncer?

-Y *vienen a morir acá, claro...* si los pacientes no reciben tratamientos y se van a recibir ese tipo de medicinas se van a morir, el único que se cura es el que no tiene cáncer o el que, habiendo recibido un tratamiento completo de cáncer, va y se pone en manos de ese tipo de medicinas; entonces, claro, ese paciente tiene la posibilidad de que cuando lo comiencen a atender con ese tipo de medicinas ya este curado” Entrevista oncólogo pediatra.

Aunque, como se puede observar en las apreciaciones anteriores, hay una negativa rotunda a que las medicinas indígenas puedan ofrecer un tratamiento efectivo a una enfermedad como el cáncer, algunos médicos alopáticos aseguran que, en razón del efecto placebo, a muchos pacientes se les permite acudir, bajo la estricta vigilancia del especialista biomédico⁴⁰, a tratamientos médicos complementarios que permitan controlar la aparición de ciertos síntomas secundarios producidos por los tratamientos anti-cancerígenos. Es importante resaltar que dentro de esta perspectiva estos otros tipos de medicinas permitirían controlar ciertas sintomatologías más no ofrecer un tratamiento efectivo a la enfermedad como tal (el cáncer).

En la presente investigación proponemos dos razones que, en principio, podrían explicar la desconfianza de los médicos alopáticos hacia los conocimientos y prácticas médicas

⁴⁰ Al respecto, uno de los especialistas nos dice: “no nos oponemos al uso de medicinas complementarias, pero el abandono del tratamiento para cambiarse a unas medicinas alternativas conduce a la muerte, entonces no puede estar de acuerdo con eso” Entrevista oncólogo pediatra.

indígenas. En primer lugar, la marginación de las medicinas alternativas e indígenas de los tratamientos para el cáncer se justifican argumentando que carecen de evidencia científica (Broom y Tovey, 2007a). Así, al consultar a nuestro grupo de médicos alopáticos sobre el por qué consideraban que las medicinas indígenas no podían ofrecer un tratamiento efectivo al cáncer, su respuesta siempre estuvo orientada hacia la carencia de evidencia científica que sustentaran este tipo de prácticas: “no existe registros científicos, no hemos leído ninguna publicación donde aparezcan pacientes curados con cáncer sólo con ese tipo de medicinas” (Entrevista oncólogo pediatra).

Esta idea se ve ratificada por otro de los médicos alopáticos entrevistado,

“El método científico, eso es, porque nosotros... para... hoy por hoy en la medicina nosotros nos basamos, como dice su nombre, medicina basada en la evidencia, o sea, en estudios clínicos, es una diferencia muy grande, nosotros para ejercer hoy por hoy la medicina primero tenemos que tener la evidencia de lo que vamos a hacer si sirve y eso pues lo respalda muchos estudios con muchísimos estudios bien hechos, con todas las características epidemiológicas y el rigor del método y seguimientos; esos otros tipos de medicinas, no sólo indígenas sino alternativas, pues... sobretodo... las alternativas ya hay algunas que ya están haciendo estudios, son pocos pero hay algunos estudios, pero las medicinas indígenas no tengo conocimiento de que tengan eso, entonces esa es la gran diferencia: el método científico” Entrevista médico paliativista

No sólo existe una barrera epistemológica entre la medicina alopática y la medicina indígena, sino también unas barreras étnicas y espaciales. De esta manera, mientras practicada al interior de comunidades indígenas y en sus “respectivos territorios”, las medicinas indígenas cuentan con un respaldo y respeto por parte de la sociedad en general, incluyendo al grupo de médicos alopáticos entrevistados, una vez se les plantea la posibilidad de que esta *medicina* sea aplicada al *enfermo*, sin importar su condición étnica o el lugar geográfico de su ubicación, el tono de la conversación cambia.

“En todas partes se sabe que las comunidades indígenas tienen sus propios sistemas de atención de las enfermedades, eso no es ningún misterio ni es nada oculto, ellos tienen sus propias creencias, sus propios médicos de las comunidades indígenas, tienen sus propios líderes, tienen sus propias estrategias de sanación en sus comunidades” Entrevista oncólogo pediátrico

“...donde hay una población indígena muy grande creo que debe haber una combinación de médicos tradicionales y médicos indígenas, ¿sí?, pero en Bogotá no hay indígenas, entonces no habría forma de combinar, o sea, un médico indígena acá... si yo veo un indígena acá, no sé, cada semana o cada dos semanas, ¿sí?, entonces tener un médico indígena para que atienda un paciente cada dos semanas no tendría sentido y los demás pacientes como no son indígenas no tendrían mucho interés, creo, en que los viera un médico indígena. Así que en Bogotá creo que no

funcionaria, de pronto en otras partes donde haya una población indígena muy grande, en Cauca, en Amazonas, Vaupés, Vichada, de pronto, pero acá no creo” Entrevista oncólogo radioterapeuta

De esta manera, a través de la investigación de campo se encontraron dos razones principales que sustentan la desconfianza y el rechazo de los médicos alopáticos hacia las medicinas indígenas: la distinción epistemológica entre conocimiento científico y otros tipos de conocimientos (míticos, locales, irracionales) y la diferenciación étnica entre indígenas y no indígenas. En el primer caso se aplica la premisa colonial según la cual la ciencia es el único conocimiento válido y verdadero con respecto a las realidades humanas y, en tanto tal, se desconocen y desestiman los conocimientos desarrollados por diversas comunidades indígenas y negras bajo el argumento que representan una “etapa mítica, inferior, premoderna y *precientífica* del conocimiento humano” (Castro-Gómez, 2007 –Subrayado mío). La segunda situación hace referencia a una diferenciación étnica en la cual está presente lo que dentro de la antropología ha sido denominado “isomorfismo cultural” (Restrepo y Rojas, 2010) e “isomorfismo espacial” (Bocarejo, 2011). Desde esta perspectiva se piensa “lo indígena” como un grupo humano con unas características culturales muy particulares integradas al interior de un territorio (indígena) determinado. Esta es la concepción presente en los médicos alopáticos, quienes consideran que la medicina indígena es una práctica que sólo debe ser realizada *por indígenas, para indígenas y al interior de los territorios indígenas*.

En este sentido, las prácticas médicas de nuestro grupo de médicos alopáticos contribuyen a reforzar la estructuración social impulsada por el estado colombiano y sus diversas estructuras objetivas de poder. En primer lugar se reivindica la centralidad de lo científico, la característica principal de la colonialidad del saber (Walsh, 2007). Tanto en las disposiciones institucionales como en la práctica médica de este conjunto de especialistas biomédicos se reivindica a la ciencia como la única garante de que los conocimientos y tratamientos aplicados al cáncer sean seguros y efectivos. Todos los demás conocimientos, esas “matas raras” y “exóticos brebajes”, quedan por fuera de esta matriz médica colonial.

El razonamiento científico, a su vez, sólo puede ser producido por una élite intelectual formada dentro de los parámetros de la universidad moderna. Esta es otra de las barreras que distancian a las medicinas indígenas de la medicina alopática y que tanto la legislación nacional como ciertas prácticas médicas ayudan a reforzar. Se presume que sólo los médicos formados en las metodologías científicas logran posicionarse en un “punto cero” de observación desde

el cual pueden acceder con total objetividad y neutralidad a las realidades biológicas humanas. En este sentido, ellos no sólo se apoderan del “verdadero” conocimiento de la enfermedad, sino que están en la capacidad de juzgar y valorar la eficacia o peligrosidad de otro tipo de conocimientos médicos (Castro-Gómez, 2005).

Dentro de la concepción del mundo atravesada por la colonialidad del saber, en tanto la medicina indígena no es científica y el médico indígena no es un científico formado al interior de las universidades modernas⁴¹, estos conocimientos no tienen ninguna validez y, en esta medida, son excluidos de los espacios institucionales y de las “buenas” prácticas médicas. Ahora bien, dentro de este panorama emerge una paradoja. Tanto la figura del médico indígena como la de los conocimientos tradicionales son completamente respetables mientras sean usados al interior de las comunidades indígenas y entre indígenas. Es así como desde el Estado mismo se crean leyes y programas encaminados a la conservación de los “conocimientos tradicionales”. En este sentido, se perpetua una separación entre lo indígena y lo no indígena que, impulsada por ciertas leyes estatales, consolida una visión “museográfica”⁴² que romantiza y folcloriza la cultura indígena siempre y cuando permanezca aislada e integrada en su “lugar natural” (Bocarejo, 2011).

ii.ii Los médicos indígenas y su apertura al dialogo de saberes.

Los médicos indígenas, por su parte, en sus prácticas médicas entran en constantes diálogos y tensiones con el conocimiento biomédico. Por un lado son conscientes del rechazo con que la ciencia moderna ve sus prácticas, como queda demostrado en las siguientes afirmaciones,

“En relación con nuestra medicina, no entendemos cómo en un principio nos condenaron porque nuestra sabiduría era obra demoníaca y no estaba de acuerdo con el pensamiento cristiano. Siglos después, la ciencia occidental ha dejado de creer en Dios y en las realidades espirituales y ahora nos condenan porque nosotros sí seguimos creyendo” (UMIYAC, 2000)

⁴¹ “La medicina indígena puede ser tan científica como cualquier otra si se considerara lo científico en términos amplios” Entrevista MAI1

⁴² Al respecto, uno de los médicos (MAI3) indica: “...Esas son las incoherencias de... no sólo de eso, la constitución, las leyes que dan a favor de los indígenas. Siempre hay una concepción de esa dimensión cultural como si fuera para un *museo*, pero no como si fuera una realidad que hay que poner a interactuar acá en los sistemas... Está muy bien: hay indígenas, son distintos, llevan a cabo unas prácticas diferentes, pero el sistema de salud es este, entonces ahí están las incoherencias, hay un reconocimiento de esas múltiples culturas pero a la vez la imposición de una sola forma de abordar la política y los sistemas de salud...”

“...la verdad es que hay cosas que se curan con plantas y hay cosas que se curan también con el poder espiritual del remedio, ¿sí?, y desafortunadamente en este mundo tan esquematizado y materializado lo que vale es lo que se puede palpar y lo que se puede escribir. Hay cosas que no son susceptibles de demostración científica entonces ante un juez o ante un tribunal médico, ¿cómo demuestra uno científicamente la cura de una enfermedad espiritual?, no se puede, entonces eso es lo que de pronto esta por establecerse... por eso la medicina no ha querido como aceptar eso y los tribunales médicos y las autoridades de la salud no han querido aceptar eso porque no se ha tenido como la forma científica de pronto de demostrar, así la gente dé el testimonio de que sí se sanó...” Entrevista MI2

La falta de evidencia científica y la creencia de los médicos indígenas en realidades espirituales (la aplicación de conocimientos mágico-religiosos) es reconocida por las mismas autoridades médicas indígenas como la principal barrera que impide un acercamiento entre las medicinas tradicionales y la ciencia occidental. Sin embargo, los MI no están dispuestos a modificar sus conocimientos para adaptarse a un modelo médico pre-establecido y, de esta forma, alcanzar un grado de legitimidad social. Por el contrario, alzan su voz en contra de este modelo para exigir el respeto de sus prácticas médicas tradicionales,

“La ciencia occidental dice que el yagé es una planta alucinógena y afirma que puede ser tóxica o inducir al vicio. Algunos dicen que no tiene ningún poder curativo y que lo que hace es permitir que el indígena influencie la mente de los demás. No aceptamos, bajo ninguna circunstancia, estos juicios de la ciencia occidental. No podemos entender cómo, en tan sólo veinte o treinta años, hacen afirmaciones tan totalmente contrarias a nuestra sabiduría, la cual es producto de cientos de años en los que hemos empleado el yagé con respeto y eficacia” (UMIYAC, 2000)

Como médicos indígenas, también se muestran en desacuerdo con la restricción según la cual su medicina sólo debe ser aplicada al interior de las comunidades indígenas. Consideran que al igual que la ciencia moderna ha podido aportar grandes conocimientos y recursos para el tratamiento de diversas enfermedades que afectan a las comunidades indígenas, ellos también pueden ofrecer alternativas a enfermedades a las cuales la biomedicina no ha encontrado un tratamiento adecuado, sin importar que quien padezca la enfermedad sea indígena o no o se encuentre en un territorio indígena o en una ciudad. Dentro de su percepción,

“... el hecho de ser indígena no quiere decir que uno sea menos humano o más humano, hablando de especie humana, la especie humana es una sola... que todos nuestros cuerpos reaccionan de diferente manera debido de pronto a los hábitos de vida, a la misma, ¿cómo me explico?, a los mismos orígenes de región, a la ubicación geográfica donde uno este, pero es tanto el cáncer en un indígena como en una persona de pueblo, como en una persona de ciudad, la enfermedad va a ser la misma... que en unos se desarrolla más rápido, que en otros se desarrolla más lento y que a

unos los ataca más y a otros los ataca con menos intensidad, de pronto, por sus prácticas de vida que hacen que uno sea más resistente que otros; pero, es que la medicina como tal es natural, y no por el hecho de tener título indígena va a curar al uno y al otro no...” Entrevista MI2

“...podemos hacerlo donde estén los enfermos (ejercicio de la medicina indígena), *donde estén*, puede ser aquí en la ciudad y puede ser en Francia, puede ser en París, puede ser en Estocolmo, en Oslo, en Noruega, no importa, ¿por qué tiene que ser en el contexto de la selva? si es que el asunto es de salud, de sanar la enfermedad, de sanarnos nosotros y el ser humano está en el planeta tierra, en la ciudad, en la selva, donde sea, no puede ser únicamente en la selva...” Entrevista MAI2

Como se expresó anteriormente, los médicos indígenas no descartan la eficacia de los conocimientos médicos occidentales ni desconocen los grandes aportes que estos han hecho al mejoramiento de la salud de la humanidad. En su lugar, considera que un acercamiento respetuoso entre ambas medicinas puede ayudar a fortalecer la salud de las personas,

“Reconocemos y aceptamos que la medicina moderna que ha llegado a nuestras comunidades nos ha traído muchos beneficios. Los médicos occidentales pueden curar algunas enfermedades, incluso muchas que nosotros no somos capaces de resolver. En especial reconocemos su habilidad para la solución de graves problemas de urgencia, la realización de la cirugía y el empleo de muchas drogas para calmar o curar enfermedades. Sin embargo, también nos damos cuenta de que la medicina moderna no es capaz de curar muchas enfermedades. En muchos casos simplemente consigue calmar las dolencias y en otros no puede ofrecer beneficios. Sabemos que la medicina moderna se especializa en el cuerpo, pero se olvida de las cosas invisibles y de los problemas de salud que afectan las relaciones con la naturaleza, los seres humanos y el espíritu” (UMIYAC, 2000)

Este razonamiento se va aplicado en las prácticas terapéuticas de los médicos indígenas, quienes en muchas ocasiones acuden a los servicios de la medicina moderna para complementar sus conocimientos. Así, por ejemplo, en muchos casos es el mismo médico indígena quien les recomienda a sus pacientes acudir a los servicios de urgencias, practicarse ciertas cirugías o realizarse ciertos exámenes diagnósticos (algunas veces para verificar el estado de la enfermedad y en otras para comprobar que la patología ha desaparecido). Es también dicente la integración del lenguaje biomédico a la práctica médica indígena; así, la misma palabra médico indígena, medicina indígena, la utilización de términos como “paciente”, “consultorio”, “medicina” o el reconocimiento de enfermedades “propias” de la medicina moderna: cáncer, diabetes, artritis, gastritis, etc, dan cuenta de los constantes diálogos que, desde su posición marginal, entabla la medicina indígena con los principios y tratamientos de la medicina occidental (Pinzón, Suarez y Garay, 2004; Agudelo, 2013)

Así, mientras la institucionalidad biomédica encuentra en las diferencias que se presentan entre la ciencia médica moderna y el conocimiento médico indígena una fuente de distanciamiento y deslegitimación; los médicos indígenas ven en estas mismas diferencias una razón para entablar un diálogo respetuoso entre tradiciones médicas que, en última instancia, contribuya al mejoramiento de la salud humana.

ii.iii Los médicos alternativos y la integración de los conocimientos médicos.

Si bien en el ámbito institucional la articulación de saberes médicos no ha logrado consolidarse, actualmente son muchos los médicos alopáticos que, por inquietudes personales y de manera particular, han entrado en interacción con conocimientos médicos indígenas que, a su vez, aplican en sus prácticas terapéuticas. Aunque formados dentro de los parámetros de la medicina moderna, la cual otorga prioridad a los conocimientos y tratamientos basados en la evidencia científica, a partir de algunas experiencias intersubjetivas (recomendaciones de amigos, colegas o familiares), este conjunto de MAI establecieron una relación con las medicinas indígenas, primero en calidad de pacientes, luego en calidad de terapeutas. Como pacientes, estos médicos estuvieron durante varios años (entre 8 y 12 años en promedio) bajo la dirección de los médicos indígenas. El primer objetivo de esta continuidad fue sanarse como personas, el segundo aprender acerca del manejo de la enfermedad que tienen los indígenas (entrevista MAI2).

Es de anotar como el acercamiento de médicos alopáticos a las medicinas indígenas en calidad de pacientes invierten muchas de las lógicas de poder que caracterizan a la medicina moderna. En primer lugar se desdibuja la imagen del “experto”. Según Lander (2000), el proyecto de la modernidad que posicionó la razón eurocéntrica como parámetro epistemológico global, está sustentado sobre múltiples separaciones que, entre otras cosas, marca un punto de diferenciación entre la población general y los “expertos”. Estos, a su vez, a través de su paso por la universidad moderna, se instituyen como los poseedores exclusivos de las representaciones verdaderas de la realidad. La figura de “experto en salud” es reservada en las sociedades modernas para los médicos profesionales. En este sentido, no es usual que un grupo de médicos alopáticos renuncien a sus “verdades” médicas y a su posición de “expertos” para ponerse a disposición de un médico indígena, el cual no tiene una formación “profesional” ni ostenta un conocimiento en salud legitimado por la ciencia.

En segundo lugar se presenta una distorsión de la relación médico-paciente. Así, es el médico alopático, el “experto en salud”, “el héroe moderno” (Suarez, 2001), quien se subordina al papel del paciente, con todas las asimetrías de poder-conocimiento que tal rol implica (Lupton, 2010). Mientras tanto el médico indígena, ese “otro” al que se le atribuye que guía sus concepciones y tratamientos de la salud y la enfermedad por creencias erróneas, es quien asume el poder en esta particular interacción médico-paciente. El respeto y la obediencia hacia el “taita”, acompañado de la creencia en que los conocimientos indígenas son válidos (tan válidos como para utilizarlos a favor de la salud propia), son otros de los aspectos que hacen de la interacción entre MI y MAI, cuando estos últimos se encuentran en calidad de pacientes, un punto de inflexión que transgrede las relaciones coloniales establecidas entre la medicina indígena y la medicina alopática.

Ahora bien, como lo determinan las reglas mismas de la medicina indígena, tras un largo proceso de preparación una persona puede pasar de paciente a practicante de la medicina indígena. Este es el caso de dos de los integrantes de nuestro grupo de MAI, quienes hoy en día se encuentran autorizados, por sus “maestros indígenas”, para ejercer el ritual terapéutico del yagé y aplicar otros procedimientos médicos indígenas. De esta forma, al interior de sus consultorios particulares, ubicados en la ciudad de Bogotá, este grupo de médicos articulan en sus prácticas terapéuticas conocimientos y tratamientos provenientes de diversas tradiciones médicas (biomedicina, acupuntura, homeopatía, medicina indígena). Es importante decir, en primer lugar, que para poder incluir en sus prácticas procedimientos diferentes a los biomédicos debieron abandonar el ejercicio de su profesión en ámbitos institucionales y refugiarse en la consulta privada. Aunque ambos médicos empezaron a trabajar en instituciones de salud del Estado (hospitales públicos) la decepción ante algunos procedimientos biomédicos, hacia la práctica de la medicina misma y las limitaciones a las cuales se veían enfrentados como médicos los llevó a buscar y ser receptivos con otras alternativas médicas. Así lo relata uno de los médicos:

“... El médico realmente está muy limitado porque depende en gran parte de las compañías farmacéuticas en su medicación, ¿sí?, y si bien es cierto que hay grandes logros diagnósticos y en tratamiento de medicinas de urgencia, el tratamiento crónico no responde muy bien y la medicina no tiene alma, no se preocupa por el aspecto de la empatía, del acto de sanar por el afecto, por el interés... se ha vuelto muy mecánica la medicina alopática y eso no me satisfacía... entonces me empecé a interesar por la medicina alternativa...” Entrevista MAI1

El “desencanto” hacia la medicina convencional, al igual que el mejoramiento en la salud física, emocional y espiritual que experimentaron como pacientes de las medicinas indígenas, conllevó a este grupo de médicos a abandonar los espacios médicos institucionales, en los cuales se rechazan tajantemente las medicinas no científicas, para continuar, de manera particular el diálogo con especialistas de otras tradiciones médicas. Los MAI resaltan que este diálogo sólo ha sido posible debido a las iniciativas personales de médicos alopáticos e indígenas, pues son inexistentes los canales institucionales que incentiven o posibiliten este tipo de interacciones. Ni en las instituciones de salud, ni en la academia, ni muchos menos en sus colegas médicos (alopáticos) ellos ven un interés por interactuar con medicinas que no estén cubiertas por “el manto sagrado de la ciencia” (Entrevista MAI2).

La inclusión de conocimientos médicos indígenas ha conllevado a que estos médicos replanten sus conocimientos de la enfermedad (definición, causas, síntomas), al igual que algunos procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento (Ver capítulo II). En este punto es importante resaltar dos aspectos: en primer lugar, se acepta que la ciencia es un conocimiento arbitrario y limitado y como tal, no tiene la última palabra ni todas las respuestas a los problemas de salud experimentados por las personas. En este sentido, más que reafirmar, este grupo de profesionales cuestionan la centralidad de lo científico en el campo médico moderno. En segundo lugar, se descentra lo “biológico” como el factor determinante de la enfermedad humana. En su lugar se desarrolla una visión “integral” (en cuanto involucra las tres dimensiones que constituyen al ser humano: física, emocional y espiritual) tanto del individuo como de la enfermedad.

Estos dos factores posibilitan, en esta medida, que un profesional de la salud, sin una especialidad médica en oncología, se sienta en la capacidad de abordar de manera segura y efectiva una enfermedad como el cáncer. Recordemos que si este grupo de médicos, quienes tan sólo poseen el título de médicos cirujanos, hubieran ejercido sus profesiones en el marco meramente alopático hoy en día no estarían “capacitados”, para atender esta enfermedad, la cual es reservada para un grupo muy específico de expertos. Sin embargo, al ampliar su visión de la salud y la enfermedad a partir del encuentro con los conocimientos médicos indígenas, los MAI se han dotado de nuevas herramientas que les permitido construir un tratamiento propio para cada enfermo de cáncer. Así, aunque no hay un protocolo o guía clínica a seguir

en cuanto a cómo debe ser tratada la enfermedad, si hay un conjunto de conocimientos y tratamientos que se despliegan de acuerdo a las necesidades de cada enfermo particular⁴³.

Los cuestionamientos a la medicina moderna, así como su apertura hacia otros tipos de medicinas no implica un abandono total por parte de los MAI de los procedimientos diagnósticos y curativos de la medicina alopática. En muchas ocasiones, estos médicos aplican personalmente procedimientos biomédicos y en otras recomiendan a sus pacientes acudir a los mismos (toma de imágenes diagnósticas y diversos laboratorios, realización de cirugías, etc). Sin embargo, en el caso concreto del cáncer, no hay mucha aceptación de los tratamientos oncológicos alopáticos. Esta es la razón,

“...Los pacientes que vienen, vienen es porque ya no encuentran solución en la medicina alopática, entonces ¿A qué los vuelvo a mandar allá? Es que no los mando porque es que ellos vienen decepcionados de la medicina alopática, decepcionados del especialista, decepcionados del oncólogo, decepcionados de todo eso, entonces ¿A qué yo los voy a remitir? ¿Para qué los voy a devolver? ¿A dónde los voy a devolver?...” Entrevista MAI2

Y es que aunque para un oncólogo sea totalmente inconcebible que un paciente abandone su tratamiento convencional para buscar una solución a la enfermedad en otras formas de medicina, los MAI, por su parte, se sienten en la capacidad de ofrecer un tratamiento a esta enfermedad sin necesidad de usar los “indispensables” tratamientos anticancerígenos. Así, a muchos de los pacientes que llegan con cáncer, los MAI les recomiendan abandonar las quimioterapias y radioterapias, cancelar los procedimientos quirúrgicos y abstenerse de tomar antibióticos (Restrepo, 2013). A cambio le suministran tratamientos con los diferentes procedimientos médicos que tienen a sus disposición, incluyendo las tomas de yagé y la aplicación de remedios elaborados con base en plantas medicinales.

Este último ejercicio va en completa contravía con la estructuración social presente en el campo de la salud. Por un lado, se desconoce la valoración científica de la enfermedad y el diagnóstico de quien, incluso por ley, es el único autorizado para tratar al enfermo de cáncer (el especialista en oncología). De esta manera, se desplaza a la ciencia y al “experto” de aquel “punto cero” desde el cual estaría en la capacidad de producir una “verdad” última sobre las enfermedades humanas. Ahora es el MAI quien desde unos conocimientos médicos propios

⁴³ Según uno de los MAI entrevistados no existen enfermedades sino enfermos. Fragmento del diario de campo. Terapia grupal con MAI1.

evalúa la pertinencia o no de la ciencia y los beneficios o la peligrosidad que el tratamiento biomédico puede tener en la salud del paciente. Es así como la relación colonial se invierte, la ciencia pasa de ser juez a ser juzgada a partir de un conjunto de conocimientos “no científicos”.

La práctica de los MAI va más allá de la inclusión de diferentes conocimientos médicos indígenas en sus servicios terapéuticos. Ellos han establecido unos canales de comunicación que les permite remitir (no a través de medios oficiales sino solamente mediante una recomendación verbal) a algunos pacientes a donde el médico indígena o, incluso, tratarlos en conjunto. Según el testimonio de uno de los MAI entrevistados, el médico indígena con el que ha hecho su proceso de aprendizaje lo visita aproximadamente una vez al mes; en estas ocasiones realizan sesiones conjuntas de yagé en las cuales comparten opiniones sobre la enfermedad de los pacientes y los posibles caminos de sanación. Por su parte, otro de los MAI manifiesta que a los pacientes con brujería o malas influencias siempre les recomienda visitar directamente al médico indígena.

Que un médico alopático utilice el yagé como un mecanismo terapéutico o diagnostique a uno de sus pacientes con brujería, constituyen realidades que se salen de la matriz colonial que erige “lo científico” como modelo único de conocimiento y de verdad. En esta dirección, mediante algunas de sus prácticas los MAI se enfrentan a la estructuración social vigente, atravesada por la colonialidad del saber, contribuyendo de esta forma a una ampliación del espectro cognoscitivo en el campo de la salud a través de un proceso que ha sido llamado *transculturización del conocimiento* (Castro-Gómez, 2007)⁴⁴. Así, tanto los conocimientos de la ciencia como los saberes de la medicina indígena (dos tipos de conocimientos provenientes de culturas diferentes) entablan un diálogo que luego se ve reflejado en las prácticas terapéuticas de un conjunto de médicos.

De esta forma, tanto los conocimientos médicos desarrollados por la ciencia como los presentados por la medicina indígena son puestos en una misma balanza. Se reconocen de ambos tanto sus aciertos como sus limitaciones y se utiliza esta información en beneficio del

⁴⁴ Este concepto hace referencia a la integración de diferentes formas culturales de conocimiento a través de un diálogo de saberes (Castro-Gómez, 2007)

paciente: “Para algunas enfermedades son muy benéficos los remedios indígenas mientras para otros casos, piense por ejemplo en una apendicitis en donde es indispensable la aparición de la medicina convencional” (Entrevista MAI). De esta manera, y tal como lo resaltan en varias ocasiones los autores que defienden la teoría decolonial, denunciar el “ego” de la ciencia occidental o desnaturalizar la creencia en la superioridad de este conocimiento, no implica desechar su validez. La idea es, por su parte, resaltar que no se trata de *el conocimiento*, sino de *un tipo de conocimiento más* dentro de un amplio espectro de formas particulares de entender y organizar el mundo (Castro-Gómez, 2007).

Al iniciar este capítulo enunciamos que dos eran los objetivos del mismo. En primer lugar se puso en evidencia como tanto la legislación nacional como las diversas instituciones de salud del Estado están atravesadas por una matriz colonial que sólo reconoce y valida los conocimientos científicos. De esta manera, se contribuye a la invisibilización y deslegitimación de otros tipos de saberes médicos (entre ellos los indígenas) existentes en nuestras sociedades. Como segundo punto se planteó que la existencia de una estructura social de carácter colonial influencia pero no determina el accionar de los individuos, quienes a través de sus prácticas están en la capacidad tanto de reproducir como de transformar dicha estructura. Con esta idea en mente nos propusimos analizar las prácticas terapéuticas de tres grupos de médicos (MA, MI, MAI).

Los MA contribuyen con sus prácticas a reproducir los presupuestos según los cuales la ciencia es el único tipo de saber que puede brindar herramientas conceptuales y terapéuticas eficaces y seguras para dar un tratamiento integral al paciente con cáncer. Ahora bien, este grupo de médicos no sólo reafirman la centralidad de lo científico en el campo médico sino que se muestran escépticos ante la utilización de otro tipo de medicinas (las cuales tildan de peligrosas, aún sin conocer en profundidad como funcionan). Los MI y los MAI, por su parte, aunque no desconocen el valor de la ciencia, integran dentro de sus concepciones de salud y enfermedad conocimientos usualmente catalogados como mágico-religiosos o pre-científicos. De esta manera, con sus prácticas no sólo transgreden los lineamientos de la estructuración social sino que contribuyen a su transformación, en la medida en que imponen unas lógicas propias a la hora de abordar los procesos de salud y enfermedad.

Capítulo IV. El cáncer de la salud: conocimientos médicos, colonialidad y neoliberalismo

“Alrededor de los tratamientos oncológicos se ha construido una maraña de intereses donde no se tiene en cuenta al más importante: el paciente”
Carlos Castro, Liga contra el cáncer.

El cáncer es una enfermedad que, desde el momento de su diagnóstico, genera “grandes impactos psicosociales y económicos en la calidad de vida del paciente y de su familia” (Suárez, Wiesner, González, Cortés y Shinchí, 2004). De esta forma, el dolor y sufrimiento de los 14, 7 millones de enfermos de cáncer que se esperan para el año 2020 (INC, 2012), debe ser multiplicado por el de millones de familias que estarán acompañando a sus seres queridos a lo largo de esta enfermedad. Ahora bien, y aunque resulte paradójico, el sufrimiento de este gran número de personas alrededor del mundo, representa miles de millones de dólares en ganancias tanto para las empresas prestadoras de salud como para las grandes industrias farmacéuticas⁴⁵. Esto último en el marco del actual modelo neoliberal de salud, que ha convertido la enfermedad en un negocio y el paciente en un cliente (Abadía, Cortés, Fino, García, Oviedo & Pinilla, 2007).

El objetivo de este capítulo es demostrar como las relaciones que se establecen entre la medicina indígena y la medicina alopática no sólo están atravesadas por una matriz ideológica colonial sino como también existen grandes intereses económicos que alimentan las asimetrías presentes entre la medicina científica y otro tipo de saberes médicos. A continuación se argumentará con más detalle este postulado.

i. Del derecho a la salud a la salud como negocio

Durante la década de los 70s empezó a gestarse lo que muchos autores han denominado el modelo político-económico neoliberal⁴⁶. Dicho modelo, impulsado desde Estados Unidos, no tardaría en extenderse a las demás regiones del mundo a través de las “instituciones globales” creadas a partir de la segunda guerra mundial (Organización de las

⁴⁵ Entrevista Investigador clínico.

⁴⁶ Harvey (2005) define el neoliberalismo como “una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privadas fuertes, mercados libres y libertad de comercio” p. 6

Naciones Unidas -ONU, Banco Mundial -BM y Fondo Monetario Internacional -FMI), las cuales “pasaron de promover el bienestar y los derechos humanos a promover la riqueza de las empresas privadas” (Ugalde & Homedes, 2008: 4). De esta forma, en 1993 el BM emitió unos lineamientos en los cuales incentivaba a los países en desarrollo a “modernizar” sus sistemas de salud. Para esto, se recomendaba a los Estados incluir a la empresa privada en la administración de los servicios de salud e impulsar políticas basadas en los principios de la economía y la rentabilidad (Riveros & Amado, 2012).

Bajo estos presupuestos se consolidaron los actuales sistemas de salud, conocidos como “sistemas de aseguramiento basados en la medicina del mercado” o como “atención gerenciada en salud” (Abadía, Cortés, Fino, García, Oviedo & Pinilla, 2007), los cuales se caracterizan por la privatización de los servicios de salud y la implementación de las lógicas de mercado en el manejo de los mismos (Ugalde & Homedes, 2008). Este modelo tomó forma en Colombia con la expedición de la ley 100 de 1993, con la cual se creó el Sistema de Seguridad Social vigente en nuestro país. Varias fueron las transformaciones que se produjeron en el campo de los servicios de salud a partir de este momento.

En primer lugar, y tal como lo recomendó el BM, la administración del sistema de salud pasó de ser responsabilidad del Estado a estar en manos de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), empresas privadas que funcionan bajo las lógicas del mercado. Las EPS, a su vez, contratan a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las cuales, tras numerosos trámites administrativos y burocráticos, son las encargadas de prestar los servicios de salud a los afiliados al régimen (Abadía & Oviedo, 2008). Por otro lado, el Estado se desentendió del financiamiento de los hospitales públicos, los cuales pasaron a ser empresas sociales del estado (ESE), esto con “la idea de que los hospitales desarrollen características empresariales que les permitan competir en el mercado” (García, 2007: 145). Desde esta óptica neoliberal, el usuario de los servicios de salud ya no es visto como un ciudadano con derechos sino como un consumidor al cual se le debe dar una atención proporcional a su capacidad de pago (García, 2007).

Ahora bien, ¿Cuál es el papel que juegan los médicos en el marco de este sistema? Actualmente los médicos trabajan para empresas que se rigen por los principios de la economía y la rentabilidad (García, 2007). Así lo reconoce con preocupación la Academia Nacional de

Medicina, según la cual “la ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no definida ética corporativa, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal” (Patiño, 2005: 174). Así las cosas, en el marco del actual sistema de salud, los médicos pasan a ser funcionarios de una empresa encaminada a prestar una rentabilidad económica, aún en detrimento de principios como la salud y el bienestar de los pacientes.

Esto se ve ejemplificado en los casos en que el criterio médico del especialista se ve alterado por criterios económicos, es decir, en las situaciones en que de acuerdo al conocimiento biomédico un paciente necesita ciertos diagnósticos, medicamentos o tratamientos que, al no ser convenientes desde el punto de vista económico se convierten en “facturas rechazadas” o “procedimientos no autorizados” (García, 2007). Es aún más dicente la manera como la autonomía médica se ve restringida en el marco del actual sistema de salud. Según un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2007, las instituciones de salud restringen la actividad terapéutica de los médicos con el fin de ahorrar gastos y aumentar sus ganancias económicas.

Muchas instituciones de salud informan a los médicos abiertamente sobre los tiempos de consulta, así como sobre los exámenes de laboratorio, medicamentos, imágenes diagnósticas, remisión a especialistas y cirugías que pueden o no pueden incluir en sus diagnósticos médicos -esto sobre la base de un principio económico e independientemente de que desde el punto de vista médico se requiera (Defensoría del Pueblo, 2007). La mamografía, por ejemplo, que es el examen que permite detectar y controlar a tiempo el cáncer de mama, es uno de los procedimientos sobre los que pesan este tipo de restricciones (Defensoría del Pueblo, 2007). Según lo manifestado por algunos médicos, “en reuniones mensuales se les mide el gasto generado por los servicios ordenados y se les recomienda no sobrepasar de los parámetros presupuestales establecidos por las entidades. Adicionalmente, manifiestan ser víctimas de intimidaciones tales como amenazas de despido, cambios de horario o desmejora en salarios” (Defensoría del Pueblo, 2007: 62)

Por último, es importante resaltar el papel que cumple el conocimiento médico alopático en el marco del actual sistema de salud. La ciencia biomédica es el capital intelectual de la medicina oficial (Patiño, 2005), y esto parece ser así no sólo porque hay una matriz

colonial que deslegitima e invisibiliza los conocimientos afrodescendientes e indígenas y posiciona la razón eurocentrada como parámetro para entender las realidades sociales (Walsh, 2007), sino también porque el conocimiento científico se acomoda a los requerimientos económicos del actual modelo neoliberal (Lander, 2008). Así, por ejemplo, no resultaría rentable económicamente tener dentro del sistema de salud a un médico que, influenciado por el conocimiento médico homeopático, necesite de una a dos horas de consulta para elaborar la patobiografía del paciente, tampoco sería oportuno contratar a un médico indígena que recete a los pacientes remedios elaborados con plantas medicinales que puede encontrar en el jardín de su casa en lugar de recetar los medicamentos de las empresas farmacéuticas que ofrecen incentivos económicos a médicos e instituciones de salud. Como se puede observar, el monopolio del conocimiento biomédico sobre otros saberes médicos representa grandes ganancias económicas para los actuales sistemas gerenciados de atención en salud⁴⁷.

A continuación nos detendremos con más detalle en la relación existente entre la ciencia y los intereses económicos que rigen el mercado de la salud. Para ello nos concentraremos en la influencia que ejercen las grandes empresas farmacéuticas sobre las comunidades científicas mediante la financiación y el posterior control sobre la divulgación de las investigaciones. Así, mientras el conocimiento científico que se corresponde con los intereses de esta gran industria recibe todo tipo de reconocimientos en las más prestigiosas revistas especializadas, además de contar con un alto nivel de difusión; otros tipos de conocimientos son opacados y deslegitimados bajo el auspicio de esta misma industria.

ii. La objetividad enferma: Ciencia e industria farmacéutica

La ciencia, como conocimiento neutro y objetivo, ha sido centro de fuertes cuestionamientos en los últimos años. El más reciente de estos se origina en el marco del actual modelo neoliberal y su creciente influencia sobre todas las esferas del mundo social, incluyendo el académico. Las nuevas relaciones entre la ciencia y el mercado han dejado en entredicho los principios de objetividad y neutralidad de este tipo de conocimiento y han dado

⁴⁷ Ante la creciente demanda por las medicinas alternativas, países como Estados Unidos han incluido algunas de estas prácticas dentro de su sistema de salud. Sin embargo, autores como Baer (2002) han criticado estas iniciativas argumentando que se trata de una estrategia de coacción de las medicinas alternativas por parte del capitalismo.

origen a interrogantes sobre la influencia de los intereses económicos en la investigación y los descubrimientos científicos.

La privatización de diferentes ámbitos sociales producto de la lógica neoliberal, produjo una reducción de la inversión pública en la investigación científica. Este hecho aumentó el capital privado invertido en tal fin; de este modo, la actividad científica de muchos investigadores y centros universitarios pasó a ser financiada por grandes empresas privadas. Mientras al principio los académicos que decidían involucrarse con la empresa privada eran objeto de grandes cuestionamientos por parte de sus colegas, “quienes consideraban que habían severos conflictos de interés entre la persecución desinteresada de la verdad y la búsqueda de resultados directamente rentables” (Lander, 2008); con el tiempo, esta relación (investigador-empresa privada) se volvió éticamente aceptable. De esta manera, actualmente los científicos más distinguidos y las universidades más prestigiosas son aquellas que reciben grandes donaciones y patrocinios por parte de la empresa privada (Lander: 2008)

Según Lander (2008) las ciencias biológicas y biomédicas constituyen un ámbito privilegiado para el estudio del “nuevo paradigma de la producción científica” basado en las leyes del mercado. Así, por ejemplo, tenemos que las grandes industrias farmacéuticas son las principales patrocinadoras de los estudios científicos y tecnológicos en el campo de la medicina. De esta manera, varios estudios (Stelfox, 1998; Bekelman, 2003 & Lexchin, 2003) han documentado la estrecha relación que existe “entre el patrocinio de las empresas farmacéuticas y las opiniones favorables de los autores sobre la seguridad de sus medicamentos” (Lander, 2008). Se ha podido evidenciar, además, que muchas empresas farmacéuticas firman contratos con los investigadores en los cuales se establece, por un lado, la confidencialidad con respecto a la información y, por otro lado, el derecho de la empresa a decidir si los resultados de la investigación pueden o no ser publicados.

La interferencia de la empresa privada en el campo académico amenaza fuertemente la objetividad de la ciencia. En este sentido, la asociación ciencia/verdad, ciencia/bienestar social está siendo utilizado por la empresa privada para, a través de la manipulación del conocimiento científico, maximizar sus ingresos económicos. Así, bajo la premisa de que constituyen medicamentos y tecnologías médicas creadas con base en las investigaciones científicas de las elites académicas de las principales universidades del mundo, millones de medicamentos son

puestos a disposición de médicos y pacientes sin que se conozcan, en muchos casos, los efectos secundarios o perjuicios que estos puedan traer a la salud humana (Angell, 2006).

En este caso, nuevamente, parece que la salud y el bienestar del paciente quedan subordinados ante los intereses económicos de las grandes compañías farmacéuticas. El caso del cáncer, nuevamente, nos representa una rica fuente de análisis. Según uno de los investigadores del INC, actualmente la actividad médica (diagnóstico y tratamiento de las enfermedades) se encuentra controlada por los intereses de grandes empresas farmacéuticas que privilegian la rentabilidad económica sobre la salud del paciente. Así,

“...Aunque no lo creas eso no importa mucho (la calidad de vida del paciente), lo que pesa más es que se venda un producto que sale carísimo, o sea, hay un sistema de transnacionales gigantesco detrás de esto para vender unos fármacos que son supremamente caros. Hay tratamientos que tú tienes que tomarte tres pepas al día y cada pepita te vale un millón de pesos, cosas así, o sea, son tratamientos muy, muy... y no sólo la pepita, es la otra que controla las nauseas y el vómito que también son súper caras y es la otra que entonces mejora la respuesta de la médula para que no allá una leucopenia, ¡carísima! O sea, estos pacientes (de cáncer) son muy costosos y al ser muy costosos pues esos son recursos que alguien se está beneficiando, entonces la calidad de vida realmente no vende...” Entrevista investigador clínico

Pese a las reconocidas limitaciones que ofrecen los tratamientos alopáticos modernos a una enfermedad como el cáncer (ver capítulo II), a millones de pacientes alrededor del mundo se les siguen aplicando estas medicinas bajo el argumento de que “científicamente” son las únicas seguras y eficaces para tratar esta enfermedad. Se ignora, en este sentido, que la industria farmacéutica, no sólo se las ingenia para hacer pasar por “científico” aquello que le genera rentabilidad económica, sino que también se encarga de invisibilizar y deslegitimar otro tipo de saberes médicos cuya implementación, al no estar sometida a su monopolio, podría representarle pérdidas económicas.

Según Li Chuan Chen, investigador en el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos entre 1991 y 1997, el “NCI (Instituto Nacional del Cáncer) o la entidad oficial asignada para probar una terapia alternativa contra el cáncer, siempre alteran los protocolos para provocar que falle y así desacreditar la terapia alternativa” (Upharsin, 2012). Esta opinión es avalada por casi todos los médicos (tanto alopáticos como indígenas) consultados durante la presente investigación,

“...Existen unas multinacionales que producen una gran cantidad de medicamentos a unos costos muy elevados y tener pacientes con cáncer y diagnosticarlos, digamos, es para ellos una ganancia, eso es convertir los pacientes en dólares o en euros, entonces todo esto... todo este sistema les da

unas ganancias muy grandes, muy extraordinarias a las multinacionales que producen los medicamentos, entonces si sumercé buscara cuántos pacientes, en la población colombiana, cuántos pacientes están siendo tratados con quimioterapia y radioterapia y cuanto es el costo va a ver que esos son miles de millones de dólares y entonces detrás de esto hay un poder económico que necesita mantener todo eso y decirle a la gente que es la única posibilidad que existe y que es científica y que es estudiada y que le tienen todo, todo lo tienen, y lógicamente gastan mucha plata en hacer estadísticas, en pagarle a una gran cantidad de personas: estadísticos, científicos de laboratorio, para poder sustentar y decir que es efectivo y que eso es válido, pero si también va al otro lado de las estadísticas de cuantos pacientes viven eso no existe. Entonces realmente la gente acude a eso porque son unas relaciones de poder y la industria farmacéutica que gana miles de millones de dólares, entonces ellos están empeñados en que este tipo de medicinas, que son demasiado económicas, que nos les representan para ellos ganancias no puedan prosperar, es más, pagan a científicos para que escriban en las revistas de alta credibilidad, en los *Journals*, para que escriban que lo peor que puede ocurrir en la medicina es que haya una medicina que no es científica como la homeopatía o la acupuntura o la terapia neural y de diferentes tipos de terapias, y *menos* (hace un énfasis especial en esta palabra) del yagé, de eso si no se atreven a hablar y menos... porque eso ya está en el campo de la magia, de la brujería y eso para ellos no puede existir porque qué sería si verdaderamente se curaran, entonces para ellos, ¿dónde estaría la validez de ellos y la cantidad de millones de dólares que invierten en eso y la cantidad de millones que ganan? Sería un descalabro, realmente el problema es un problema de billete...” Entrevista MAI2

Los médicos indígenas, en la misma dirección, argumentan que a las grandes empresas farmacéuticas que actualmente mueve el campo de la investigación científica, no les conviene que las medicinas indígenas sean reconocidas como un saber médico válido,

“... Las mismas empresas no quieren que los indios practiquen su medicina libremente porque eso tiene un peso, para ellos es como la piedra del zapato que más duele, ¿sí?, la quieren sacar y la quieren sacar, ¿por qué razón?, porque la economía de ellos va para... se, se va para abajo. Entonces por eso las farmaceutas grandes norteamericanas a ellos no les conviene que usted se cure con una plantica porque allá se quedará eso, todo lo fármaco quedaría por allá, entonces la gente diría... Bueno, digamos que el yanten, o digamos la albahaca, ellos tienen hartas propiedades para sanar, ¿sí?, ellos curan llagas, úlceras, ¿sí? La albahaca sirve para la vista, para el vómito y es un elemento muy noble que ayuda, para muchas enfermedades se aplican esos remedios... Entonces, eso vale ¿qué?, usted puede ir a conseguir con 500 pesos se puede hacer usted un tratamiento, y si usted ya la conoce ya usted en el patio de alguna casa lo hay, usted va y la coge y se la toma y se curó, entonces ya no fue a comprar el analgésico o no pasó por donde el médico y por todo lo clínico que ellos hacen, entonces se pensaría de que de pronto nosotros seríamos como... no aportaríamos para la economía de ellos, sino estamos en contra la economía de las empresas y eso hace de que tanto se hable mal de las plantas medicinales...” Entrevista MI1

Según Shiva (2001), actualmente la validez del conocimiento científico no está dada por su objetividad y neutralidad, ni mucho menos por el grado de bienestar que pueda presentar a la sociedad; por el contrario, sólo es reconocido y legitimado en la medida en que se pone al servicio de la acumulación de capital. Así, mientras como conocimiento tradicional, patrimonio

colectivo de los pueblos indígenas de la amazonia colombiana, el conocimiento médico yagecero es invisibilizado dentro del panorama de salud colombiano, no son pocos los miles de millones de dólares que gana anualmente la industria farmacéutica por la comercialización de medicamentos elaborados con base a las plantas medicinales y a los conocimientos otorgados, paradójicamente, por las autoridades médicas tradicionales⁴⁸ (Shiva, 2001).

De la misma forma, mientras para algunos científicos modernos (médicos, psicólogos, antropólogos...) los rituales de yagé no son más que componentes “folkloricos” de la cosmogonía y *las creencias* de ciertas comunidades indígenas que, por fuera de su “contexto tradicional” pueden resultar peligrosos; en 1986, el dueño de un laboratorio farmacéutico patentó ante la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los Estados Unidos “una nueva variedad de yagé”, a la cual le atribuyó “propiedades curativas para enfermedades mentales, antisépticas, antibacterianas y para el mal de Parkinson” (Malaver, 1999).

iii. Los conocimientos colectivos en la era de la propiedad intelectual

“A ver mijo, regale al gringuito un poquito de yagé de la chagra” (Malaver, 1999). Con estas palabras, un taita secoya de las selvas del Ecuador, ordenó a su hijo regalarle un bejuco de yagé al norteamericano Loren Miller, quien una vez en California lo registró ante la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los Estados Unidos. Bajo los principios de que constituía un “descubrimiento” novedoso, innovador y con una aplicabilidad en la industria de la salud, dicha oficina le otorgó a Miller los derechos de propiedad intelectual sobre esta “nueva variedad de yagé” en el año 1986. Cuando en 1996, es decir, 10 años después, las comunidades indígenas de la amazonia se enteraron de que sus plantas medicinales y conocimientos tradicionales habían sido expropiados por parte de un ciudadano estadounidense, iniciaron una dura batalla legal para que la patente fuera revocada.

Fue así como en 1999 la COICA (Coordinadora de la Organización Indígena de la Cuenca Amazónica) interpuso un recurso legal en cual solicitaba a la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los Estados Unidos la suspensión de la patente otorgada a Miller. Ese mismo años, efectivamente, dicha oficina decidió suspender la patente “por cuanto la presentada como “nueva variedad de yagé” había sido descrita antes en el Herbario de la

⁴⁸ “La utilización de conocimientos tradicionales se afirma que aumenta la eficacia en la determinación de las aplicaciones medicinales de una planta en más de un 400 por ciento” (Shiva, 2001: 99)

Universidad de Michigan”⁴⁹ (Gómez-Lee, 2005: 174). Sin embargo, el ciudadano Loren Miller apeló la decisión argumentando que había cumplido con los tres requerimientos de patentabilidad (novedad, innovación y aplicabilidad industrial), por lo que la oficina de patentes le devolvió los derechos de propiedad intelectual sobre el yagé (Gómez-Lee, 2005).

En este punto valdría la pena preguntarnos, ¿Cuál es la diferencia entre el yagé utilizado en los rituales indígenas (el cual, incluso, ha sido catalogado de tóxico por la ciencia occidental⁵⁰) y el yagé patentado por el farmaceuta norteamericano Loren Miller (al cual se le atribuyen tantos beneficios terapéuticos)? La respuesta a esta pregunta está marcada por la matriz colonial establecida entre el no-conocimiento de los “otros” y el conocimiento de “nosotros”, atravesada, a su vez, por un factor de rentabilidad económica. Así, el yagé, como parte del conocimiento médico tradicional colectivo, comunitario y transmitido oralmente de generación en generación, es marginado de los círculos académicos y rechazado por los científicos occidentales por constituir una forma no-científica de medicina. En el segundo caso el yagé, como parte de un sistema de conocimiento privado y potencialmente rentable es reconocido como una planta con grandes beneficios para la salud.

Para autores como Lander (2001) y Shiva (2001), los Derechos de Propiedad Intelectual y el sistema de patentes aprobados en el acuerdo sobre TRIPs (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights), constituyen el mecanismo más radical de colonización del conocimiento dentro del actual panorama global. En este sentido, mientras por un lado se marginan e invisibilizan los conocimientos tradicionales, por otro lado son expropiados y explotados económicamente.

“Al definirse unas modalidades históricamente específicas de conocimiento (las occidentales) como conocimiento objetivo y universal, conocimiento digno de protección mediante los derechos de la propiedad privada intelectual, y los otros conocimientos como no-conocimientos,

⁴⁹ “Según la legislación sobre propiedad intelectual de los Estados Unidos, un invento o descubrimiento no puede ser patentado si ha sido previamente publicado en un medio científico en cualquier país, mínimo un año antes de la fecha en que se haya hecho la aplicación para la patente” (Cajigas, 2007: 181)

⁵⁰ En el año 2008, la entonces subdirectora de medicamentos del INVIMA, Martha Cecilia Rodríguez, aseguró ante los medios de comunicación lo siguiente: “Diversos y peligrosos son los efectos que tiene el Yagé, una sustancia indígena que se vende libremente en Colombia y que no tiene ninguna certificación estatal que garantice su calidad” <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/invima-emite-alerta-por-efectos-peligrosos-del-yage-por-su-alto-contenido-de-alcaloides/20080226/nota/554652.aspx>

se permite simultáneamente la apropiación (pillaje o piratería) del conocimiento de los otros” (Lander, 2001:1)

De esta manera, la usurpación del conocimiento indígena por parte de particulares y la descontextualización del mismo de sus usos tradicionales es actualmente permitido en el marco de lo que fue denominado en las TRIPs, “asuntos relacionados con el comercio” (Lander, 2001). Bajo esta lógica, poca importancia tiene un conocimiento que, a lo largo de sucesivas generaciones, les ha permitido a las comunidades indígenas resolver sus problemas de alimentación, salud... pues este no representa ninguna rentabilidad económica para las grandes industrias de la salud. Ahora bien, una vez expropiado y adjudicado a una persona o a una compañía privada este conocimiento se revaloriza (económica, social y científicamente) (Shiva, 2001).

La apropiación de los recursos biológicos y del conocimiento de los pueblos campesinos e indígenas por parte de transnacionales biotecnológicas para su posterior explotación económica ha sido catalogado bajo el rotulo de biopiratería. Mediante la biopiratería, el saber y los recursos naturales le son arrebatados “a sus custodios y donantes originarios” (Shiva, 2001), para pasar a convertirse en propiedad de las grandes compañías transnacionales, las cuales las convierten en miles de millones de dólares⁵¹.

Las comunidades indígenas y médicos tradicionales no son ajenos a estos procesos globales de estructuración social. No sólo son conscientes del problema, como lo evidencia el siguiente testimonio,

“...Desde el año 40 ya nos vinieron a saquear el conocimiento de nuestros abuelos, se lo llevaron los norteamericanos para allá, todo regalado, ¿sí?, pues se llevó todo. Ahorita eso son las farma... hoy eso representa empresas grandes y que eso nosotros nunca hemos reclamado, ¿sí?, porque se llevaron demasiado, demasiado plantas de acá y semillas con fórmulas y allá ellos con la tecnología, el conocimiento de ellos lo pasaron a una inyección, a jarabes y a pastillas, desde el años 40 más o menos comenzó eso y aquí, aquí, eso ya está reconocido por ellos y ellos están dando un impuesto, hay plata que mandan de allá por eso, por esas plantas que se llevaron de acá, está reconocido, pero el Estado a los indios no les reconoce eso...” Entrevista MI1

Sino que han agenciado procesos de resistencia en los cuales han manifestado su posición con respecto a la amenaza que representa, para la biodiversidad ecológica y

⁵¹ “Organismos como la Interpol calculan que la biopiratería mundial mueve más de 22 mil millones de dólares al año (58% en fauna y 42% en flora y madera)” (Grupo Semillas, 2008)

epistemológica del mundo, la implantación del régimen de la propiedad intelectual. Así, en una reunión de pueblos indígenas realizada en Seattle en 1999, quedó plasmada la preocupación de las comunidades indígenas por la manera como los TRIPs promueven el robo y expropiación de los saberes y recursos locales y se exigió a la OMS realizar una revisión de los “acuerdos a fin de abordar todas las injusticias y desequilibrios que afectan adversamente a los pueblos indígenas” (Lander, 2001). Sin embargo, el proceso más marcado de resistencia es el realizado por los médicos indígenas en sus prácticas cotidianas, ya que pese a la invisibilidad jurídica, epistemológica e institucional y a los intereses económicos que la promueven, siguen conquistando nuevas latitudes con su “medicina” y con la aplicación de un conocimiento libre, comunitario y puesto al servicio de la sociedad. (Entrevista MI).

Cuando Miller patentó el yagé argumentó que esta planta medicinal podía tener grandes beneficios medicinales para pacientes con cáncer. Sin embargo, para las políticas de salud financiadas desde el estado y elaboradas por los más capacitados científicos del país este ni siquiera es un tema a considerar. El Estado y las estructuras que lo conforman sólo avalan conceptos y metodologías médicas que posean el status de “científicas”. Sin embargo, tal y como se presentó en este capítulo, lo científico no es equivalente a una representación objetiva y verdadera de la realidad. Por su parte, constituye una construcción social ligada a los “intereses de actores particulares situados en un contexto socio-histórico determinado, que por su capital político, económico o simbólico, logran imponer sus lógicas sobre otras posibilidades” (García, 2007: 144)

Por su carácter hegemónico y por las múltiples desigualdades económicas, sociales y políticas que se han desencadenado a partir de la instauración del conocimiento científico/occidental como eje a partir del cual puede ser comprendido el mundo, este tipo de conocimiento ha sido objeto de numerosas críticas (individualista, discriminador, mercantilizado); sin embargo, no podemos desconocer que han sido mucho los aportes que la ciencia ha realizado para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Decir que es un *conocimiento más* y no *el conocimiento*, no tiene como objetivo deslegitimar ni desechar los aportes de la ciencia al campo de la salud humana, sino contribuir a una comprensión más amplia de la diversidad cognoscitiva desde una perspectiva simétrica (Bloor, 1998)

El propósito tampoco es esencializar los conocimientos tradicionales y presentarlos como saberes “puros” e “incontaminados”. Por el contrario, son también construcciones sociales que están en estrecha relación con intereses políticos y económicos de actores situados en un contexto socio-histórico determinado. Así, por ejemplo, diversos estudios han evidenciado como los conocimientos médicos tradicionales no han sido ajenos al proceso de mercantilización al que asistimos en el contexto de la globalización neoliberal. De esta manera, actualmente se han establecido crecientes “mercados espirituales” alrededor de las prácticas terapéuticas indígenas, que buscan explotar económicamente el imaginario colonial del “buen salvaje” y el “nativo ecológico” (Cajigas, 2007; Caicedo, 2009; Páez, 2011).

Al ser conocimientos construidos socialmente, tanto la ciencia como la sabiduría indígena constituyen saberes médicos tan válidos y legítimos como arbitrarios y limitados. No obstante, no se puede desconocer la matriz colonial (integrada por unas estructuras objetivas y unas subjetividades particulares), así como los grandes *intereses económicos* que la sostienen, que atraviesa las relaciones entabladas entre estos dos tipos de conocimientos, tanto en el ámbito institucional como en el ámbito de las prácticas médicas.

Conclusiones

*“Hay quienes piensan que a uno aquí no se le puede ocurrir nada,
de la misma manera que a los antropólogos se nos ocurre
que a los indios no se les ocurre nada”
(Vasco, 2007:25)*

A lo largo de esta investigación he intentado demostrar que las relaciones que se establecen entre la medicina alopática y la medicina indígena están atravesadas por la colonialidad del saber. Si bien hay intereses particulares por parte de algunos médicos alopáticos e indígenas en establecer un diálogo de saberes que se traduzca en un mejor manejo de la salud humana, como lo evidencia el caso de los MAI aquí expuesto; tanto el sistema de salud oficial como las distintas instituciones que lo conforman están construidas sobre un modelo de salud que, por un lado, reivindica la ciencia como el único saber seguro y efectivo en el campo de la salud y, por otro, invisibiliza y deslegitima otro tipo de saberes.

En los primeros capítulos se plantea que la centralidad de lo científico en el campo de la salud se explica por la existencia de una matriz colonial que atraviesa tanto la institucionalidad

como las subjetividades de las personas. Dicha matriz, producto de la herencia colonial impregnada en las sociedades latinoamericanas, otrora colonias de los países europeos, tienen como característica principal la reivindicación de la razón eurocentrada como forma única y legítima de conocimiento. En este sentido se puede observar que, tanto para la legislación colombiana como para el grupo de los MA, el saber biomédico se constituye en el único conocimiento que puede brindar herramientas seguras y eficaces para tratar una enfermedad como el cáncer. Los saberes “otros”, en tanto no son avalados por la racionalidad científica, no sólo son ineficaces sino que pueden resultar peligrosos.

Ahora bien, y tal como lo argumenta Mato (2008), el cientifismo que caracteriza a las sociedades modernas acarrea dos tipos de problemas: por un lado, se ocultan las limitaciones y arbitrariedades del conocimiento científico; mientras que, por otro lado, se impide que “las prácticas intelectuales no académicas sean objeto de mejor valoración y cuidadosa articulación y aprovechamiento” (Mato, 2008:112). A la hora de abordar un problema de salud pública, como es el cáncer actualmente, la aplicación de presupuestos cientifistas tiene dos implicaciones: por un lado, y aunque se reconocen las grandes limitaciones de los tratamientos alopáticos anti-cancerígenos, como lo hacen los MA entrevistados, estos se siguen aplicando como la única y más válida alternativa para controlar esta enfermedad. Por otro lado, y a pesar de reconocer sus vacíos, la ciencia se niega a abrir sus puertas a tratamientos médicos que no cuentan con evidencia científica disponible, este es el caso de la medicina indígena, privándose así de posibilidades de intercambio y aprendizaje que podrían, eventualmente, traducirse en mejores oportunidades de vida para el paciente.

Y es precisamente la búsqueda de mejores oportunidades de vida para el paciente lo que ha llevado a numerosos médicos alopáticos a trasgredir la matriz colonial que caracteriza a la medicina institucional colombiana para integrar a su saber y práctica terapéutica conocimientos provenientes de medicinas “no científicas”. De esta manera, y pese a que la legislación nacional sólo reconoce un único tipo de medicina (biomedicina); tanto en los itinerarios terapéuticos de los pacientes como en ciertas prácticas médicas, como lo revela el caso de los MI y MAI, hay una marcada pluralidad de saberes y tratamientos médicos que no sólo se contraponen entre sí sino que en muchos casos se complementan.

En este punto es pertinente retomar el interrogante con el que titula el presente escrito, ¿Pluralismo o colonialidad médica? Mientras que la estructuración del Estado monocultural colombiano nos indica que predomina la colonialidad, las prácticas médicas de los MI y MAI nos permiten pensar que la pluralidad médicas aún está presente en la sociedad. En esta medida es importante recordar que el concepto de subjetividades estructuradas es retomado en la presente investigación para dar cuenta de una realidad social que no es “negra” ni blanca” sino que está integrada por múltiples matices.

Por otra parte, tal como se expone en el cuarto capítulo, en el transcurso del trabajo de campo surgió una nueva categoría que vendría a complementar el contexto socio-político en el cual las prácticas médicas alcanzan su nivel de des/legitimación. Y es que para 9 de los 10 entrevistados en el transcurso de esta investigación, la medicina occidental no sólo descalifica los saberes médicos tradicionales en nombre de la “buena ciencia” sino que, en el marco de la nueva configuración neoliberal global, las relaciones asimétricas presentes entre estos dos sistemas médicos están determinadas por una “cuestión de billete”, como lo argumenta el MAI2. Así, el actual “mercado de la salud” habría encontrado en la ciencia a un aliado perfecto que, amparado en las categorías de la objetividad y la neutralidad, así como en el discurso del progreso y desarrollo, le permitiría legitimar aquellas concepciones de salud, así como procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que vayan de la mano con los principios de costo-efectividad y rentabilidad por los que se rigen los actuales modelos de salud (Lander, 2001; Farmer, 2004; García, 2007).

De esta manera, así como muchos procedimientos alopáticos no se aprueban en virtud de su correspondencia con el ideal de la evidencia científica, muchos procedimientos de las medicinas alternativas y complementarias no son rechazados por su “ineficiencia” o “inseguridad” (determinadas mediante parámetros científicos), sino porque mientras los primeros se corresponden con los intereses económicos de las grandes empresas que se benefician del mercado de la salud los otros no (Broom & Tovey, 2007a; Broom, Doron & Tovey, 2009). En este sentido, es significativo observar como muchas medicinas alternativas han sido integradas a algunos sistemas de salud (como es el caso de la acupuntura en los Estados Unidos e Inglaterra) en razón de las grandes ganancias que deja este mercado creciente

de terapias alternativas alrededor del mundo, en un hecho que ha sido denominado por Baer como la cooptación de las MAC por parte del capitalismo (Baer, 2002).

Hasta este punto es importante resaltar que, tal como lo expresara Martínez (2008) ningún estudio que se interese por las medicinas alternativas, tradicionales o no convencionales, puede pasar por alto las relaciones de poder que se establecen entre estos sistemas médicos y la biomedicina o medicina hegemónica. Evidenciar las asimétricas relaciones que se establecen entre estos dos tipos de medicinas ha sido precisamente uno de los principales objetivos de la presente investigación. Ahora bien, considero que a diferencia de otros trabajos que se han ocupado de este mismo tema en el campo de la antropología médica, esta investigación aporta perspectivas de análisis diferentes ya que, en primer lugar, integra la reflexión sobre una enfermedad particular (el cáncer) y, en segundo lugar, construye su reflexión a partir del punto de vista de un conjunto diverso de médicos.

Teórica y metodológicamente, considero, también se realiza una contribución al campo de los estudios antropológicos. Como se argumentó en la introducción, varios eran los caminos teóricos por los cuales se podía inclinar la presente investigación y cada uno tenía unas implicaciones diferentes. Así, mientras muchas corrientes de pensamiento aun reivindican la distinción entre el conocimiento de “nosotros” y la creencia de los “otros” o, en otras palabras, aún se sostienen sobre la premisa de que existen múltiples culturas pero una sola naturaleza; esta investigación busca acercarse al tema estudiado desde una perspectiva diplomática, así llamada por Bruno Latour (2005). En este sentido, se le otorga a todos los conocimientos médicos estudiados la misma validez, distanciándose de aquellas teorías que, sin hacerlo explícito, se valen de la noción de creencia para ubicar la medicina indígena yagecera en el ámbito de lo racionalmente imposible.

Metodológicamente, por su parte, en este trabajo se avanza en la incorporación de puntos de observación que no se guían por la ilusión del “punto cero”. Y es que no sólo me encuentro “contaminada”, por obligación y por necesidad, con las realidades de la medicina alopática (ya desde el vientre materno la persona es objeto de intervención biomédica mediante exámenes, vacunas, medicamentos); sino que desde hace más de 4 años me encuentro relacionada en calidad de paciente con la medicina indígena yagecera. Esto, repito, no quita ni pone “verdad” a mi investigación, pero si la nutre de puntos de vista diferentes.

Y es que, considero, resulta incoherente denunciar la colonialidad por la cual está atravesado el conocimiento social latinoamericano y no avanzar en la desnaturalización de sus metodologías. Este es el caso de muchos teóricos, quienes han realizado una crítica de la episteme moderno-occidental pero que aún no dan luces de cómo se puede avanzar en la elaboración de conocimientos “otros” a partir de metodologías “otras”. Este trabajo, con sus múltiples debilidades y limitaciones, ha querido dar un primer paso en la construcción de nuevas formas de hacer “ciencia”: en primer lugar, se parte del reconocimiento de que la posición del investigador tiene una influencia sobre el estudio (y por tanto, considera como una parte fundamental de la metodología evidenciar el punto de enunciación de la investigadora). En segundo lugar, se afirma que sin importar el grado de “pureza” o “contaminación” que tenga el investigador con respecto a su objeto de estudio, este nunca puede acercarse a un “punto cero” desde el cual pueda acceder a una “verdad”.

A través de sus lineamientos teóricos y metodológicos este trabajo ha querido contribuir a la decolonización del conocimiento en el campo antropológico. Sin embargo, considero que este terreno aún está por explorar. Tanto en el campo de la salud como en otros ámbitos sociales (educación, política...) se hacen necesarios estudios que incorporen puntos de vistas diferentes al de la razón eurocentrada desde perspectivas simétricas. Si bien en los últimos años se han realizado diferentes estudios (algunos de los cuales fueron retomados en la presente investigación), aún pervive una matriz colonial en la disciplina antropológica, reflejada en la “aceptación acrítica de concepciones y conceptos que, desligados de sus contextos de origen, no permiten o en todo caso dificultan enormemente dar cuenta del mundo actual” y local (Krotz, 2006:9).

Ahora bien, y escudándonos en la idea de simetría, no sólo debería ser útil preguntarnos por los aportes que esta investigación le hace al campo de la antropología, sino también por el aporte que le hace a las personas que participaron de la misma. A propósito, he interrogado por la utilidad de este trabajo, un MI responde:

-“El sentido que yo le encuentro es sí su trabajo sirve para hermanar a la humanidad... para hermanar a la sociedad, para curar el mundo hay que hermanarnos” MAI1

(y sin más, dejemos que por hoy sean otros quienes tengan la última palabra)

Bibliografía

- Abadía, Cesar & Diana Oviedo (2008). "Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las Ciencias Sociales". *Revista Universitas Humanística*, No. 66 (pp. 57-82)
- Abadía, Cesar; Cortés, Germán; Fino, Elena; García, Claudia; Oviedo, Diana y Alfonso Pinilla (2007). "Perspectivas inter-situadas al capitalismo en salud: Desde Colombia y sobre Colombia" *Revista Palimpsestus*, No. 6.
- Adler, Shelley (2002). "Integrative Medicine and Culture: Toward an Anthropology of CAM". *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 16, No. 4 (pp. 412-414)
- Agudelo, Diana Marcela (2013) "Yagé y curación entre foráneos imaginados: religiosidad, verticalidad y tensión itinerante". En Abadía, Cesar; Góngora, Andrés; Melo, Marco y Claudia Platarrueda (Ed.) *Salud, normalización y capitalismo en Colombia* Bogotá: Ediciones desde abajo.
- Alzate Echeverri, Adriana (2003). "Las experiencias de José Celestino Mutis sobre el uso del guaco como antiofídico". *Revista Asclepio*. Vol. 55, No. 2 (pp. 257-280)
- Angell, Marcia (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica*. Bogotá: Editorial norma.
- Ballesteros, Mónica; Cortés, Elizabeth; Sánchez, Ricardo y Amaranto Suárez (2011). "Aproximaciones complementarias y alternativas al cuidado de la salud en niños con cáncer: Estudio con grupos focales". *Revista colombiana de cancerología*. Vo. 15, No. 3 (pp. 135-144)
- Bloor, David (1998). *Conocimiento e imaginario social*. Barcelona: Editorial Gedisa
- Bocarejo, Diana (2011). "Dos paradojas del multiculturalismo en Colombia: la espacialización de la diferencia indígena y su aislamiento político" *Revista colombiana de antropología*. Vo. 47, No. 2 (pp. 97-121)
- Broom, Alex & Jon Adams (2012). "A critical social science of Evidence-based Healthcare". En Broom, Alex & Jon Adams (Ed). *Evidence-based Healthcare in context: critical social science perspectives*. Farnham: Ashgate Publishing.
- Broom, Alex & Philip Tovey (2007a). "Therapeutic pluralism? Evidence, power and legitimacy in UK cancer services". *Sociology of health and illness*. Vol. 29, No. 4 (pp. 551-569)
- Broom, Alex & Philip Tovey (2007b). "Oncologists and specialist cancer nurses approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action". *Social Science & Medicine*. Vo. 64, No. 12 (pp. 2550-2564)

- Caicedo, Alhena (2009). “Nuevos chamanismos, nueva era”. *Revista Universitas humanística*. Vol. 68, No. 68 (pp. 15-32)
- Cajigas, Juan Camilo (2007). “La biocolonialidad del poder. Amazonía, biodiversidad y ecocapitalismo”. En Castro-Gómez, Santiago y Ramón Grosfoguel (ed.) *El giro decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Calavia, Oscar (2004). “La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas”. En Fernández Juárez, Gerardo (coor.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas* (pp 169-180). Quito: Abya Yala.
- Castaño, Andrea & Ximena Palacios-Espinosa (2013) “Las representaciones sociales del cáncer y la quimioterapia”. *Revista Psicooncología*. Vo. 10, No. 1 (pp. 79-93)
- Castro-Gómez, Santiago (2005). *La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro-Gómez, Santiago (2005b). *La poscolonialidad explicada a los niños*. Popayán: Universidad del Cauca, Instituto Pensar, Universidad Javeriana.
- Castro-Gómez, Santiago (2007) “Decolonizar la universidad. La hybris del punto cero y el diálogo de saberes”. En Castro-Gómez, Santiago y Ramón Grosfoguel (ed.) *El giro decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Castro-Gómez, Santiago & Ramón Grosfoguel (2007). “Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico”. En Castro-Gómez, Santiago y Ramón Grosfoguel (ed.) *El giro decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Colciencias (2012). “Colombia avanza en la producción de 25 guías de atención integral para condiciones de salud de alta prevalencia en el país”. Bogotá: Colciencias.
- Defensoría del Pueblo (2007). *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- De la Pienda, Avelino y Pachón Rebollo (1999). “Un diagnóstico antropológico de la medicina científica”. *Thémata, Revista de filosofía*, No. 21 (pp. 139-165)
- Escobar, Arturo (2003). “«Mundos y conocimientos de otro modo»: el programa de investigación de modernidad/colonialidad latinoamericano”. *Revista Tabula Rasa*. No. 1 (pp. 51-86)

- Fals Borda, Orlando (1987). *Ciencia propia y colonialismo intelectual: los nuevos rumbos*. Bogotá: Carlos Valencia Editores.
- Farmer, Paul (2004). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. California: University of California Press.
- Flores-Guerrero, Rodrigo (2004). “Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural”. *Revista Mad-Universidad de Chile*, No. 10 (pp. 1-9)
- Franco, Daniela & Catalina González (2014). “Radiografía del cáncer” Periódico El Espectador (02-mayo-2014).
- Freidson, Eliot (1977). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones Península.
- García, Claudia (2007). “El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores”. *Revista Universitas Psychologica*. Vo. 6, No. 1 (pp. 143-154)
- Goldstein, Michael (2004). “The persistence and resurgence of medical pluralism”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 29 (pp. 925-945)
- Gómez-Lee, Martha (2005). “Biodiversidad en el TLC”. Conferencia presentada en el II Congreso Nacional La Propiedad Intelectual y su impacto económico. Universidad Externado de Colombia, 24 y 25 de noviembre de 2005.
- González Varela, Sergio (2010). “Antropología simétrica dentro del ritual de la capoeira angola en Brasil”. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. No. 5 (pp. 3-31)
- Good, Byron (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Harvey, David (2005). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Helman, Cecil (2007). *Culture, health and illness*. Nueva York: Oxford University Press
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Pilar Baptista Lucio (2010). *Metodología de la investigación*. Perú: McGraw-Hill.
- Herrera, Xochitl (1988). *Aproximación a los estudios de etnomedicina en Colombia*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Herrera, Xochitl y Miguel Lobo-Guerrero (1982). *Antropología médica y medicina tradicional en Colombia. Temario guía y bibliografía anotada*. Bogotá: Centro Cultural Jorge Eliecer Gaitán.

- INC & Minsalud (2012). Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021. Bogotá: INC-Minsalud
- Izquierdo, Belkis & Aty Seikuinduwa (2007). Políticas públicas en salud para pueblos indígenas en Colombia con enfoque intercultural. Tesis de maestría en administración pública. Escuela superior de administración pública, Bogotá.
- Johannessen, Helle (2006). "Introduction. Body and self in medical pluralism". En Johannessen, Helle and Imre Lázár (Ed.), *Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and tradicional medicine*. United States: Berghahn Books.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. California: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1995). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. California: University of California Press.
- Krotz, Esteban (2006). "La diversificación de la antropología universal a partir de las antropologías del sur". *Boletín antropológico*. No. 66 (pp. 7-20)
- Lain Entralgo, Pedro (2004). *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson.
- Lander, Edgardo (2000). "Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos". En Lander, Edgardo (Ed.) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. (pp. 4-23) Buenos Aires: CLACSO.
- Lander, Edgardo (2001). "Los derechos de propiedad intelectual en la geopolítica del saber de la sociedad global". *Revista Comentario Internacional*. No. 2 (pp. 1-28)
- Lander, Edgardo (2008) "La ciencia neoliberal". *Revista Tabula Rasa*. No. 9 (pp. 247-283)ç
- Latour, Bruno (2005). "Llamada a revisión de la modernidad. Aproximaciones antropológicas." *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Número Especial (pp. 1-21)
- Lupton, Deborah (2012). *Medicine as culture: illness, disease and the body*. California: SAGE
- Luz, Madel (2005). "Cultura contemporanea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX". *Revista Saúde Coletiva*, No. 15 (pp. 145-176)
- Malaver, Ivonne (1999). "El yagé ya no tiene dueño". Periódico El Tiempo.
- Martínez Hernández, Ángel (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

- Martínez, Santiago (2008). “Poder, conocimiento y creencia: por los caminos de la ruda en la localidad séptima de Bogotá, Colombia”. *Revista Antípoda*, No. 6 (pp. 153-170)
- Mato, Daniel (2008). “No hay saber "universal", la colaboración intercultural es imprescindible”. *Revista Alteridades*. Vo.18, No. 35 (pp. 101-116)
- Menéndez, Eduardo (1984). “El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud”. *Arxiu D`etnografia de Catalunya*, No. 3 (pp. 85-119)
- Menéndez, Eduardo (1994). “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Revista Alteridades*, Vol. 4, No. 7 (pp. 71-83)
- National Cancer Institute (2013). “Cancer Research Funding”. Disponible en <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/NCI/research-funding>
- Nieto, Mauricio (1995). “Poder y conocimiento científico: nuevas tendencias en historiografía de la ciencia”. *Revista Historia crítica*, No. 10 (pp. 3-14)
- OMS (2002). “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”. Ginebra: OMS
- OMS (2005). “Prevención y control del cáncer”. Ginebra: OMS
- OMS (2006). “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas”. Ginebra: OMS
- Páez, Fabián (2011). Algunas visiones de la enajenación mercantil del saber en Colombia: el caso del yagé (Banisteriopsis caapi). Tesis de pregrado en antropología. Universidad Externado, Bogotá.
- Parra, Leonardo (2005). Reconceptualización de la noción de salud y enfermedad: estudio de un caso de diálogo intercultural entre médicos alopáticos y médicos indígenas yageceros. Tesis de maestría en Antropología. Universidad de los Andes, Bogotá.
- Patiño, Felix (2005). “La ley 100 de 1993. Reforma y crisis de la salud en Colombia”. *Revista Gerencia y políticas de salud*. No. 9 (pp. 173-179)
- Pedroza, Natalia (2013). Modelo del control del cáncer en Colombia y Perú: Aproximación comparativa de un problema de salud pública. Tesis de especialización en administración en salud pública y gerencia en servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Perdiguero, Enrique (2006). “Una reflexión sobre el pluralismo médico”. En Fernández Juárez, Gerardo (coor.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-50). Quito: Abya Yala.

- Pinto, Manuel (2012). Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia. Tesis de maestría en medicinas alternativas. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Pinzón, Carlos; Suárez, Prieto & Gloria Garay (2004). *Mundos en red. La cultura popular frente a los retos del siglo XXI*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Quevedo, Emilio (1993a). "La problemática actual: de la historia social de las ciencias a los estudios sociales sobre la ciencia y la tecnología". En Quevedo, Emilio (Coor.), *Historia social de la ciencia en Colombia. Fundamentos teórico-metodológicos* (pp. 47-67). Bogotá: Colciencias.
- Quevedo, Emilio (1993b). "Relaciones entre la historia de las ciencias y de las técnicas en la medicina". En Quevedo, Emilio (Coor.), *Historia social de la ciencia en Colombia. Fundamentos teórico-metodológicos* (pp. 215-224). Bogotá: Colciencias.
- Quevedo, Emilio (2007). *Historia de la medicina en Colombia: prácticas médicas en conflicto (1492-1782)*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Quevedo, Emilio; Pérez, Germán; Miranda, Néstor; Eslava, Juan Carlos & Mario Hernández (2008). *Historia de la medicina en Colombia: de la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica*. Bogotá: Cargraphics S.A
- Restrepo, Gabriel (1993). "Elementos teóricos para una historia social de la ciencia en Colombia. En Quevedo, Emilio (Coor.), *Historia social de la ciencia en Colombia. Fundamentos teórico-metodológicos* (pp. 89-126). Bogotá: Colciencias.
- Restrepo, Javier Darío (2013). *Experiencias medicinales con el yagé*. Bogotá: Intermedio editores.
- Restrepo, Eduardo & Axel Rojas (2010). *Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
- Riveros, Efraín y Laura Amado (2012). "Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Vo. 11, No. 23 (pp. 111-120)
- Rosen, George (1993). *A history of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sanchez, Luisa (2008). "Transplantar el árbol de la sabiduría: Malocas, maloqueros urbanos y comunidades de pensamiento en Bogotá". *RITA*, No. 1
- Sanchez Parra, Tatiana (2006). La presencia de lo invisible. Leyendo el silencio de las fiebres manchadas en Villeta. Tesis de maestría en Antropología. Universidad de los Andes, Bogotá.

- Sánchez, Ricardo & Marco Venegas (2008). “Medicinas complementarias y alternativas en el tratamiento del cáncer”. *Revista colombiana de cancerología*. Vo. 12, No. 3 (pp. 157-160)
- Sarrado, Juan José; Clèries, Xavier; Ferrer, Marta & Eduardo Kronfly (2004). “Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa?”. *Gaceta sanitaria*. Vo. 18, No. 3 (pp. 235-244)
- Sarrazin, Jean-Paul (2008) “La “espiritualización” de los discursos neoindigenistas en Colombia”, *Trace*, No. 54 (pp. 77-91).
- Shiva, Vandana (2001). *Biopiratería: el saqueo de la naturaleza y del conocimiento*. Barcelona: Icaria.
- Sontag, Susan (2003). *La enfermedad y sus metáforas; el sida y sus metáforas*. Barcelona: Punto de Lectura.
- Suárez, Roberto (2001). “Estudio comparativo entre la formación de médicos licenciados y curanderos urbanos en Colombia”. En Suárez, Roberto (comp.) *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología* (pp. 193-217). Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Suárez-Krabbe, Julia (2011). “En la realidad. Hacia metodologías de investigación descoloniales”. *Revista Tabula Rasa*, No. 14 (pp. 183-204)
- Suárez, Roberto; Wiesner, Carolina; González, Catalina; Cortés, Claudia y Alberto Shinchí (2004). “Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública”. *Revista de estudios sociales*, No. 17 (pp. 42-55)
- Taussig, Michael (2002). *Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje: un estudio sobre el terror y la curación*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Uchôa, Elizabeth & Jean Michel Vidal (1994). “Antropología Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença”. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 10, No. 4 (pp. 497-504)
- UMIYAC (2000). El pensamiento de los mayores. Código de ética de la medicina indígena del piedemonte amazónico colombiano.
- Ugalde, Antonio & Núria Homedes (2008). “La transformación de las estructuras globales de poder y su impacto en la salud”. *Revista Palimpsestus*,
- Upharsin, Ángel (2012). “El sabotaje farmacéutico a la cura contra el cáncer descubierta por el doctor Burzinsky utilizando antineoplastoes”. *Despertares*.
- Uribe, Carlos Alberto (2002). “El yagé como sistema emergente: discusiones y controversias”. *Documentos CESO*, No. 33. Bogotá: Universidad de los Andes.

- Urrea, Fernando (1989). "Curanderismo indígena y antimodernidad en los espacios urbanos del suroccidente colombiano". *Boletín socioeconómico*, No. 19 (pp. 126-140)
- Vasco, Luis Guillermo (2007). "Así es mi método en etnografía". *Revista Tabula Rasa*, No. 6 (pp. 19-52)
- Walsh, Catherine (2007) "¿Son posibles unas ciencias sociales/culturales otras? Reflexiones en torno a las epistemologías decoloniales". *Revista Nómadas*, No. 26 (pp. 102-113)
- Walsh, Catherine (2007b). "Interculturalidad, colonialidad y educación". *Revista Educación y Pedagogía*. Vo. XIX, No. 48 (pp. 25-35)
- Walsh, Catherine (2009). *Interculturalidad, Estado, sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: Universidad Andina Simon Bolivar- Ediciones Abya Yala
- Walsh, Catherine (2012). "Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas". *Revista Visão Global*. Vo. 15, No. 1-2 (pp. 61-74)