

LAS TRANSFORMACIONES EN LOS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE LOS INDÍGENAS
DE LA CHORRERA, UN PROCESO DE SALUD HÍBRIDA.

Trabajo de grado para optar por el título de

Magister en Estudios Sociales

Escuela de Ciencias Humanas

Universidad del Rosario



Presentado por:

Luisa Fernanda Sarmiento Villegas

Directora:

Claudia Margarita Cortés García

Bogotá D.C., Colombia.

Diciembre de 2019

AGRADECIMIENTOS

Yolanda Villegas y Alberto Sarmiento, mis padres, gracias por apoyarme en todo. Para ellos cada meta cumplida es un motivo de orgullo. Este trabajo es otro motivo de felicidad. Madre gracias por motivarme siempre y aunque hasta ahora estoy terminando la maestría, el doctorado es un sueño que, como este, juntas lograremos ¡te lo prometo! Papi este año no has estado con la salud necesaria para que salgas a trabajar pero has estado con mi mami, con los niños y sobre todo conmigo. Siempre me preguntaste ¿Cómo va la tesis? No creas, esas palabras ejercían una fuerte presión social. A veces, con la conciencia preocupada, te respondía solo para calmarte porque en el fondo sabía que me faltaba mucho pero siempre me motivaron a ponerme las pilas y terminar. Ahora con esa tranquilidad que no tenía te digo: ¡esta lista, terminada y aprobada!

Gracias a la fundación Ceiba quienes me eligieron como beneficiaria para su programa de becas. Ellos hicieron realidad el sueño de 60 amazonenses para apoyar financieramente nuestros estudios de maestría. Agradezco a toda la Asociación Azicatch y a los habitantes de la zona no municipalizada de La Chorrera. Gracias por su hospitalidad, por recibir a esta *riama*¹ en su territorio, por dejarme entrar y ser parte de sus rutinas, de sus vidas. A todos gracias por compartir sus historias y sobre todo su tiempo y su comida. Ustedes son personas muy valiosas porque tienen el alma y el corazón llenos de bondad, nunca los olvidaré. Les prometo algún día volver.

Gracias a Claudia Cortés, mi asesora, por su paciencia, por compartir conmigo su conocimiento, por dirigirme y orientarme. El silencio de los últimos meses ejercían una fuerte presión social también, su apoyo fue fundamental. Gracias a los chicos del semillero de Cuerpo de la Universidad del Rosario. Ellos me escucharon exponer este trabajo un par de veces. Sus comentarios y sugerencias fortalecieron este trabajo y mi capacidad para explicarlo en público.

No puedo dejar de agradecerle a Sergio A. Guisado, un sociólogo distraído pero muy piloso. Siempre dispuesto a ayudar, a apoyarme y también, a callar cuando yo te justificaba mis decisiones investigativas. Ello le dio forma al trabajo y a nuestro carácter. Enserio gracias porque entendías y reconocías los días en los que necesitaba distraerme para refrescar esta mente que a veces se aturdía. Pero sobre todo gracias por tu paciencia, por esperarme y estar dispuesto a trabajar a mi lado.

¡Ah! Cómo no agradecerle a Marcela. No sé cómo se te ocurrió hablarme el segundo día de clases pero, desde eso no hemos dejado de hacerlo. Espero podamos compartir muchos otros viajes para meditar sobre la vida y sobre nuestros avances académicos ¡No te pierdas!

¹ Palabra del dialecto Uitoto que significa blanca

Finalmente gracias a todos aquellos que, de una u otra forma, me ayudaron con este trabajo o simplemente por ser parte de mi vida, por hacerme compañía o la charla para distraerme. Gracias a la vida que me puso en el curso indicado para hacer esta maestría, este trabajo, por hacerme conocer la gente que conocí y por permitirme crecer profesionalmente. A todos ¡muchas gracias! ¡*F+Gora!*²

² Palabra del dialecto Uitoto que significa gracias

Índice

Introducción	5
¿Qué es el Miapspi?	7
¿Qué se entiende por itinerarios terapéuticos?	12
¿Qué es salud híbrida?	15
Reconociendo las transformaciones de los itinerarios terapéuticos como un proceso de hibridación en salud.	27
Metodología	28
Capítulo I: Itinerarios terapéuticos usados por los Uitoto	31
Itinerarios terapéuticos usados antes del Miapspi	36
Informe Sociocultural de Azicatch	37
Informe Región Amazonía de la OMS y el MSPS	40
Itinerarios terapéuticos usados después del Miapspi.....	44
Manorirako: La casa de la curación.....	48
Conversando con los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce.	52
Capítulo II Transformaciones de los Itinerarios terapéuticos	65
Itinerarios terapéuticos radicales.....	66
El Yadico	67
Itinerarios terapéuticos híbridos.....	71
Las vacunas.....	75
Los cuidados prenatales	79
El cuidado de las enfermedades graves	82
Capítulo III Incidencia de las transformaciones de los itinerarios terapéuticos en la construcción de una salud híbrida.....	86
Bibliografía	90
Artículos en línea:.....	93
Anexos.....	95

Introducción

En el año 2011, el Departamento Administrativo de la Función Pública — DAFP— otorga al departamento de Amazonas el Premio Nacional de Alta Gerencia. Este reconocimiento es conferido por incorporar y ejecutar el Modelo Intercultural de Atención y Prestación de Servicios de Salud para la Población Indígena Amazonas –Miapspi. Esta experiencia ha sido un aporte sustancial para el análisis, comprensión e incorporación de diversos modelos de salud interculturales y transfronterizos. Según Puerta (2010) este modelo es una referencia y aporte a la salud intercultural.

En los años 2007 a 2010, mientras se formulaba e implementaba el Miapspi, los indígenas permitieron a la medicina occidental entrar a sus territorios para recibir algunos servicios de salud. Según el DAFP, estas acciones se ejecutaron:

Teniendo en cuenta la articulación de ambas medicinas tradicional y occidental, atención de primer nivel y especializada, promoción y prevención, salud pública con enfoque cultural, dentro del marco del Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Acciones que durante mucho tiempo no se realizaban por abandono gubernamental (2012: 49).

Dentro de las 14 organizaciones y comunidades con quienes se compartió, construyó y ejecutó el Miapspi se encontraba el grupo étnico Uitoto que habita en el casco urbano de la zona no municipalizada La Chorrera. La entrada al territorio estaba sujeta a que la medicina occidental compartiera con la comunidad los conocimientos en los que se basan sus prácticas de salud. También, la medicina occidental debía escuchar los conocimientos de la medicina tradicional bajo el principio del respeto por la tradición y la cultura ancestral.

Este diálogo de saberes fue fundamental para lograr aplicar algunas acciones de salud occidental dentro de territorios indígenas. Las prácticas de curación empezaron a incluir algunos de los tratamientos ofrecidos por la medicina occidental. Las formas de tratar las enfermedades o los itinerarios terapéuticos indígenas fueron variando y transformándose.

Las transformaciones en los itinerarios terapéuticos, surgidos después de la aplicación del Miapspi, corresponden no solo a un método para corroborar la importancia de articular la medicina tradicional con la occidental si no como un aporte a favor de un proceso de salud híbrida —enclave con el restablecimiento de la salud o de un estado de bienestar. Un concepto que vale la pena tener en cuenta para aproximarse a la realidad social que tanto interesa a las ciencias sociales.

En consecuencia, este texto reunirá información que da cuenta de los itinerarios terapéuticos usados por los Uitoto antes y después de la aplicación del Miapspi. Estos datos serán útiles para identificar las variaciones o transformaciones en los hábitos de curación o en otras palabras en los itinerarios

terapéuticos de los indígenas generadas a partir del modelo de salud intercultural. Una vez se identifiquen las transformaciones en los itinerarios terapéuticos, se analizará su incidencia en la construcción de un proceso de salud híbrida.

Esta pesquisa permite perseguir el objetivo general de esta investigación. El cual pretende reconocer las transformaciones de los itinerarios terapéuticos de los indígenas Uitoto —del casco urbano de la zona no municipalizada La Chorrera en el departamento de Amazonas— como un proceso de hibridación en salud.

Para tal fin, este documento responde algunas preguntas previas que aclararan algunos conceptos de esta investigación. Por esto la introducción contiene, en este orden, las siguientes preguntas: ¿Qué es el Miapspi? ¿Qué se entiende por itinerarios terapéuticos? ¿Qué es salud híbrida? También, la introducción contará con un apartado que intenta evidenciar la relación entre los itinerarios terapéuticos —surgidos después de la implementación del Miapspi— y el proceso de hibridación en salud. Finalmente se encontrará en detalle el paso a paso o la metodología usada en esta investigación para responder la siguiente pregunta investigativa: ¿Son las transformaciones de los itinerarios terapéuticos de los Uitoto de La Chorrera —surgidas a partir del Miapspi— un proceso de hibridación en salud?

Todos estos elementos son claves para desarrollar el objetivo general de esta investigación: reconocer la transformación de los itinerarios terapéuticos de los indígenas Uitoto —del casco urbano de la zona no municipalizada La Chorrera en el departamento de Amazonas— como un proceso de hibridación en salud.

Los objetivos específicos de esta investigación se enfocan en la consecución del — ya mencionado— objetivo general. En ese sentido, el primer capítulo responde al primer objetivo específico: describir los itinerarios terapéuticos usados por los Uitoto antes y después de la aplicación del Miapspi. Por lo anterior, este capítulo contará la información obtenida en el trabajo de campo.

El segundo capítulo, corresponde al segundo objetivo específico de esta investigación: identificar la transformación de los itinerarios terapéuticos de los indígenas del casco urbano de La Chorrera, generadas a partir del Miapspi. Para ello, este capítulo analizará los datos empíricos descritos en el capítulo anterior. Y responderá, de manera paulatina, las siguientes preguntas: ¿Cómo se entendían los itinerarios terapéuticos de los indígenas del casco urbano de La Chorrera, antes de la aplicación del modelo Miapspi? ¿Cómo se entendían los itinerarios terapéuticos de los indígenas del casco urbano de La Chorrera, después de la aplicación del Miapspi? Cada una de estas preguntas pondrá en evidencia la transformación de los itinerarios terapéuticos generados a partir del Miapspi.

El tercer capítulo responde al tercer objetivo específico de este trabajo: analizar la incidencia de la transformación de los itinerarios terapéuticos en la construcción de una salud híbrida. Para lograr este propósito, el capítulo se plantea las siguientes inquietudes: ¿Cómo se evidencia el proceso de hibridación en salud a partir de la transformación en los itinerarios terapéuticos?

Como se advirtió, cada uno de estos capítulos corresponde a un objetivo específico. Por lo tanto, todos los capítulos permiten alcanzar el objetivo general de esta investigación. En ese sentido, el tercer capítulo concluye con un apartado que resalta tanto la pertinencia, como las dificultades, de concebir las transformaciones de los itinerarios terapéuticos como un proceso de hibridación en salud. Todo lo anterior enriquecerá la comprensión de este concepto y de las relaciones dadas entre diferentes culturas.

¿Qué es el Miapspi?

Como conozco³ algunas personas que trabajan en la Secretaría de Salud del departamento del Amazonas, los contacto para solicitar información sobre el Modelo Intercultural de Atención y Prestación de Servicios de Salud para la Población Indígena Amazonas-Miapspi. Pese a ello, tardé varios días para recibir algún tipo de respuesta. Incluso llegué a pensar que no me contactarían y tendría que esperar hasta cuando viajara al municipio de Leticia para solicitar personalmente información sobre el modelo. Sin embargo, un día cualquiera recibo una llamada de uno de los funcionarios de esa secretaría.

Poco después de empezar a dialogar con este funcionario, noto que esta persona no conoce el Miapspi. Toda la información que me suministra hace referencia al SISPI⁴ Aunque, el modelo Miapspi surge a favor de una construcción de un esquema de servicio, un modelo propio de salud y «como complemento al proceso de formalización y tecnificación del Sistema indígena de salud propia e intercultural -SISPI» (Departamento administrativo de la función pública-DAFP. 2012: 47). Son modelos diferentes. No son lo mismo.

³ Mi arraigo al departamento de Amazonas inicia con mi madre. Ella y toda su familia son de ese departamento. No obstante, nací en Bogotá, una vez terminé mi pregrado en Sociología, me ubico laboralmente en Leticia. Trabajé en la Secretaría de Salud del departamento donde me relaciono con los funcionarios que menciono en esta parte del texto. Mi relación laboral con esta institución termina cuando obtengo la beca, otorgada por la Fundación Ceiba, retorno a Bogotá para estudiar la Maestría en estudios sociales.

⁴ El SISPI es una política pública creada con el fin de articular el Sistema de Salud Propio de los Pueblos Indígenas con los servicios del Sistema de Seguridad Social en Salud –SGSSS. Sobre el SISPI se hablará más adelante.

A pesar de esforzarme por explicar la diferencia entre estos modelos, el funcionario me dice: «Acá no hay información sobre ese modelo» (Respuesta dada telefónicamente por un Daniel. Funcionario de la Secretaría de Salud del Departamento de Amazonas) Esta respuesta realmente no me alegró. Yo conocía el modelo, el proceso y sobre todo la existencia de los documentos que resultaron del mismo. No entendía la razón de la información recibida. Pensé que podía ser porque la persona no tenía el tiempo para buscar esta información o realmente desconocía el proceso. Independientemente del motivo, yo sabía de antemano la dificultad de acceder a esta información, precisamente porque se tiende a confundir Miapspi con SISPI; sin embargo, de esta forma agoto la posibilidad de indagar sobre el modelo antes de llegar al municipio de Leticia.

Cuando llego a Leticia, me dirijo a la Secretaría de Salud. Ahí varios funcionarios me indican su desconocimiento sobre el modelo y terminan refiriéndome al área de Gestión Integral para la Salud Pública-GISP. La jefa de esta área me indica que el profesional encargado de este proceso, cuando se retira de la institución, no entrega los documentos donde se consignó el proceso llevado por el modelo. Pese a que es una lamentable situación, yo pido permiso para buscar en el archivo del departamento cualquier tipo de documento que de información sobre el Miapspi. En este tiempo logro recopilar dos informes que me sirven como instrumentos para adelantar esta investigación.

Cuando llego a la zona no municipalizada, le pido al presidente de la Asociación Zona Indígena de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas de La Chorrera —AZICATCH, Emilio⁵, que me explique, con sus propias palabras, qué es el Modelo. Él me dice:

Todo este proceso ha sido en principio un poco complejo... ni los jóvenes, ni los abuelos han entendido todavía que es lo que pretende. Digamos unir la cuestión de la salud tanto con lo de afuera con lo nuestro... a veces uno se aferra más a lo occidental que está allí permanente y no se busca lo nuestro que también, está. Aunque a ciencia cierta sabemos qué en las comunidades, ahora no hay puestos de salud... entonces todo se tiene que hacer con lo cultural. Inmediato [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 12 de octubre de 2017).

En efecto, obtener esta información requirió mucho más tiempo y dedicación del que esperaba. Pese al esfuerzo, lo que se encuentra es solo una luz tenue que no alcanza a aclarar o indicar qué es el Miapspi. Ante este turbio conocimiento sobre el modelo, entiendo que son las bases normativas las permiten entender el contexto en el que se configura y construye el modelo de salud intercultural. Luego, el marco normativo es el que aporta mayores elementos que permiten saber qué es el Miapspi.

⁵ Todos los nombres de las personas mencionadas en este trabajo, han sido modificados para proteger sus identidades.

Para lograr esta comprensión, es necesario revisar, inicialmente, la Constitución Política de Colombia. En ella se reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación. Dentro de esta diversidad se encuentran las prácticas de salud regidas por la cosmogonía de las diferentes etnias que existen dentro del territorio colombiano. Pese a ello, ha sido difícil alcanzar una representación indígena dentro del régimen subsidiado de salud. Según Puerta (2010), esto ocurre por la incapacidad estatal de dar respuesta a las expectativas de las múltiples etnias indígenas y porque estas etnias necesitan mayor experiencia para lograr movilizar su participación en temas de salud.

Con el afán de dar respuesta a esta situación, durante los últimos 20 años se han expedido una serie de decretos y leyes que han configurado el Sistema de Salud. Así pretenden integrar tanto el conocimiento tradicional de las comunidades indígenas como la existencia de múltiples prácticas en salud. También, este marco normativo trata de garantizar el acceso a los servicios de salud a la población indígena, sin que ello afecte su integridad cultural⁶.

No obstante, uno de los argumentos estatales usados para promover la articulación de los saberes medicinales es la condición de salud precaria que tienen los indígenas frente al resto de la población. (Ministerio de salud y protección social. 2014). Este argumento es un tanto contradictorio porque impone una percepción de salud desde el conocimiento institucional hegemónico. No tiene en cuenta la percepción de otras culturas sobre la salud/enfermedad. Es decir, el significado de precariedad en salud para el Estado colombiano no siempre coincide con el significado dado por las culturas indígenas colombianas. Entonces, resulta paradójico que la premisa usada para promover la coyuntura entre diversos conocimientos en salud no refleje aquello que pretende suscitar.

Hernández (2004) indica que Colombia ha venido estableciendo servicios de salud fragmentados pues solo responden a la capacidad de pago de quienes lo reciben. Entonces, existe un sistema de salud que separa los ricos de los pobres. Entre mayor es el pago, mejores serán los servicios de salud que reciban las personas. No obstante, el Estado continuó promulgando una serie de normativas a favor de la integración de los diferentes ámbitos culturales en salud, como una medida para disolver esa fragmentación.

Por ello, la ley 691 de 2001 expone la necesidad de crear sistemas de salud que responda a las necesidades de las diferentes poblaciones culturales que habitan en el territorio nacional. Esta ley es la base para la creación de la política pública, promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2012, conocida como Sistema Intercultural de Salud propia Indígena —SISPI. El

⁶ En los anexos de este documento, la tabla N°1 constituye un marco normativo colombiano desde 1997 hasta 2017.

SISPI pretende privilegiar el conocimiento cultural en salud de los pueblos indígenas, incluyendo las formas de curación para crear un sistema de salud indígena. El decreto 1973 de 2013⁷ consagra el SISPI como una política pública que busca impulsar el establecimiento de un sistema de salud articulando saberes y prácticas de curación tradicionales con el Sistema de Seguridad Social en Salud –SGSSS. Con esto se pensó que podría prestar un servicio de salud de calidad que superara las diferencias económicas y demás determinantes de desigualdad en salud. Pese a este historial, el Ministerio del interior a través del decreto 1953 del 2014 presenta oficialmente el SISPI.

Seis años después de publicar la ley 691 de 2001, las autoridades indígenas del departamento de Amazonas llaman la atención para indicar que este proceso no avanzó y no logró consolidarse en un proyecto o programa perceptible.

Ante este panorama, las autoridades indígenas estaban decididas a impulsar acciones pro integración entre los sistemas de salud indígena y el sistema de salud nacional. De esta forma, el Miapspi surge como una herramienta, algo pretenciosa, para combatir ese distanciamiento entre las diferentes formas de tratar o curar las enfermedades. A partir de los errores de aquellas políticas que finalmente no lograron realizarse, el modelo logra articular propuestas participativas inscritas bajo el conocimiento blanco-occidental y tradicional-ancestral (DAFP.2012)

Este modelo de salud abrió diferentes espacios de diálogo, especialmente, en las comunidades indígenas. Allí se expuso los conocimientos de la medicina occidental con la intención de dar a conocer a la comunidad la importancia de la aplicación de terminados itinerarios terapéuticos. Estos espacios permitieron concertar la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas- PIC; también, el modelo fue un espacio donde la medicina tradicional compartió sus conocimientos sobre la comprensión de la salud/enfermedad.

Todo este proceso de construcción e implementación del Miapspi tuvo una duración de tan solo tres años. A pesar de su corta sostenibilidad, logró el premio otorgado por el DAFP y fue una referencia nacional para adelantar nuevas experiencias para integrar los múltiples modelos de salud que puedan coexistir en un mismo territorio. Con todo esto, ha servido como inspiración para otros modelos de salud intercultural.

Pese a que el Miapspi recibe un galardón a nivel nacional, pareciera que el gobierno departamental así como las autoridades indígenas no logran diferenciar entre el Miapspi y el SISPI. Además, la

⁷ El decreto 1973 de 2013 se inscribe en la Ley 691 de 2001 que indica la necesidad de crear sistemas de salud propios de las comunidades indígenas.

Secretaría de Salud Departamental no conserva archivos o documentos que dan cuenta de la construcción y ejecución de este modelo.

Esta situación puede reflejar la relación de poder en la que se inscribió el Miapspi. No es una casualidad que el modelo transcurra en un periodo de gobierno departamental y no se prolongue en el siguiente periodo gubernamental. Posterior a este modelo, el Estado colombiano configuró la política pública SISPI, que aunque actualmente no ha tenido el desarrollo que se esperaba, pareció opacar el Miapspi. Este último modelo tuvo mayores avances que el Sispi. Entonces, aunque el Estado configuró unos estatutos y normativas para promover el relacionamiento entre diversas culturas, estas dependen de la voluntad política del gobierno que administre tanto el departamento como el nivel nacional. En otras palabras, los procesos de articulación ente culturas de salud terminaron politizándose.

Sin duda, las políticas de salud son el resultado «de ciertos saberes técnicos dentro de un aparato estatal...los desarrollos teóricos y tecnológicos...de la salud construyen hegemonías conceptuales que presionan sobre las formas de institucionalización de los servicios...» (Hernández. 2004: 64). Por ende, las políticas no son estáticas, varían y son particularmente diferentes, no solo en cada país, sino incluso en cada región o departamento.

Hernández (2004) indica que dentro de un mismo territorio las políticas pueden no tener continuidad pues dependen del predominio de una determinada fuente de poder sobre la que se basa. Entonces, las políticas departamentales no son definitivas. Ni permanecen a través del tiempo. Dependen de esas relaciones de poder. Esta movilidad de la política es una de las característica del Estado Moderno (Hernández. 2004). No es que el Miapspi fallará o no sirviera, sino que, en su momento, se superpusieron e interceptaron las relaciones de poder que inicialmente impulsaron la construcción de este modelo de salud. En consecuencia, actualmente se impulsan otras políticas públicas que surgen de esas relaciones de poder. Entonces, eso que señalé como descuido por el modelo Miapspi, realmente no lo es. Es solo el resultado de politizar la salud.

Por lo tanto, lo político es cambiante, muchas veces contradictorio y hasta híbrido. Por tal motivo los modelos de salud interculturales no perduran tal y como fueron concebidos. Se reconstruyen constantemente para disolver la fragmentación de la salud en Colombia. Ciertamente esta reconstrucción da luces de como las políticas son híbridas en la medida en que toman de las experiencias anteriores, las falencias para mejorar y las virtudes para potencializar las nueva políticas que se construyan e implementen.

En suma, el Miapspi es un modelo político que no tuvo trascendencia en el tiempo, pero dio paso a nuevas políticas que persiguen el mismo objetivo o por lo menos uno muy similar. A causa de las relaciones de poder en las que se encuentra inmerso tanto el Miapspi como las demás políticas públicas, los esfuerzos por construir un Estado incluyente siempre responderá a una característica de un Estado moderno donde surgen procesos híbridos, como el que aborda esta investigación.

¿Qué se entiende por itinerarios terapéuticos?

Al revisar el Informe Sociocultural entregado por la Asociación Zona Indígena de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas de La Chorrera Azicatch (2007)⁸ —recuperado en el archivo de la Secretaria de salud— encuentro la siguiente descripción:

El tratamiento a las enfermedades es de pleno manejo del médico tradicional quien, en primera instancia diagnostica a través de un sueño o un día de meditación y dice cuál es la causa de la enfermedad. A continuación, empieza a limpiar el cuerpo con el humo del tabaco enunciando una serie de cantos y rezos propios del proceso de curación; si con esto la enfermedad, los signos y síntomas propios de esta no ceden, el médico tradicional procede a azotar al paciente con ortiga y a su vez proporciona agua rezada o bebidas elaboradas con plantas silvestres... (Pp. 156-157).

Aunque la cita hace referencia específica al proceder del médico tradicional también, hace referencia a las prácticas realizadas por una persona o grupos de personas para buscar, encontrar y aplicar una terapia que brinde una recuperación del bienestar y culmine la condición de enfermedad. Este procedimiento se entenderá como itinerario terapéutico.

Estos itinerarios pueden ser o no institucionales; surgen dentro de un pluralismo médico. (Perdiguero. 2006). Un itinerario surge cuando la población percibe la existencia de un problema de salud y establece la necesidad de intervención o atención, por parte de una persona considerada capaz de aliviar o resolver dichos problemas. (Casado. 2016). En consecuencia, los itinerarios se relacionan con «un difuso conjunto de prácticas y de saberes que se desarrolla en el mundo cotidiano y se fundamenta en el acervo social constituido por una comunidad de sentido que coincide en que es salud y qué es enfermedad» (Suarez et, al. 2002; 19).

Con la intención de lograr responder la pregunta: ¿Qué se entiende por itinerarios terapéuticos? Es necesario recordar el momento en el que la interdisciplinariedad, es discutida como elemento que permite una comprensión más amplia de la realidad. En este caso se evidenciará como varias disciplinas se juntan para construir este concepto.

⁸ Sobre este informe se hablará en el capítulo I de este documento.

Varias profesiones integraron sus conocimientos junto a otros que eran concebidos como opuestos. Entre ellos se encuentra el campo de la antropología con la medicina. Esta alianza permitió que paulatinamente los estudios sobre los problemas de salud y los procesos curativos incluyeran, no solo «a los agentes patógenos sino a las costumbres, los valores, las formas de vida, las relaciones socioeconómicas, políticas, la historia de los pueblos, como elementos estrechamente ligados con un nivel de salud» (Herrera. Et al. 1989: 16).

De esta forma, la antropología de la enfermedad —la cual fue fundada por Augé (Pereira. 1995) — logró identificar que la enfermedad «es una categoría, una interpretación, luego una construcción social y, como tal, variable en el tiempo y espacio» (Pereira. 1995: 371). A partir de esta concepción, los estudios realizados en comunidades africanas encaminaron la comprensión de la enfermedad como una vía relevante para conocer tanto los sistemas de interpretación como las prácticas sociales de la cultura que se estudia.

Una misma enfermedad puede tener no solo diversas interpretaciones sino además diversos procedimientos para curarla. Así —en 1985— Sindzingre considera que desde el momento en que aparece la enfermedad se pone en marcha diversos tipos de interpretación de la enfermedad y técnicas de curación. Por consiguiente los itinerarios terapéuticos son todos los procesos para buscar, encontrar y aplicar una terapia. (Perdiguero. 2006).

Por otro lado, la antropología médica es otra área disciplinar encaminada a «estudiar la enfermedad y sus dimensiones culturales» (Mosquera. 2007:266). Pioneros como Benjamín Paul, George Foster o Richards Adams se inclinaron por marcar un enfoque sociocultural de este campo antropológico. Esta rama antropológica estudia:

Los problemas de la salud de los seres humanos y los sistemas de curación dentro de su contexto social y cultural... apoyado en las ciencias sociales, biológicas y clínicas y ha contribuido significativamente a la comprensión y el mejoramiento de los problemas y servicios de salud en diferentes partes del mundo (Gómez. 2013: 24).

Muchos de estos trabajos se ubican en el modelo médico de la salud, el cual valida la eficacia de la medicina institucional —inscrita en los conocimientos biomédicos— dentro de las comunidades indígenas. Este modelo se presenta como solución a los niveles bajos de salud presentados en estas comunidades. (Herrera. 1989).

Cada una de las perspectivas ofrecidas por la antropología de la enfermedad, la antropología médica e incluso la antropología de la salud indican que las cuestiones culturales permiten configurar la comprensión sobre la salud, enfermedad, tratamiento y prevención. La forma de vida y de

organización social se asocia a los niveles de salud de sus integrantes y moviliza a los sujetos a usar uno o unos itinerarios terapéuticos. Según Ruiz et al. (2016), el término de itinerarios terapéuticos logra dar cuenta de la forma sintética y ejemplar de las prácticas de cuidado de la salud, las redes de apoyo y las representaciones sociales de la enfermedad. Este autor destaca la relevancia de los espacios informales en los que ocurre la cura y en los que se tratan la mayoría de los episodios de enfermedad.

No obstante, esta última conceptualización hace referencia exclusiva a los espacios informales de curación. Es decir, el autor separa la medicina biomédica y la tradicional. No incluye las prácticas de curación en los espacios formales de la medicina. En consecuencia, excluye otros itinerarios terapéuticos que también, se encuentran empapados de significados y corresponden a los sistemas culturales de quien los utiliza.

Es por esto que, esta investigación se apropia de la definición presentada por Casado; resulta mucho más incluyente que lo mencionado Ruiz. Casado se refiere a los itinerarios terapéuticos como al «hacer» o incluso «no hacer» para curar una enfermedad. Estas acciones pueden ser tomadas por distintos factores que motivan, en el marco de esta investigación, a los indígenas para hacer lo que hacen cuando se trata de cuidar su salud. Por lo que, para comprenderlos es necesario tener presente el contexto en el que surgen, las percepciones de la población sobre la enfermedad y la salud, además del fracaso o el éxito terapéutico de una u otra alternativa de sanación. (Casado. 2016)

Un itinerario surge cuando una persona percibe la existencia de un problema de salud. Una vez se percibe la enfermedad se establece la necesidad de intervención o atención por parte de una persona con la capacidad de aliviar el problema de salud. Esta persona puede ser un biomédico y/u otros terapeutas como los chamanes, las parteras, los curanderos, los yerbateros, los médicos tradicionales, entre otros.

Independientemente de la definición que se asigne a este profesional en salud, los itinerarios terapéuticos son aquellas acciones formales o informales que se utilizan para curar la enfermedad o para reestablecer el estado de bienestar. Por lo tanto, Casado no los confina exclusivamente a las acciones tomadas dentro de los sistemas informales, como lo hace Ruiz, sino que incluye otros sistemas de curación.

Un itinerario recoge todas las decisiones que una persona o grupo tome concernientes a una acción o práctica terapéutica. Además el itinerario terapéutico tiene en cuenta el contexto en el que se pone en juego las percepciones de la enfermedad- salud. (Casado. 2016). Se considera que estos dan inicio

cuando se evidencian —no de manera consecutiva ni tampoco como un pre requisito de otra evidencia— en las siguientes instancias:

- Interpretación grupal o individual de la existencia de un problema, un estado alterado o “anormal”
- Esta alteración debe enmarcarse como un problema de salud
- Si esta situación o problema, requiere o no ayuda. Una vez se aclare esto, se debe pensar en qué tipo de ayuda se le dará, si es especializada o no. Esta ayuda permitirá subsanar la situación para retornar a un estado “normal”.

Algunas de las acciones usadas para intervenir el problema de salud son aquellas que se relacionan con la automedicación —ya sea biomédica o tradicional— las relacionadas al cambio o mejoramiento de la alimentación; al mantener reposo; modificar uno o algunos hábitos, entre otros. Finalmente se considera que los itinerarios terapéuticos finalizan cuando ocurre uno de estos tres casos:

- El problema de salud se resolvió, es decir la persona se alivió
- Si el problema se volvió permanente, es decir la enfermedad es crónica —en este caso la persona debe realizar determinados itinerarios terapéuticos, con una frecuencia regular, para evitar una complicación en salud.
- El problema de salud no se resolvió. En este caso la persona muere. (Casado. 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, se deja claro lo que este trabajo considera como un itinerario terapéutico. Pese a ello, es importante mencionar que este es un constructo social que, en esta investigación, tomó forma en la medida en que se recopilaban algunos trabajos que lo abordan. Seguramente todos estos surgieron con la intención de comprender las diversas prácticas de cura para una misma enfermedad o para restablecer el estado de bienestar. Además con la intención de identificar la validez de las diferencias entre las acciones curativas y preventivas entre una u otra sociedad.

¿Qué es salud híbrida?

En una de las charlas que tuve con Henry —autoridad indígena de salud de La Chorrera— me dijo:

Yo puedo decir que soy de la generación inmediatamente siguiente de las bonanzas cauchera y coquera. Nosotros tuvimos un quiebre cultural muy complicado en el sentido en el que en ese tiempo se estaba perdiendo la cultura... que los únicos que cantaban, los únicos que curaban, los únicos que mambeaban eran los abuelitos, los más mayores... en el caso mío por ejemplo fue muy duro, porque yo aprendí a cantar casi a los 30 años, aprendí a entender el idioma, yo mambié a los 36 años entonces fue muy

duro para nosotros, pero la generación que viene después de nosotros, estos jóvenes salen muy fortalecidos culturalmente...esta es una de las fortalezas del proceso realizado en el marco del modelo de salud intercultural que se ha realizado [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Ese pequeño párrafo pone en evidencia dos formas de violencia que padeció la población indígena de Amazonas. La primera es la violencia generada por la bonanza cauchera. Y la segunda es la violencia generada por la evangelización. (Hernández. 2014). Estas formas de violencia serán abordadas brevemente con la intención de demostrar que las comunidades indígenas de la zona no municipalizada La Chorrera han tenido contacto con otras culturas. Este acercamiento cultural ha incidido en las prácticas culturales actuales de los chorreranos. Finalmente este análisis desembocará en la noción de salud híbrida.

De esta forma, se mencionara la primera forma de violencia ocasionada por la fiebre del caucho. Si bien los indígenas conocían desde mucho antes de la conquista española el árbol de caucho, solo hasta los primeros años del siglo XX se intensificó la explotación del mismo. Esta actividad ayudó a satisfacer las demandas de las nuevas tecnologías de la época: Las llantas para los automóviles (Pineda. 2014).

Desde 1886, la empresa Casa Arana empezó sus actividades abasteciendo de instrumentos y mercancías a los pequeños caucheros a cambio de caucho. Su éxito se expandió de tal manera que establece su principal centro de acopio en la zona no municipalizada La Chorrera y otra sede en la zona no municipalizada El Encanto. Ambas zonas no municipalizadas se ubican en el departamento de Amazonas. Alrededor de estos grandes centros caucheros existía una multitud de secciones unidas por laberintos de trocha. Estos caminos eran necesarios para llegar hasta la sede principal en La Chorrera. Ahí llegaban grandes vapores con el fin de transportar el caucho hasta Iquitos y Manaos (Pineda. 2014).

Cada comunidad indígena estaba obligada a entregar —cada quince o veinte días— una cantidad de caucho para pagar supuestamente mercancías que recibían. El incumplimiento de estas cuotas generaba fuertes castigos. Las personas eran azotadas, colocadas en el cepo, quemadas, amputadas e incluso eran asesinadas. Como si fuera poco, las condiciones inhumanas, a las que eran sometidos los indígenas para extraer el caucho, generaba graves epidemias y problemas de salud. En la mayoría de los casos terminaba con la muerte de estas personas. En otras palabras, todo un régimen de terror se fabricó en este periodo (Pineda. 2014).

El éxito comercial de la empresa llevó a realizar un cambio en la razón social. Así, en el año 1907 pasa de ser La Casa Arana a *The Peruvian Amazon Company*. Esto permitió ampliar la compañía e incluir como socios a algunos ingleses. En varias ocasiones, ellos le indicaron a Julio Cesar Arana su desacuerdo frente a las situaciones atroces que enfrentaba la población indígena. Por esta razón William Handerburg hace pública algunas denuncias sobre esta situación en el diario inglés Truth (Pineda. 2014).

Roger Cassement, cónsul de Inglaterra en Manaus, fue encargado por el Foreign Office para indagar sobre esta situación en el año 1910. Todo lo que se conoce sobre el funcionamiento de la empresa es gracias a su trabajo investigativo. Pese a las graves denuncias presentadas por Cassement, tuvo que pasar varios años antes de acabar con esta barbarie. Incluso, José Eustacio Rivera, con su obra *La Vorágine* en 1924, plasma a modo de denuncia todo el calvario cauchero que generó un colapso demográfico de la población indígena (Pineda. 2014).

La segunda forma de violencia es la generada por la evangelización. Desde el momento de la colonización, los españoles trajeron una postura hegemónica al concebir a los indígenas como bárbaros. Como la religión católica era la religión oficial de Colombia en los años 1886 hasta 1973, el Estado encomienda a los misioneros incorporar la educación en los territorios indígenas para civilizarlos.

Así se legitimó la entrada del cristianismo en aquellos territorios apartados. En La Chorrera por ejemplo, fueron los Capuchinos Catalanes, quienes en la época de la extracción del caucho y el conflicto colombo-peruano, los que brindaban un acompañamiento a esta población. Posterior a estos episodios, los capuchinos reagrupan a los sobrevivientes indígenas y establecen un orfanato. Ahí las personas reciben atención a cambio de educación y evangelización. Entonces, los indígenas aprendieron a leer, escribir, contar y sobre todo a rezar (Canyes. 1989).

En el orfanato [Hoy internado] se les prohibió a los indígenas hablar su propia lengua y practicar sus costumbres. Se les obligó a vestir y ponerse zapatos. Se satanizaron sus rituales y su espiritualidad. Eran obligados a cristianizarse, a renunciar a su cultura y cambiarla por el catolicismo.

Muchos fueron los relatos contados por los abuelos para enunciar los fuertes castigos —impuestos por los Capuchinos— a los que eran sometidos por hablar Uitoto. Durante muchos años los indígenas Uitoto, Bora y Munaire dejaron de hablar su idioma. Así fueron olvidando algunas palabras, historias, rezos, canciones y algunas formas de explicar el mundo.

Aunque los abuelos y demás población de La Chorrera hablan su idioma, indican que hay cosas que se perdieron. Las generaciones siguientes a esos periodos de violencia tuvieron que realizar un gran

esfuerzo para aprender su idioma; sus padres no se los enseñaron porque pensaban que era un idioma malo, por lo que no debía ser transmitido. Por esta razón, Henry y varios de su generación aprendieron el idioma cuando ya eran adultos.

Todos estos hechos demuestran que la cultura indígena ha tenido contacto con otras culturas. Por ejemplo con la cultura peruana en época de La Casa Arana y con la cultura religiosa occidental impuesta por los Capuchinos. Sin duda este contacto se dio bajo condiciones implacables que dejaron profundas cicatrices físicas y culturales a quienes lograron sobrevivir. Ante este panorama, las comunidades buscaron recuperar aquellas costumbres en vía de extinción. A pesar de que no se logró recuperar en su totalidad, su cultura no se perdió. Terminó transformado sus prácticas y significados culturales.

Todo lo anterior, es un preámbulo para empezar a abordar inicialmente el tema cultural y sobre todo los intercambios entre las sociedades o las comunidades que en algún momento han cruzado y fusionado las fronteras culturales. Este es uno de los elementos necesarios que permitirán hablar, posteriormente, sobre hibridación cultural.

Aunque la historia de la zona no municipalizada La Chorrera está marcada por el dolor y el sufrimiento, es una muestra del intercambio cultural que se puede dar de diversas formas. Lamentablemente, en este caso particular, se dio de una manera violenta. No obstante el intercambio cultural es una característica de la vida social y por ende, inevitable. En relación a esto, Sahlins menciona que:

Los exponentes de...la antropología americana... difícilmente creían que las culturas fueran estáticas y rígidamente delimitadas...Ellos podían incluso hablar de la falacia de la separación cultural: la idea equivocada de que debido a que las culturas son distintivas, son cerradas e inferiores (2001: 301).

Sin duda, el miedo a la degradación o la pérdida cultural surge de situaciones iguales o peores a lo que ocurrió en La Chorrera. Ahí lo que sucedió fue más una imposición que un intercambio cultural. Y es que resulta muy común confundir estos procesos —la imposición cultural e intercambio cultural—. Por lo tanto, es necesario poder diferenciarlos. Donde suceden casos de interacción cultural, se percibe como una oportunidad para fortalecer la propia cultura sin necesidad de permanecer aislados o apartados de aquellas que son diferentes. Es por esto que varios autores han citado algunos momentos históricos en los que diferentes culturas mantienen una relación con otras, sin que ello represente una pérdida cultural.

Sahlins por ejemplo, habla de este intercambio desde lo híbrido. Él dice:

...lo híbrido es todo. Entiendo por híbrido la idea de Homi Bhabha de una medianía deconstruida... tal vez por carecer de referentes mundiales ha llegado a significar popularmente una mezcla cultural que llamábamos aculturación. En ese sentido, como enseñaron Boas, Kroeber & Co. todas las culturas son híbridas. Todas poseen más partes foráneas que localmente inventadas (2001:314).

Este fragmento da luces sobre el significado de la cultura desde un ámbito más flexible y sobre todo cambiante. Cada cultura está compuesta por partes de otras. Lo que no significa que la cultura haya perdido su esencia o se haya descontextualizado. Por el contrario,

«Indica que los límites culturales son transitables, no hay una cultura completamente pura o que no esté permeada por otra u otras. Las culturas son foráneas en su origen y, tal como lo indica Sahlins, desconocer esta realidad «revela una ignorancia... de los procesos históricos» (2001: 315).

Otro autor que aborda el tema cultural es García (2004) Él señala que la cultura se puede explicar cuando se junta con la categoría identidad. Esta dupla conceptual permite entender la cultura a partir de «las condiciones de producción, circulación y consumo de cultura [que] no ocurren en una sola sociedad... no solo dentro de una etnia, ni siquiera dentro de una nación, sino en circuitos globales...» (2004: 35).

En contra de los imaginarios sociales, García aclara que el mundo globalizado no carece de cultura, sino que recoge partes de otras culturas para construir una cultura global. En el libro «La globalización imaginada», García hace referencia al proceso en el que dos o más grupos imaginan lo social, conciben las diferencias y gestionan relaciones entre ellas. Para complementar este argumento, García usa la discusión sobre la cultura para estructurar y dar significado al término de hibridación cultural. Este autor entiende «por hibridación procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas» (García. 2001; 14).

Resulta interesante cuando el autor explica que las estructuras discretas son el resultado de esas hibridaciones. Para explicarlo él pone como ejemplo el espanglish. Este es el resultado de la unión entre el inglés y el español, que a su vez tienen sus raíces con el latín, árabe y lenguas precolombinas. (García. 2001)

Finalmente, Appadurai entiende la cultura como el conjunto de diferencias movilizadas con el objetivo de articularlas (García. 2004). De esta forma advierte sobre la necesidad de las diferencias culturales, pero además de la articulación cultural. Todas las nociones convergen al conciben las diferencias culturales como una oportunidad para compartir con otras culturas. Entonces, el concepto de hibridación cultural pretende estar en armonía con ese entendimiento.

No existe una cultura pura, autentica o autocontenida. Lo que caracteriza la cultura, como la lengua, tradiciones o conductas estereotipadas, es el resultado histórico de algunas mezclas que las compuso. Si no se entiende lo anterior, se corre el riesgo de absolutizar el modo de hablar o de entender las tradiciones y finalmente en obstruir la oportunidad de modificar la cultura (García. 2001). Es en la heterogeneidad donde se producen las hibridaciones. García (2001) concluye que: «La hibridación, como proceso de intersección y transacciones, es lo que hace posible que la multiculturalidad⁹ evite lo que tiene de segregación y pueda convertirse en interculturalidad»¹⁰ (García. 2001: 20).

García (2001) explica que el termino de culturas hibridas le permite incluir procesos que otros términos no incluyen. Así, abarca «diversas mezclas interculturales que con el de mestizaje, limitado a las que ocurren entre razas, o sincretismo, fórmula referida casi siempre a funciones religiosas o de movimientos simbólicos tradicionales» (García. 1997: 111). Entonces, con culturas hibridas puede explicar las mezclas que estos otros términos parecen excluir.

Hasta el momento, se ha contemplado el concepto cultura e incluso de cultura híbrida. De algún modo, estos empiezan a dar algunos destellos de lo que significa salud híbrida; sin embargo, aún es necesario explicar cómo la cultura se relaciona con la salud. Estos son elementos necesarios para pasar de cultura híbrida a salud híbrida.

Etimológicamente cultura y salud son términos con significados diferentes. Según la Real Academia Española cultura es «un conjunto de modos de vida y costumbres...» y salud es un «estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones» (RAE. 2018). A simple vista no tienen nada que ver el uno con el otro sin embargo, tienen muchas cosas en común.

Algunas disciplinas intentaron evidenciar esta relación. Por ejemplo, la antropología y la medicina tuvieron en cuenta los conocimientos y las prácticas culturales como aspectos que inciden en los significados de salud, enfermedad y de las prácticas de curación. Por eso, una enfermedad puede o

⁹ Según, Giménez (2003: 24) la multiculturalidad hace referencia a la diversidad cultural, que en el plano normativo reconoce y debería respetar el principio de igualdad y de la diferencia. En otras palabras, la multiculturalidad reconoce la existencia de diversas culturas, o en otras palabras «es la idea según la cual la humanidad está compuesta por distintos grupos humanos con culturas diferentes» (Rojas. 2010: 39). Sin que estas se articulen o relacionen.

¹⁰ Para Walsh es importante abordar la interculturalidad «como proyecto político, social, ético y epistemológico –de conocimiento y de saberes- que afirma la necesidad de cambiar no solo las relaciones, sino también, las estructuras, condiciones y dispositivos que mantienen la desigualdad, inferiorización, racionalización y discriminación” (Walsh. 2009: 3). La interculturalidad no es solo una relación donde se encuentran, se respetan y se tratan de integrar dos culturas diferentes, sino un proceso que mantiene esa diferencia cultural “re-conceptualizando y re-fundando estructuras sociales, epistémicas que ponen en escena los modos culturales de pensar, actuar y vivir» (Walsh. 2009: 3).

no ser entendida como tal; una misma enfermedad puede tener diferentes causas e incluso diferentes procesos para curarla y esto depende de la sociedad donde se dé. Estas múltiples formas de entender, diagnosticar y curar los padecimientos se conoce como pluralismo médico, terapéutico y asistencial (En Fernández. 2006).

Sowell (1997) indicó que a finales del siglo XX en Colombia y Ecuador empezaron a operar diversos sistemas médicos: entre ellos la biomedicina, homeopatía, medicina popular, curación espiritista, gran variedad de sistemas médicos indígenas y la medicina científica. Durante este periodo se evidenció una confrontación entre las distintas nociones de sanación, ideología y poder. Esto terminó transformando la sociedad latinoamericana además de dividirla.

Autoras como Raffaetà (2013) indicaron que:

Baer (2001) has observed that in the United States, biomedicine remains hegemonic and CAM is incorporated in ways that sustain biomedical dominance. Medical pluralism has been defined a “myth” (Han 2002), which creates the illusion of choice when, in fact, it reproduces capitalist, biomedical, and bourgeois worldviews (P. 136).

La medicina complementaria y alternativa CAM — por sus siglas en inglés *Complementary Alternative Medicine*— hace referencia a esos diversos sistemas médicos que existen en un mismo territorio. Raffaetà (2013) habla del pluralismo médico en Italia e indica que la medicina popular coexistió con la biomedicina a principios del siglo XX. En los años 1861 y 1945, el gobierno italiano se opuso a la medicina popular como elemento contrario al progreso médico; representaba un conjunto de prácticas supersticiosas y atrasadas. En la segunda mitad del siglo XX resurgió la medicina popular en Italia.

Pese a ello, Raffaetà (2013) indica que el pluralismo médico es un mito que crea la ilusión de elegir entre diversos sistemas de salud y, termina reproduciendo la visión de un mundo capitalista y biomédico. CAM es una extensión del consumismo; los medicamentos tienen un origen exótico que le otorga un valor agregado y favorece al mercado. Así, CAM es empacado como un producto exótico, pero cuenta con un aval biomédico. De esta forma la medicina popular va eliminando el componente sobrenatural en el que se basa su sistema médico.

Según Raffaetà (2013) el pluralismo médico de tipo ideal es un espejismo, una solución adaptada que matiza la biomedicina con diferentes prácticas. De esta forma, la terapia se experimenta como una plataforma abierta.

Una perspectiva similar es presentada por Jütte (2013) quien indica que el pluralismo médico es un concepto interpretativo, hace referencia a un periodo cronológico y lugar específico. Por lo tanto, no es estable y varía según el tiempo en el que surge. El autor indica que:

in the early modern period we observe a complex array of heterogeneous medical ideas and practices which has not much in common with the kind of pluralism or plurality which we can find in modern health care systems in Europe and non-western countries (e. g., India, Japan) (Jütte. 2013: 2).

Por lo tanto, el pluralismo médico, que surge en la modernidad temprana, es diferente al que surge en la modernidad madura. En la primera modernidad, el pluralismo médico no reconoce la diferencia entre varias prácticas de salud. Las opciones médicas no se definen como alternativas de salud y menos como un sistema de salud complementario. En la segunda modernidad, el nuevo pluralismo médico pretende una exclusividad basada en el poder.

Es en esta parte, donde coincide con Raffaetà (2013) quien menciona que algunas modalidades de CAM están sujetas a un proceso de regulación estatal. De esta forma solo los médicos, con una educación biomédica, pueden practicarla como un servicio privado. Entonces, «*resorting to CAM is a way for people to affirm an “alternative modernity” (Hsu 2009; Knauff 2002), asserting traditional values and understandings within a modern framework*» (Raffaetà. 2013: 136).

En otras palabras, ambos autores indican que el pluralismo médico no es solo un número disponible de opciones curativas que se incrustan en significados, sino que responden a una cultura dominante. Así la medicina tradicional busca igualarse con la biomedicina (Raffaetà. 2013); además pretende convertirse en un producto que cumple unos lineamientos similares a los de la biomedicina (Jütte. 2013). Este es precisamente el punto que separa el pluralismo médico de la salud híbrida.

Esta investigación inicia concibiendo la salud híbrida como una entrada y salida de las prácticas de medicina tradicional, las prácticas de medicina moderna y viceversa. Así como una hibridez está cargada de un movimiento o de una estrategia de «entrada y salida a la modernidad» (García. 2001: 19). Entrar y salir de la modernidad significa transitar entre unos itinerarios terapéuticos modernos como tradicionales.

Pese a ello, salud híbrida es un proceso que va más allá de una entrada y una salida. No es un mero proceso de elección de uno u otro itinerario terapéutico. Salud Híbrida no es la elección que resulta de las dificultades de acceso a otras alternativas de curación. Más bien, salud híbrida es un proceso que refleja la construcción conceptual para diluir la separación entre lo moderno y lo tradicional. Es un concepto que permite ver la otredad desde una noción que abarca diferentes ángulos. Es una

comprensión más amplia y nutrida de la realidad. Por lo tanto, intenta superar los dualismo entre las dicotomías moderno-tradicional.

Para ahondar en la explicación de hibridación en salud es necesario transitar en el giro ontológico del concepto desde la antropología de Latour (2007), Viveiros (1998) y Holbraad (2008). Los postulados de Latour (2007) resaltan las tensiones dicotómicas entre lo moderno y lo tradicional. Para este autor, la modernidad es una definición que hace referencia a un proceso que intenta separar dualidades como naturaleza-cultura; objeto-sujeto; observación –teoría; cuerpo-alma; materia- espíritu; conocimiento-creencia y, porque no, entre lo social y lo no social. Según Latour, al separar estos conceptos se entierra la relación de lo humano- no humano. Estas relaciones duales es lo que se conoce como híbrido.

Entonces, para Latour (2007) los híbridos son aquellas cosas que no estan definidas dentro de lo social, ni dentro de lo natural. No son completamente objetos pero tampoco sujetos, tiene de ambas pero a la vez de ninguna. A partir de esta reflexión, Latour reacciona de una manera crítica con la intención de matizar dichos dualismos. De esta forma surge la Teoría del Actor- Red en la que, tanto los humanos como los no humanos, estan relacionados y forman las asociaciones.

Nosotros mismos somos híbridos «instalados en el interior de las instituciones científicas, medio ingenieros, medio filósofos...» (Glavich. 1995: 208) En ese sentido, hibridación empieza a entenderse como parte de esa dualidad de la modernidad. Una modernidad que es cuestionada por Latour. Esta crítica a lo moderno se refleja en su libro: «Nunca Fuimos Modernos» (2007). Latour demuestra que no solamente no hay modernidad sino que su intento por prohibir los híbridos, desencadenó un efecto contrario. El resultado fue la proliferación de lo híbrido.

Aunque las dicotomías facilitan la distinción entre las leyes de la naturaleza y las convenciones de la sociedad, es necesario «...conservar la producción de una naturaleza y una sociedad que permitan cambios de magnitud mediante la creación de una verdad exterior y de un sujeto de derecho, sin que por ello se ignore el continuo trabajo de coproducción de las ciencias y de las sociedades» (Glavich. 1995: 211).

El análisis entre lo humano y lo no humano, también fue abordado por el brasileño Viveiros (1998). El autor discute la relación entre los humanos, los animales y los espíritus. Esta relación se refleja en la cosmología de la Amazonía. A esta cosmología la denominó perspectivismo amerindio. Este perspectivismo contempla la dualidad etnocentrismo-animismo. El etnocentrismo considera un grupo, una raza o una comunidad superior a otra u otras. Mientras que el animismo atribuye un alma

o espíritu a todas las personas, animales y cosas. Cada uno de estos elementos es entendido desde un ámbito corpóreo- espiritual, natural - cultural, respectivamente.

Estas dicotomías se han usado para diferenciar las cosmologías no occidentales de las occidentales, así como para explicar lo moderno y lo no moderno. Sin embargo, Viveiros dice:

...the classic distinction between Nature and Culture cannot be used to describe domains internal to non-Western cosmologies without first undergoing a rigorous ethnographic critique. Such a critique, in the present case, implies a redistribution of the predicates subsumed within the two paradigmatic sets that traditionally oppose one another under the headings of 'Nature' and 'Culture': universal and particular, objective and subjective, physical and social, fact and value, the given and the instituted, necessity and spontaneity, immanence and transcendence, body and mind, animality and humanity, among many more (1998: 469)

Para superar estos paradigmas es necesario reorganizar los esquemas conceptuales. Por lo tanto, Viveiros (1998) propone hablar de multinaturalismo como un enfoque que relaciona el pensamiento naturalista — propio del pensamiento amerindio— con las cosmogonías occidentales multiculturalistas. Lo anterior, implica una unidad entre la naturaleza y la pluralidad de culturas, entre lo humano y lo animal, entre lo social y lo natural. Finalmente, Viveiros considera importante esta relación entre estos conceptos, considerados distantes y no asociables.

Además, Viveiros (1998) menciona el escándalo que originó pensar en un encuentro entre dos subjetividades históricamente aisladas: el sujeto europeo y el sujeto amerindio. «Ambos espectros se encuentran nutridos de regímenes ontológicos casi inconmensurables» (Sabogal. 2013:5). El sujeto europeo es un sujeto de razón y de civilización. Es un sujeto lógico y por ende objetivo. El sujeto europeo pretende una epistemología real del mundo. Basa su metafísica en las esencias. Mientras que el sujeto amerindio es el sujeto del naturalismo, es un sujeto primitivo. El sujeto amerindio pretende una epistemología interpretativa. Basa su metafísica en las apariencias (Sabogal. 2013).

La episteme del sujeto europeo y del sujeto amerindio basan sus diferencias en la metafísica. Por lo tanto, mientras el sujeto europeo piensa que los sujetos pueden ser analizados e investigados. O que el universo es en sí mismo un objeto de conocimiento al que debe aproximarse de manera imparcial (Sabogal. 2013). El sujeto amerindio cree que el universo

...se encuentra personificado. Hay en cada ente una persona, un “otro” real que ve y siente el mundo de formas que son imposibles de comprender para quien no es ese “otro”. Lo que tenemos en común con el universo es que nuestro cuerpo es inmanente y que podemos devenir cualquier otro: lo único que podemos sospechar de otro es que tenga una corporalidad similar o diferente a la nuestra. Sin embargo, independientemente de que esto sea así, los sujetos se constituyen como universales y los

cuerpos como formas particulares de esas subjetividades. El ideal epistemológico amerindio no es objetivación del otro, sino la interpretación y transformación de los sujetos: la forma del Otro es la persona (Sabogal. 2013:8).

De esta forma, la metafísica amerindia indica que si un sujeto —persona, animal o espíritu— se transforma en otro sujeto —persona, animal o espíritu— la subjetividad es transitoria. Por esto Viveiros indica:

For the moment, we may simply note one of its main corollaries: the past humanity of animals is added to their present-day spirituality hidden by their visible form in order to produce that extended set of food restrictions or precautions which either declare inedible certain animals that were mythically co-substantial with humans, or demand their desubjectivization by shamanistic means before they can be consumed (neutralizing the spirit, transubstantiating the meat into plant food, semantically reducing it to other animals less proximate to humans), under the threat of illness, conceived of as a cannibal counter-predation undertaken by the spirit of the prey turned predator, in a lethal inversion of perspectives which transforms the human into animal (1998: 472)

Desde el perspectivismo amerindio, abordado por Viveiros (1998), el chamán es el único que puede conocer la humanidad pasada de los animales, cruzar los límites de la subjetividad y lograr este tránsito. Sin embargo, existe una forma para que otros puedan transitar los límites que enmarcan a los sujetos. Viveiros (1998) denomina esta forma como la metafísica de la predación. Esta metafísica permite identificar la inmanencia ontológica de las especies como una forma de relacionarse con los otros (Sabogal. 2013).

Para explicar la metafísica de la predación, Viveiros (1998) parte de la comprensión de la ontología amerindia cuya jerarquía es horizontal. Es decir, si bien todos somos personas también somos depredadores o presas. Entonces, el hombre no se posiciona como un sujeto protegido frente a las otras especies. Así, el hombre puede ser comido o comer al otro. Esta es una visión que se asemeja al concepto del canibalismo. Según Sabogal:

El pensamiento latinoamericano clama por una reapropiación de su identidad a través de la figura de la antropofagia: comerme al otro, digerirlo y desechar lo que no me sirve. Asumir y comer a los otros sujetos como propios, me sean nutritivos o no, es potencialmente una forma de indigestión y enfermedad, que se convierte fácilmente en tierra de cultivo para la colonización real. El pensamiento caníbal es posible sólo si soy capaz de roer el tuétano del pensamiento ajeno y producir el propio de forma libre y auténtica (2013: 12).

Por su puesto, este canibalismo no es literal. El canibalismo, propuesto por Viveiros (1998), es más filosófico. El pensamiento marcado por la lógica de la modernidad desprecia otros pensamientos que

podrían nutrir el pensamiento original. Pensar en la metafísica de la predación es permitir tomar de otras formas de pensamiento para abarcar una comprensión amplia de los otros y del mundo. Estar en dialogo con las dicotomías permite navegar por lo humano-no humano, objetivo-subjetivo, moderno-tradicional, entre muchas otros.

En palabras de Latour, el conocimiento no puede continuar prohibiendo lo híbrido. El conocimiento no puede cegarse y negarse a las otras múltiples formas de conocimiento. En suma, el pensamiento caníbal del que habla Viveiros (1998) se asemeja a una comprensión de lo híbrido. Lo híbrido surge solo si se es capaz de «roer el tuétano del pensamiento y producir el propio de forma libre y auténtica» (Sabogal. 2013:12).

Desde una misma perspectiva, Holbraad (2008) indica que es necesario entender la otredad de manera distinta a las divisiones de pensamiento. Por lo tanto, es necesario la innovación conceptual. En ese sentido, esta investigación presenta el concepto de hibridación en salud como un concepto que permite disipar las dicotomías entre los itinerarios terapéuticos de la medicina tradicional como de la medicina moderna. Hibridación en salud responde a unos itinerarios terapéuticos que no estan dentro de la medicina tradicional pero, tampoco dentro de la occidental, La hibridación en salud recoge elementos de la medicina tradicional como de la occidental. Hibridación en salud tiene de ambas medicinas pero a la vez de ninguna (Latour. 2007).

La hibridación en salud concibe los itinerarios terapéuticos de la medicina tradicional y los de la medicina occidental como pensamientos que se nutren mutuamente. Esta situación permite el dialogo y navegación entre las dicotomías de la medicina tradicional y la medicina occidental (Viveiros.1998). Finalmente, hibridación en salud es una alternativa para superar el binomio moderno-tradicional y abre el abanico de opciones para explicar la diversidad. Configura alternativas intelectuales sobre las fronteras sinuosas y porosas que articulan lo moderno y lo tradicional. Ambos elementos estan inscritos en ejes de co-construcción (Ruiz. E. Et al. 2016: 194)

En este sentido, los itinerarios terapéuticos usados antes del Miapspi respondían a la dicotomía entre lo moderno y lo tradicional. Mientras que los itinerarios terapéuticos usados después del Miapspi pretenden aliviar dicha dicotomía. Nutrir los itinerarios terapéuticos tradicionales con los modernos y viceversa. Cada uno de estos itinerarios toma la parte nutritiva del otro para alimentarse. De esta forma, los itinerarios terapéuticos usados después del Miapspi evidencian un proceso de hibridación en salud.

Las transformaciones de los itinerarios terapéuticos, usados después del Miapspi, son el resultado de la integración moderno-tradicional. De esta forma, los itinerarios terapéuticos modernos y

tradicionales se mezclan para restablecer el estado de bienestar o la salud del paciente. En ese sentido, los itinerarios terapéuticos usados después del Miapspi no son completamente tradicionales ni completamente modernos. Son híbridos. Esto es lo que le permite transitar entre uno y otro pese a las múltiples razones que presentan los Uitoto para explicar el uso de itinerarios terapéuticos híbridos y que este trabajo intenta describir.

Entre los itinerarios terapéuticos descritos en este trabajo están los que se usan para aliviar las «enfermedades graves». Para aliviarlas, los Uitoto del casco urbano de La Chorrera pueden elegir el itinerario terapéutico que le permite un rápido alivio o no. Más allá de las razones que puedan dar los Uitoto para explicar porque usan esos itinerarios terapéuticos, lo que reflejan sus acciones es la construcción conceptual del proceso de hibridación en salud. Es decir, lo que se encuentra en La Chorrera es una expresión transitoria entre lo moderno y lo tradicional. Así, los itinerarios terapéuticos surgidos a partir del Miapspi logran superar la dicotomía antagónica y no asociable entre lo moderno y lo tradicional.

Reconociendo las transformaciones de los itinerarios terapéuticos como un proceso de hibridación en salud.

En esta investigación se intenta evidenciar la existencia del proceso de hibridación en salud a partir de las transformaciones de los itinerarios terapéuticos ocasionadas por la aplicación del Miapspi. Este modelo permitió la realización de espacios de diálogo entre la medicina tradicional y la biomédica. Estos espacios fueron vitales no solo para ejecutar acciones de salud contempladas en el PIC, sino para introducir una relación entre ambas medicinas que se viera reflejada en la cotidianidad.

Aunque parece simple, este suceso revela una apuesta por acercar distintas sociedades y desvanece la idea de una sola y consolidada realidad. Entonces, la marcada distancia entre lo moderno y lo tradicional no solo empieza a estrecharse, sino a desdibujarse. La cultura Uitoto y las posturas modernas, ambas consideradas herméticas, empiezan a traspasar las fronteras de su propia realidad y asumir otras perspectivas (Ruiz. E. Et al. 2016).

Este cambio de perspectiva se puede evidenciar en La Chorrera después de la aplicación del Miapspi. Este modelo logró transformar los itinerarios terapéuticos de la población Uitoto. Estas transformaciones no son percibidas como una pérdida cultural —como se percibe al evocar la época de la caucharía o la evangelización— sino como un proceso que permite a la misma tradición tomar elementos de la modernidad para nutrirse. Demuestra que el mundo Uitoto es «aprehendido desde diferentes puntos de vista por diferentes clases de seres...» (Ruiz. E. Et al. 2016: 196). Estos seres se perciben a sí mismo como tradicionales al tiempo que se definen como modernos. Las diferentes

formas de ver el mundo, como lo moderno y lo tradicional, crean diferentes puntos de vista del mundo real. Lo que une a lo moderno y a lo tradicional es esa configuración descolonizadora del proceso de hibridación en salud.

Sin las transformaciones de las acciones o las prácticas, en este caso de curación, no se podría hablar de hibridación cultural. Probablemente, sería adecuado seguir hablando de pluralismo médico o incluso de multiculturalismo. Este último corresponde a una ontología occidental (Viveiros. 1998). Pero lo que realmente sucede en La Chorrera da cuenta de la hibridación en salud que supera esas dualidades.

Metodología

La comprensión de un mundo integrado por otras realidades es una propuesta del estudio ontológico. Dentro de los estudios ontológicos más representativos se encuentra el trabajo de Holbraad (2008). Este autor propone seguir un método que denomina ontográfico. Este método permite solucionar el «problema de la incompreensión e intraducibilidad de la otredad, desplegando nuevas maneras de llevar a cabo procesos de innovación conceptual» (González. 2015: 48). Para desarrollar el método ontográfico, el autor establece una serie de pasos necesarios para detallar los puntos de encuentro entre las alteridades. Estos elementos permitirán construir conceptos.

En el marco de lo anterior, esta investigación usa una triada de instrumentos para recopilar información que permita reconocer las transformaciones de los itinerarios terapéuticos de los indígenas Uitoto del casco urbano del corregimiento La Chorrera en el departamento de Amazonas —surgidas a partir del Miapspi— como un proceso de hibridación en salud. En este sentido, se realizó una revisión documental ¹¹ con la intención de hallar actas, registros fotográficos y demás documentos que dieran luces sobre el proceso de concertación, formulación y aplicación del Miapspi. Dichos documentos se buscaron en los archivos de la Secretaría de Salud del departamento de Amazonas.

Aunque no se encontraron actas, fotos, ni el documento del Modelo Miapspi como tal, se hallaron dos informes. Uno de ellos es el Informe Sociocultural escrito por la Asociación Zona Indígena de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas de La Chorrera Azicatch. Y el otro fue escrito por la Organización Panamericana de la Salud- OMS y el Ministerio de Salud Protección social- MSPS. Este hace referencia a la atención de salud de la población indígena en el Amazonas. La información

¹¹ Hostil y Stone indican que «El análisis de contenido es una técnica de investigación para formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto» (1969:5).

recolectada detalla las diferencias e incompatibilidades generadas por los modelos de salud: moderno y tradicional.

En segundo lugar, se realizaron varias observaciones participantes¹² en dos espacios pensados como diferentes. Uno de estos espacios fue el puesto de salud¹³ de La Chorrera. Ahí las personas reciben atención para prevenir, curar las enfermedades o restablecer el estado de bienestar. Sin embargo, en el transcurso de la investigación, se identificó que no es así. El otro espacio fue la maloka. En este se pensaba encontrar procedimientos exclusivos de la medicina tradicional. Inicialmente, y respondiendo a las lógicas dualistas, se pensó que las prácticas realizadas tanto en el puesto de salud como en la Maloka eran exclusivos al conocimiento médico que integran: medicina occidental y medicina tradicional respectivamente.

Ambos espacios fueron seleccionados como espacios estratégicos para cuestionar el estado dado de las cosas. Superar la comprensión de la medicina occidental como medicina occidental y medicina tradicional como medicina tradicional. Ambos lugares son apropiados para identificar similitudes o coincidencias entre los itinerarios terapéuticos usados en cada uno de los espacios observados. En principio estos espacios se consideran distantes. Sin embargo, esta técnica permite recopilar que los itinerarios terapéuticos de los Uitoto, usados después del Miapspi, pueden asumir algunas características tanto de la medicina occidental como de la tradicional. Demostrando que la medicina tradicional puede interactuar con la medicina occidental (Holbraad. 2014).

Estas observaciones participantes me permitieron fortalecer la relación con la comunidad y obtener unos conocimientos básicos. Estos fueron útiles para ajustar los guiones de las entrevistas semiestructuradas que posteriormente realicé. Esta fue la tercera técnica usada en esta investigación.

¹² Según Guber, la observación participante es

una técnica para recoger información «en contextos o situaciones en los cuales se expresan y generan los universos culturales... se basa en el supuesto de que la presencia – esto es percepción y experiencia directa ante los hechos de la vida cotidiana de la población de estudio...-garantiza la confiabilidad de los datos recogidos y... el aprendizaje de los sentidos que subyace tras las actividades de dicha población. La experiencia y la testificación se convierten así en la fuente de conocimiento del antropólogo» (Guber. 2005: 109).

¹³ Existe una diferencia entre puesto de salud y centro de salud. Los puestos de salud son los que están ubicados en el casco urbano de las zonas no municipalizadas. Los centros de salud eran los puestos donde los antiguos promotores de salud atendían a la población. Debido a que los promotores son actualmente auxiliares de salud, no pueden atender ni entregar ningún tipo de medicamento a la comunidad. Por lo tanto, estos centros de salud dejaron de funcionar como tal. Por lo anterior, en la memoria lingüística de la población quedó grabado el término centro de salud y por eso actualmente se confunde centro con puesto de salud.

Se realizaron algunas entrevistas semiestructuradas¹⁴ a familias del grupo étnico Uitoto. A estas personas se les pidió narrar una situación de enfermedad ocurrido después del 2010 resaltando la forma como lograron identificar ese problema de salud en el enfermo; cómo decidieron que necesitaba o no ayuda; que tipo de ayuda eligieron, porque eligieron ese tipo de ayuda —biomédica o tradicional— y qué realizaron para intervenir el problema de salud o restablecer el estado de bienestar. (Casado. 2016: 9-10)

También, se entrevistó al médico tradicional, Jairo; el auxiliar de saneamiento básico, Cristian; el secretario tradicional de salud, Henry, y la Autoridad tradicional indígena de la Azicatch, Emilio. Todos ellos fueron identificados como los informantes más apropiados.

A simple vista, con esta técnica se recopilan las razones que motivan a los entrevistados a usar unos itinerarios terapéuticos. Con esta información se podría indicar que sus elecciones no se limitan a las dificultades de acceso a otras alternativas de curación. Sin embargo, los itinerarios terapéuticos que usan los Uitoto del casco urbano del corregimiento La Chorrera —surgidas a partir del Miapspi— demuestran la construcción conceptual del proceso de hibridación en salud.

En esta medida, el uso de estos tres instrumentos de investigación me permitió cubrir los espacios para encontrar información que responda la siguiente pregunta investigativa ¿Son las transformaciones de los itinerarios terapéuticos de los Uitoto de La Chorrera —surgidas a partir del: Miapspi— un proceso de hibridación en salud? En consecuencia, el uso de esta triada permite comparar la información obtenida, encontrar patrones de convergencia y lograr el objetivo de esta investigación: reconocer las transformaciones de los itinerarios terapéuticos de los indígenas Uitoto del casco urbano del corregimiento La Chorrera en el departamento de Amazonas —surgidas a partir del Modelo Intercultural de Atención y Prestación de Servicios de Salud para la Población Indígena Amazonas: Miapspi— como un proceso de hibridación en salud.

¹⁴ Para Restrepo «La entrevista supone preguntas abiertas donde los entrevistados presentan sus puntos de vista con cierto detenimiento. Por tanto, las entrevistas apuntan más a un dialogo orientado entre el investigador y el investigado... se busca comprender en detalle las percepciones de los entrevistados o profundizar el conocimiento de situaciones pasadas o presentes desde su perspectiva. De ahí que el entrevistador invierte un tiempo significativo no solo en la realización de cada entrevista sino también en su posterior análisis e incorporación de los resultados a su investigación» (Restrepo. 2007: 2).

Capítulo I: Itinerarios terapéuticos usados por los Uitoto

«Este mes ya no tenemos más vuelos. Toca esperar hasta el otro mes a que abran agenda»



Tomado de: <http://www.bc-maps.com>. Adaptación propia para evidenciar el trayecto realizado,

(Conversación personal con Camilo. 4 de julio de 2017)

Para recopilar la información sobre los itinerarios terapéuticos usados por Uitoto — del casco urbano de La Chorrera— antes y después de la aplicación del Miapspi, tuve que afrontar una serie de situaciones que integraron esta experiencia investigativa. Por lo tanto, este capítulo es el reflejo del trabajo de campo y de la información que se obtuvo a partir del mismo.

Aunque conocía de antemano las dificultades de traslado hasta la zona no municipalizada La Chorrera¹⁵; los sobrecostos que genera un cambio de vuelo y de evaluar todo posible riesgo que me impidiera llegar a territorio, no pude evitar que tuviera algunas dificultades de acceso.

Estas son algunas dificultades que nadie puede evitar, pero sí minimizar. Por eso, antes de llegar a La Chorrera fue necesario realizar un previo acercamiento tanto al territorio como a las autoridades indígenas. Hablar con las autoridades indígenas es un requisito necesario para quien desee entrar a territorio indígena. Por eso, no podía obviar este requerimiento. Estos los asumí teniendo en cuenta la experiencia de Barley (1989) registrada en el texto «El antropólogo inocente. Notas desde una choza de barro». Por lo tanto, desde Bogotá empecé a buscar información sobre La Chorrera y, me contacté con la Secretaría de Salud del Departamento de Amazonas¹⁶ para solicitar información sobre la autoridad indígena de La Chorrera. La oficina de la Secretaría de Salud se encuentra en el municipio de Leticia.

Mientras recibía respuesta de la Secretaría, encontré que esta zona no municipalizada es una de las nueve que componen el departamento de Amazonas. Según el censo del Departamento

¹⁵ La ruta Leticia-La Chorrera- Leticia es cubierta por la empresa Satena

¹⁶ En los años 2013 hasta 2015, trabajé con la Secretaría de Salud de Amazonas. Ahí conocí a algunas de las personas que me ayudaron, de una u otra forma, a encontrar información del Miapspi. Ellas serán mencionadas de cuando en cuando en este capítulo.

Administrativo Nacional de Estadística DANE (2005) para el año 2018 se proyectó una población de 4 044 personas. A nivel departamental ocupa el tercer puesto de importancia económica después de los dos municipios que conforman el Amazonas —Leticia y Puerto Nariño (Chaparro. 2007: 17). Al norte, se encuentra bordeado por el río y departamento de Caquetá y al este por el río Igara- Paraná. Al noroeste colinda con la zona no municipalizada Puerto alegría y al noreste con la zona no municipalizada Puerto Santander. Por el sureste limita con la zona no municipalizada Puerto Arica y al suroeste con la zona no municipalizada El encanto. Todas las zonas no municipalizadas mencionadas pertenecen al departamento de Amazonas (Descripción propia).

La Chorrera cuenta con un área aproximada de 11 152 Km² (Azicatch. 2006. Conversión propia). El área de esta zona no municipalizada es más grande que el de Leticia —Capital del departamento de Amazonas. Sin embargo, su densidad demográfica es mucho menor.

El río Igara- Paraná es el eje articulador y fuente de comunicación entre las zonas no municipalizadas vecinas, con la capital departamental Leticia, con otros departamentos e incluso otros países. Este río se caracteriza por contar con la presencia de diferentes chorros —de ahí se deriva el nombre de La Chorrera— o rápidos que en ciertos tramos impide la navegación. Los víveres que llegan a este de la zona no municipalizada proceden de Leticia o de Caquetá y, son transportados por este río en travesías que pueden durar entre quince días a un mes (Azicatch. 2006). Los costos de transporte aéreo para llegar a esta zona no municipalizada son elevados y se programan cada 15 días, según demanda.

La población indígena que habita esta zona no municipalizada pertenece a los pueblos Uitoto, Bora, Okaina, Andoque y Munaire. En el marco del Decreto 1088 de 1993¹⁷ se inscribe la Asociación Zona Indígena de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas de La Chorrera —Azicatch—. Esta asociación tiene veinte cabildos organizados. El cabildo que corresponde al casco urbano de esta zona no municipalizada es Centro Chorrera. También, este Cabildo es el más poblado y centro de Azicatch (Azicatch. 2006: 16).

La Empresa Social del Estado ESE Hospital San Rafael de Leticia es el Instituto Prestador de Salud IPS que tiene puesto de salud en La Chorrera y, presta atención de primer nivel. La Entidad Promotora de Salud EPS es Mallamas. Según Azicatch, los problemas que repercuten en la salud de los chorreranos son:

- La falta de métodos apropiados para el manejo de las basuras ordinarias y peligrosas como las jeringas, gasas y otros instrumentos usados en el puesto de salud.

¹⁷ Decreto que regula la creación de asociaciones de cabildos y autoridades tradicionales indígenas.

- El sistema tradicional de recolección de agua lluvia para el consumo humano tiene problemas de mantenimiento y de higiene.
- Los ayunos prolongados a los que se someten las personas cuando realizan jornadas de pesca y cacería. (Azicatch. 2006).

Luego de haber encontrado esta información, en la mañana del miércoles 19 de abril de 2017 — recibo por correo electrónico el censo de La Chorrera. Este censo está actualizado a noviembre de 2016; fue realizado por el Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI— de la Secretaría de Salud del Departamento de Amazonas; e indica un total de población de 2 312 (Ver tabla N° 4). Esta cifra es diferente a la proyectada por el DANE para ese mismo año —3 933—.

El censo está organizado por las 22 comunidades indígenas que conforman la zona no municipalizada y cruza las variables: edad, número de personas que tienen activo el virus del papiloma humano, mujeres en edad fértil, gestantes y totales. Para el caso específico del cabildo Centro Chorrera, el total de habitantes es de 439, el número de viviendas es de 87 y el número de familias es 100. (Para revisar el resto de información censal de La Chorrera, revisar las tablas No 2 a la 4). Esta información no se encuentra en la proyección del DANE.

Además de entregarme esta información, la Secretaría de Salud me da el número de teléfono del Técnico de Saneamiento de La Chorrera Cristian. Entonces, el jueves 20 de abril de 2017 me comunico con Cristian. Él me informa que los auxiliares de Salud —reconocidos como promotores de salud— ya no pueden manipular y/o entregar ningún tipo de medicamento; son suministrados exclusivamente por los médicos. Entonces, los pacientes del resto de La Chorrera que requieran estos medicamentos como mecanismo que les ayudará a aliviar su estado de bienestar deben llegar al Puesto de salud para que ahí les sea suministrado. Sin embargo, la distancia entre las comunidades donde hay presencia de Auxiliar de Salud hasta el casco urbano de La Chorrera es muy grande (Ver Tabla N°5).

Una vez tengo toda esta información, me armo de herramientas útiles para establecer los aspectos metodológicos a favor del objetivo de esta investigación. Sin embargo, solo cuando tengo claridad sobre el diseño metodológico, programo el vuelo Bogotá- Leticia para el sábado 1 de julio de 2017. Mi plan era buscar —durante la primera semana de estadía en Leticia— los documentos del Miapspi al tiempo que estaría pendiente para comprar los pasajes desde Leticia hacia-La Chorrera. Entonces, cuando arribo a Leticia me dirijo a la oficina de Satena. Al preguntar por los pasajes Leticia- La Chorrera, el Señor Camilo me dice «Aun no hemos abierto agenda para este mes. Tienes que estar

pendiente para comprarlos» Por lo tanto, le pido el número de contacto para estar pendiente de este vuelo.

En la mañana del lunes 3 de julio, me dirijo a la Secretaría de Salud de Amazonas para hablar con el Secretario —Carlos—. Este encuentro se programa para solicitar acceso a toda la información que la institución tuviera sobre el Miapspi. Finalmente el Secretario de Salud solicita a la Jefe del área de Gestión Integral de Salud Pública GISP —Lisbeth — darme toda la información sobre este modelo. Como ella no había llegado a la oficina, tuve que esperarla. Mientras lo hacía, llamé varias veces al Señor Camilo, pero él no contestó.

Aunque impaciente, esperé a Lisbeth. Cuando ella llega a la oficina me dice:

No tenemos esa información. Lamentablemente la persona que estaba encargada de este proceso no la entregó. Yo aún le pregunto a Rene ¿dónde la dejó? y él me dice que lo dejó acá, pero la verdad es que no hay nada.

Pese a esta respuesta, le pregunto a Lisbeth qué posibilidades hay para que yo la busque en el archivo. Ella me dice: «Ahí no hay nada, pero si quieres revisa». Esto me permitió tener acceso al cuarto donde el GISP guarda archivos como la correspondencia, informes, actas, registros fotográficos, etc. Ahí pasé la mayor parte del tiempo que estuve en Leticia.

Después de hablar con Lisbeth, me dirijo a Satena para seguir averiguando por los pasajes. Como Camilo no contestó, aun desconocía si el vuelo ya estaba o no agendado. Al llegar, Camilo me indica «aún no hay agenda». Entonces, un poco más tranquila regreso a la Secretaría de Salud para continuar con mi búsqueda.

Subiendo las escaleras de la Secretaría me encuentro con un excompañero de trabajo. Jorge ha trabajado durante mucho tiempo con las autoridades indígenas, conoce a la mayoría de ellos e incluso mantiene una fuerte relación laboral con estas personas. Por lo tanto, aprovecho para preguntarle si conoce al presidente de Azicatch. Al explicarle el porqué de mi pregunta, Jorge llama desde su celular a Emilio, el presidente de Azicatch. En esa llamada Jorge le explica — a grandes rasgos— a Emilio mis intenciones investigativas y le pregunta sobre los requisitos para que yo pueda ingresar al territorio. Emilio le informa que debo consultar con la comunidad, pero para hacerlo primero debo contactarme con él. Por lo tanto, Jorge me da el número de celular de Emilio para que acordemos un encuentro.

Con estos datos, pude llamar a Emilio para comentarle que estaba buscando pasaje para ir a La Chorrera, pero no quería entrar al territorio sin que ellos desconocieran el propósito de mi

investigación. Esta era la razón de mi llamada. Entonces, una vez llegara a La Chorrera debía buscar a Emilio para reunirnos y hablar sobre la investigación. En suma, la ayuda de Jorge fue fundamental para lograr contactarme con el presidente de Azicatch y tener el permiso de la comunidad para realizar este trabajo investigativo.

También, Jorge me pregunta «¿ya tienes donde quedarte?» Yo respondo «No». Él me recuerda que cuando trabajábamos juntos una compañera tuvo que ir a La Chorrera. Por lo tanto, debía preguntarle a esa compañera si aún conservaba el número de teléfono de la señora donde se quedó. En consecuencia, busco a Patricia y ella me da el número de doña Juana. De manera casi simultánea, Olga una prima me da el número de teléfono de una de sus compañeras de trabajo. Olga me dice: «Rut tiene una casa en La Chorrera. Yo hablé con ella y me dice que te puedes quedar ahí. Llámala y coordina bien con ella». Cuando la contacto, caigo en cuenta que Rut es Hija de doña Juana y que tanto Patricia como mi prima me dieron el contacto de madre e hija respectivamente.

El martes 4 de julio de 2017 llego a la Secretaría de Salud para seguir buscando información. Como no me limito a buscar solo en las cajas de cartón, pregunto a varias de las personas con las que había trabajado si saben dónde puedo encontrar algún archivo del Miapspi.

Esa mañana estuve tan ocupada buscando información que se me pasó llamar a Camilo. Por eso, en la tarde de ese mismo día, me dirijo a la oficina de Satena. Ahí, Camilo me dice: «Ya abrimos agenda, pero vendimos todos los cupos disponibles» Le pregunté: ¿cuándo es el próximo vuelo? Y me responde: «Este mes ya no tenemos más vuelos. Toca esperar hasta el otro mes a que abran agenda» Lo cual me sorprendió y alarmó porque hasta apenas un día me habían dicho que no tenían agenda y ahora ¿cómo era posible que no tuvieran más cupos? No me explicaba lo rápido en que había cambiado el panorama. Entonces el señor Camilo me dice: «La avioneta que va para La Chorrera solo dispone de 10 cupos para vender. Cómo el mes pasado, no viajamos, muchas personas estaban detrás de estos pasajes y se vendieron rapidísimo»

Aunque entiendo la situación, me angustio. No dejaba de preguntarme «¿y ahora qué voy a hacer? No puedo quedarme hasta el otro mes». Por lo tanto, le explico al señor Camilo mi urgencia por llegar hasta La Chorrera para que me pueda ayudar a encontrar una solución. Él me dice: «El vuelo es el próximo sábado. Lo que podemos hacer es que vengas con tus maletas y solo si la capacidad de peso que podemos permitir en cada vuelo no se completa, podemos llevarte, pero no es seguro. Depende del peso total de los pasajeros, de lo que lleven en cabina y en bodega.» Ante esta mínima posibilidad no dudo en desaprovecharla y le digo que el sábado llegaría muy temprano para ver si logro viajar.

Mientras llegaba el sábado, me la pasé buscando archivos sobre el Miapspi en la Secretaría de Salud. En esos días encontré el Informe Sociocultural que presentó la asociación Azicatch sobre este modelo. Aunque nadie se explicaba cómo había podido encontrar esta información, yo estaba feliz porque había encontrado algo durante esa semana.

Pese a que no tenía asegurado el viaje hasta La Chorrera, el sábado 8 de julio llego al aeropuerto a las 6:30 a.m. Fui la primera en llegar. Mientras esperaba que abrieran la oficina de Satena, pude observar cómo llegaba cada uno de los pasajeros al aeropuerto. Cada persona llegaba cargada de morrales, bolsos y bolsas aparentemente pesados. Una situación que me preocupaba cada vez más; sabía que era un motivo que me impediría viajar.

Cuando empiezan a recibir las maletas, el señor Camilo me dice que tengo que esperar para saber cuánto pesa el vuelo en total. Dependiendo de esa cifra, sabré si puedo o no viajar. Entonces, mientras cada pasajero va pasando su equipaje y es pesado junto con el equipaje de mano, realizo mis propios cálculos. Cuando terminan con cada pasajero, veo que empiezan a embarcar unas cajas. Estas eran unas encomiendas que habían guardado durante el tiempo que Satena no viajó a La Chorrera.

Aunque sospechaba que no podría viajar, trate de no perder las esperanzas hasta hablar con Camilo. Cuando me doy cuenta, Camilo empieza a seleccionar las encomiendas que viajan y las que no. Ahí caigo en cuenta que cualquier posibilidad de viaje se había esfumado. Pese a ello, me dirijo a donde Camilo quien me confirma la noticia. No podía viajar.

Si bien esta fue una situación que quise evitar finalmente no pude hacerlo. Pero me sirvió para usar el tiempo que tenía planeado estar en La Chorrera para seguir buscando información o archivos del Miapspi. En algún momento de mi estadía en Leticia, Lisbeth me presenta a Pedro, un profesional que trabaja en el GISP. Tras varias conversaciones, él me indica que tiene una información que me puede servir. Entonces me entrega dos documentos digitales. Uno resultó ser un informe presentado por la OMS y el MSPS. El cual trata de detallar la situación de la atención en salud de los pueblos indígenas de Colombia. Empero, dedica un capítulo completo a la situación del departamento de Amazonas. Y el otro es un informe presentado por la Secretaria de Salud de Amazonas a la Asamblea departamental. Esto para rendir cuentas sobre el Miapspi. Aunque este último documento no contiene información detallada sobre los itinerarios terapéuticos, si se tendrán en cuenta algunos apartados. Finalmente mi vuelo de regreso a Bogotá fue el lunes 24 de Julio de 2017.

Itinerarios terapéuticos usados antes del Miapspi

Hasta el momento, se ha descrito la travesía que experimenté al tratar de llegar a La Chorrera. Pero ¿Qué se encontró? Para responder esta pregunta, este capítulo se divide en dos apartados. Este hará

referencia a la información obtenida de dos documentos: El informe sociocultural de Azicatch y el informe de la OMS y el MSPS. Estos documentos los hallé en el primer intento por llegar a La Chorrera y que describí al inicio de este capítulo.

El segundo apartado —de este capítulo— hará referencia a los datos que recogí con la observación participante y las entrevistas semiestructuradas, realizadas en el casco urbano de La Chorrera. De esta forma se empezará con el Informe Sociocultural de Azicatch.

Informe Sociocultural de Azicatch

Cuando encontré este documento pensé que estaba incompleto. Entonces, pregunté a algunos de los funcionarios del GISP si sabían algo sobre esta situación. La respuesta fue negativa. Pese a ello, descubrí que no faltaban hojas porque este informe era un anexo de un documento. Este último indicaba el número de páginas el cual coincidía con las que había encontrado. Pese a que el informe parece estar completo, no termina con una oración. Así, deja la sensación de estar incompleto.

Este documento tiene cuatro hojas de extensión. Al inicio, advierte al lector que su intención es describir la situación de salud de las veintidós comunidades que integran la zona no municipalizada La Chorrera. Aunque no especifica el mes, el informe es entregado a la Secretaría de Salud en el 2007. En este año, el Miapspi apenas estaba concertando su construcción.

Lo primero que menciona el informe es que la zona no municipalizada cuenta con un solo puesto de salud, ubicado en el casco urbano. Solo seis comunidades de las veintidós pueden llegar a este lugar atravesando —a pie— largos caminos. El resto tiene que llegar en bote. Por esta razón, no toda la población de los cabildos logra llegar hasta el puesto de salud. Aquellos que logran llegar hasta este lugar son atendidos de acuerdo a los medicamentos y suministros disponibles.

Con la intención de explicar esta situación, el informe indica:

La población de estos cabildos por ser los más alejados, se benefician básicamente de los programas que establece la Secretaria de Salud del departamento como son las jornadas de salud denominadas EXTRAMURALES y que tienen una periodicidad de una o dos jornadas al año. Además en años anteriores se habían establecido unos puestos de salud en unos puntos estratégicos, con unos promotores de salud capacitados y nombrados por la secretaria de salud departamental. En ese entonces estos funcionarios contaban con medicamentos y material básico para la atención de las situaciones y enfermedades más comunes en la población. En la actualidad este servicio se ha limitado a tener unos agentes y programas que se denominan Control y Vigilancia de la Salud Pública, y cuyas funciones se limitan a la identificación únicamente de posibles focos de enfermedades y epidemias sin la posibilidad

de prestar una atención inmediata, sino únicamente de detectar e informar a la secretaria de salud departamental para su posterior atención [Sic] (Azicatch. 2007: 2).

Esta información aporta una serie de elementos que demuestran los intentos de la medicina occidental —previos al Miapspi— para atender a la población de La Chorrera. El informe dice que la atención de salud occidental se dificulta por la coexistencia de otros factores como los geográficos. Estos argumentos hacen referencia a unas características que limitan el acceso al sistema de salud occidental. Empero, el documento muestra que los intentos por acercar lo moderno con lo tradicional se ha realizado bajo una perspectiva dualista y dicotómica del mundo. Lo cual no permite ningún tipo de acercamiento. El intento por descartar la división entre lo moderno y lo tradicional no funciona porque responde a la estrategia de exclusión del otro para comprender el mundo.

En esa medida, el documento continúa evidenciando otros intentos de relación entre la medicina moderna y la tradicional. Uno de esos intentos hace referencia a las actividades extramurales. Estas actividades se concibieron como estrategias para que los indígenas recibieran atención de la médica moderna. Su intención no era acercar las diferencias sino imponer un conocimiento moderno sobre el tradicional. Por eso, y tal como lo evidencia el informe, estas actividades no han tenido la acogida esperada.

Otro de los lineamientos que intenta estrechar los límites entre lo moderno y lo tradicional, es la figura de los Promotores de Salud Pública —para el año en que encuentro este informe, estos son llamados Auxiliares de Salud. El informe indica que ellos ya no pueden suministrar ningún tipo de medicamento. Por lo que, suministrar medicamentos es una actividad que solo el médico occidental puede realizar. Entonces, ese intento por acercar lo moderno con lo tradicional, finalmente no tuvo el resultado esperado.

Entrelineas, el informe expone que la noción de salud moderna se sigue concibiendo como opuesta a lo tradicional. La crítica no literal del documento indica la existencia de un favorecimiento al pensamiento etnocentrista para continuar percibiendo al mundo. Por lo tanto, el documento clama por la intervención de la medicina moderna para mejorar las condiciones de salud de La Chorrera. Sin embargo, esta intervención debe hacerse bajo una mirada horizontal y no vertical.

El documento describe las dificultades que el sistema occidental debe superar para ingresar al territorio. Pese a esas dificultades, el documento expresa la disposición de recibir este tipo de medicina. Esta disposición se encuentra relacionada con el reconocimiento de las prácticas de salud occidental como otra forma de aliviar las enfermedades. El informe dice:

Por todas las situaciones antes mencionadas en cuanto a efectividad y dificultades que presenta la medicina occidental en nuestro medio es cuando la medicina propia mantiene su relevancia e importancia dentro de nuestras comunidades y mantener la práctica de la medicina tradicional nos ha permitido asumir situaciones de salud que se habían y se siguen atendiendo a través de esta práctica. Pero hay que reconocer que existen aspectos en materia de salud que son nuevos en nuestro medio y que llegaron a nosotros a partir de nuestro relacionamiento con la otra cultura y nos permiten aliviar esta ausencia de salud [refiriéndose a las enfermedades] [Sic] (Azicatch. 2007:2).

Este apartado deja ver que antes del Miapspi la comunidad ya había tenido contacto con la medicina occidental. Sin embargo, la comprensión de la realidad aún permanece dividida. Cuando Azicatch (2007) señala que ambas medicinas se han relacionado a través de intentos espontáneos, lo que en realidad dice es que estos intentos han conservado las dicotomías que dividen la comprensión de la realidad de La Chorrera. Esos intentos no pretenden ampliar ni nutrir la comprensión del mundo, y mucho menos ver la otredad desde diferentes ángulos.

Por todo ello, Azicatch (2007) reconoce la necesidad de un proceso que transgreda la distinción entre lo moderno y lo tradicional; que permita a lo moderno ser moderno, sin serlo completamente y que permita a lo tradicional ser tradicional, sin serlo en su totalidad. Textualmente el informe dice:

...implica que se marche de manera conjunta...que permita adquirir una experiencia compartida y establecer rutas de atención efectivas para la implementación de los nuevos métodos de atención en donde el fuerte sea el conocimiento compartido en pro de la salud pública de nuestras comunidades [Sic] (2007: 3).

Para lograrlo es necesario que la medicina occidental entienda a la medicina tradicional es la base de « la pervivencia de nuestros pueblos indígenas» [Sic] (Azicatch. 2007: 3). Por lo tanto, no debe ser considerada inferior. La medicina occidental debe comprender que existen unas:

enfermedades que tienen que ver con lo espiritual que hace su manifestación física mediante alguna enfermedad conocida, pero que se presta la atención de la medicina que sea no se presenta ninguna mejoría en el paciente hasta que no sea tratado con la palabra y los elementos acertados a través de la medicina tradicional [Sic] (Azicatch. 2007: 3).

Viveiros (1998) denomina esta metafísica como perspectivismo amerindio. El entendimiento ontológico moldea las categorías y representaciones del mundo. Por lo tanto, los itinerarios terapéuticos usados pueden inscribirse tanto en el mundo moderno como en el tradicional. Pese a que ambos parecen incompatibles, su relación permitirá ampliar la comprensión del mundo. El documento da cuenta de la necesidad de transformar esos conceptos, darles un giro (Viveiros. 1998) para ver la realidad desde una manera diferente. Esta forma de ver el mundo permitirá a lo moderno verse como

un concepto menos restrictivo. También, permitirá a lo tradicional dejar de entenderse como un elemento predeterminante. En ese sentido, ni lo moderno ni lo tradicional deben usarse para perpetuar esas dicotomías. Sobre esto, el informe indica:

...el tratamiento inicial que se le da a cualquier paciente indígena en nuestros cabildos es la atención del médico tradicional. En qué sentido? en el sentido de que sea la que sea la dolencia física, antes de recurrir a la atención de la medicina occidental, el médico tradicional conjura al paciente para que esté tranquilo y pueda llegar sin muchos contratiempos al centro de salud o a donde otro médico tradicional [Sic] (Azicatch. 2007: 3).

Si bien, en ningún momento el informe dice que los Uitoto de La Chorrera están obligados a acudir en primera instancia al médico tradicional. El hecho de mencionarlo de manera tan radical puede poner en duda la intención real de diluir las fronteras entre las dicotomías. De esta forma, lo que podría esconder es la intención de poner en la cima de la jerarquía a las nociones tradicionales. Una transformación que no permite el giro ontológico (Viveiros.1998). Con la intención de reivindicar el ideal del documento presentado por Azicatch, lo relevante no es si acuden primero al médico tradicional u occidental. Lo importante es que se difuminen las dualidades entre lo moderno y lo tradicional. De esta forma, los itinerarios terapéuticos abarcarán lo moderno como lo tradicional.

Finalmente, el documento de Azicatch se convierte en una proclamación para construir unos itinerarios terapéuticos inmersos en un proceso de salud híbrida. Esta es una petición que puede superar, más allá de las barreras de acceso, las dualidades entre la medicina occidental y la tradicional. En últimas, el documento clama por ampliar la comprensión de la realidad. Es un intento por cuestionar las presuposiciones de los Uitoto y virar el campo analítico desde el que se capta la realidad.

Informe Región Amazonía de la OMS y el MSPS

A diferencia del informe de Azicatch, —del que se ha hablado hasta el momento— el informe que presenta la OMS junto con el MSPS es un documento extenso que intenta recopilar información de la población indígena de Amazonas, Guaviare, Vaupés, Putumayo y Caquetá. Este documento no habla específicamente de la población de La Chorrera, pero sí del grupo étnico Uitoto de la Amazonía. El informe indica:

Para los indígenas amazónicos el mundo está constituido por seres ancestrales y mitológicos de los cuales dependen todos los seres de la naturaleza, los del mundo acuático y los del mundo terrestre que se encuentran estrechamente articulados entre si y cuya imagen está simbolizada en la maloka espacio que constituye la base de la organización social a cuya cabeza están las figuras del chaman, el capitán,

el cantor y el bailarín, personajes responsables de ponerse en contacto con los dueños espirituales de todo cuanto existe y a quienes deben consultar y solicitar permiso para la utilización de los recursos naturales, y en el caso del chaman para resolver los problemas relacionados con la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades [Sic] (OMS. Et. Al. 2007: 74)

Para los Uitoto existe una conexión entre el estado de salud, el medio ambiente, el cosmos y el hombre. En esa conexión es donde se despliegan unas formas de actuar frente a la enfermedad. Por ejemplo, el uso de determinados rezos o cantos para aliviar las enfermedades son el resultado de esas formas de percibir el mundo. Sin embargo, estas prácticas de salud han tenido que sobrevivir a los procesos de colonización. El informe dice:

El proceso de colonización continuo y permanente ha incidido en la menoscabo de las culturas aborígenes con las incursiones a sus territorios, con el etnocidio y el genocidio los pueblos indígenas se han tenido que desplazar de sus dominios ancestrales, adaptarse a nuevas condiciones, cambiar sus pautas de relaciones y de uniones y alianzas, han tenido que convivir en situaciones de interculturalidad desigual [Sic] (OMS. Et. Al. 2007: 77).

La visión hegemónica del mundo ha tratado de trasladar esa visión indígena y ancestral. Según la discusión teórica abordada por Descola Et al (2001) y Viveiros (1998) la modernidad forjó una comprensión de lo tradicional que la juzgó como reduccionista, etnocéntrica, anticuada e incluso ingenua (Ruiz. E. Et al. 2016). De hecho, la convivencia en la maloka —donde todos vivían en un mismo techo— es una tradición indígena se ha venido eliminando. Si bien prevalece la necesidad de vivir todos en un mismo lugar ahora se hace en asentamientos diferentes e individuales.

El texto dice:

Es así como actualmente la maloka ha dejado de ser la vivienda de la gran familia para quedar rezagada exclusivamente a un uso como centro ceremonial o lugar de reunión. Son contadas las malokas que aún existen; las comunidades indígenas, ahora, cuentan con casas unifamiliares, construidas precariamente, al estilo de la de los colonos [Sic] (OMS. Et. Al. 2007: 79).

El hostigamiento cultural evidenciado en el periodo de la cauchería y los procesos de evangelización movilizó a los grupos étnicos a buscar refugio y cooperación con otros grupos indígenas con quienes construyeron nuevos vínculos. Esto «explica el que actualmente, contradiciendo muchas veces a sus patrones culturales, en las comunidades se hallen personas de distintas culturas aborígenes» (OMS. Et. Al. 2007: 79). Así por ejemplo, en el casco urbano de La Chorrera se encuentran grupos Uitoto, Bora, Munairé y Andoque.

Este contacto con el mundo occidental eliminó algunas prácticas culturales y también unas enfermedades. Estas nuevas enfermedades eran desconocidas para el médico tradicional. Entonces, la medicina occidental empieza a percibirse como un conocimiento exclusivo para ayudar a tratar estas nuevas enfermedades. En consecuencia, «...es de vital importancia para las comunidades, que dicha atención sea coordinada con los pensadores tradicionales, quienes son los pueden determinar en qué momento y en qué condiciones se quiere de la medicina [occidental] » [Sic] (OMS. Et. Al. 2007: 88).

Pese a esto, esta coordinación termina reafirmando el dominio del pensamiento occidental sobre la realidad. Entonces, este documento presentado por la OMS y el MSPS capta el punto de vista nativo. Sin embargo, nada se ha hecho para que la medicina occidental transforme su «*modus operandi*» (Holbraad. 2014). El documento muestra cómo la medicina occidental —que ya conoce la lógica de la medicina tradicional— no reconoce las enfermedades como una transgresión a las normas o indicaciones que el médico tradicional da al paciente.

Entonces, la OMS y EL MSPS explican detalladamente la forma como los Uitoto entienden salud/enfermedad. Estos indican que el médico tradicional entiende las enfermedades como consecuencia de una transgresión a las normas o indicaciones que él da al paciente. Los espíritus de la selva responden haciendo que el transgresor reciba un castigo que altera su estado de salud. Para restablecer esta situación se instaura una alianza de pensamiento y de acción entre la persona y los seres de la naturaleza. Esta alianza debe respetarse para no volver a ser sancionado. (OMS. Et. Al. 2007). Para prevenir las enfermedades los Uitoto usan unos itinerarios terapéuticos:

La curación de los alimentos se constituye un tipo de terapia preventiva, un medio místico de evadir y alejar los peligros de la comunidad. Cada clase de alimento exige su curación apropiada; los animales o plantas de una parte de la selva o del río requieren un tratamiento diferente a los de otros sitios. La manera de curar, sin embargo, es fundamentalmente la misma: en su mente y por medio de su rezo silencioso, el curador saca las armas del animal o planta comestible, las ata y las devuelve a su lugar de origen. Al hacer esto, el alma del animal o planta es devuelta a su casa de nacimiento, permitiendo así su renacimiento. Curar la comida es un acto regenerativo: la culminación procreadora de la depredación masculina [Sic] (OMS. Et. Al. 2007: 89).

La función del médico tradicional es mantener el equilibrio entre la naturaleza y el uso que el hombre haga de ella. Como la naturaleza tiene unos seres que la protegen es necesario que el chamán haga las veces de mediador para que la comunidad pueda usarla. De esta forma, él da indicaciones que impiden — en algunos momentos— realizar cacerías, pescar, consumir algunos alimentos y hasta restringir las relaciones sexuales. Así logra el equilibrio entre el alma y el cuerpo.

La dupla salud - enfermedad es comprendida como una lucha entre almas y espíritus que pueden causar desequilibrios. La enfermedad es entendida como el punto entre la vida y la muerte que «...resta 'fuerza' en el desempeño de las tareas cotidianas» (OMS. Et. Al. 2007: 90). Esta pérdida de fuerza es vista como una desgracia o una adversidad que se expresa en una mala cosecha, inundaciones o sequía, escases de peces y otros animales.

Para que el chamán pueda preservar la salud del pueblo debe indagar sobre las actividades del enfermo. De esta forma sabrá cuál fue la transgresión que cometió y generó el desequilibrio. Una vez él identifique esto, «El chamán apela a los cantos, movimientos, gesticulaciones y el mismo uso de la palabra, que expresan la 'fuerza', para conectar al enfermo con el mundo sobrenatural del cual hace parte y donde posiblemente hubo una ruptura» [Sic] (OMS. Et. Al. 2007: 92).

Entre las enfermedades que el médico tradicional puede diagnosticar estan:

- **Las enfermedades causadas por las personas o maldiciones:** La persona o la familia adquiere la enfermedad al consumir una maldición o venganza atada en el tabaco, casabe, mambe o pescado. Esta afecta el aspecto físico del enfermo y puede causar la muerte.
- **Las enfermedades del pescado:** Esta enfermedad es causada por el consumo de pescado que no ha sido rezado o curado. El pescador debe pedir permiso para pescar y poder consumir el pescado; «... por realizar largos recorridos pueden irrumpir en sitios sagrados y adquirir secretos que pueden llegar a afectar la salud» (OMS. Et. al. 2007: 112).
- **Las enfermedades causadas por la gente de los árboles:** Estas surgen cuando alguien corta uno o varios árboles sin un rezo previo. Por afectar el equilibrio natural, recaen directamente en quien hizo el daño.
- **Las enfermedades causadas por los animales de la selva:** Esta enfermedad surge al consumir frutas silvestres o animales de monte —como danta, boruga, tortuga, entre otros— sin previo rezo. Aparecen porque afectan el equilibrio natural.
- **Las enfermedades del mundo invisible o espiritual:** Son las enfermedades que los espíritus y los fenómenos naturales traen a la población. Para evitarlas el médico tradicional mantiene una comunicación con el mundo espiritual a través de sueños y meditaciones.
- **Las enfermedades causadas por las carnadas:** Los animales usados como carnadas deben ser rezados. «No realizar el rezo respectivo puede generar ataque de tigre, güios, culebras, hongos, fiebre, comezón y problemas en la piel» (OMS. Et. al. 2007: 112).

Cuando el médico tradicional identifica la enfermedad y su causa realiza un ritual de curación. En este ritual solo debe intervenir el médico tradicional y el paciente. Si otra persona acompaña este ritual puede contagiarse. En el marco de este ritual, el médico tradicional suministra algunas aguas o infusiones que prepara con algunas plantas. También, las puede recetar para realizar masajes en el área afectada.

Entre las plantas usadas con mayor frecuencia están: Ortiga, usada para los dolores del cuerpo; Matarratón, para la fiebre; Romelia, para las picaduras de serpientes o accidentes ofídicos; Limón, para la diarrea; Bejuco de agua, para la ceguera; Cogollo del plátano, para la fiebre; Bejuco, para las picaduras de mosquitos; Raíz de acai, para la fiebre, entre muchas otras. El uso de estas plantas requiere de los rezos del médico tradicional para lograr el efecto deseado (OMS. Et. Al. 2007).

Toda la información suministrada en el informe resulta sorprendente. Es un conocimiento interesante sobre la otredad. Pero, no tiene una función diferente que mantener la perspectiva monista de la realidad. Si no fuera así, usaría este conocimiento para poner de cabeza la relación antagónica modernidad - tradición y reconceptualizarla (Holbraad. 2014). Lo mismo pasa con el documento presentado por Azicatch. También, evidencia la separación entre la dupla moderno-tradicional. En suma, ambos documentos indican que antes del Miapspi es imposible traspasar las fronteras entre lo moderno y lo tradicional (Ruiz. E. Et al. 2016).

Itinerarios terapéuticos usados después del Miapspi

Hasta el momento se han señalado los itinerarios terapéuticos registrados antes de la aplicación del Miapspi. Los cuales responden a las lógicas antagónicas de lo moderno-tradicional. Pero ¿Cuáles son los itinerarios terapéuticos usados después de la aplicación del Miapspi? Para responder esta pregunta es necesario mencionar la información obtenida en el trabajo de campo.

Después de ese primer intento por llegar a la zona no municipalizada — La Chorrera— mantengo comunicación con Camilo para hablar sobre la agenda de Satena. Esta información es necesaria para lograr viajar a La Chorrera. De esta forma, el lunes 25 de septiembre de 2017, Camilo me dice que para el sábado 7 de octubre el vuelo Leticia- La Chorrera está disponible, pero que aún no se había agendado el vuelo de regreso. Sin dudarle, le envío el dinero para asegurar ese tiquete.

Sin embargo, el miércoles 27 de septiembre tuve que adelantar ese vuelo para el sábado 30 de septiembre porque la fecha de regreso —La Chorrera- Leticia— se realizaría el 14 de octubre. Es decir, si me iba a la zona no municipalizada el 7 de octubre solo estaría en la comunidad por 8 días. Aunque este cambio no me costó dinero adicional, lo tenía que hacer porque mis planes metodológicos contemplaban como mínimo una estadía de 15 días en territorio.

Así las cosas —nuevamente— viajo desde Bogotá a Leticia el día viernes 29 de septiembre de 2017. Ese día me dirijo a la oficina de Satena para averiguar el pasaje La Chorrera- Leticia. Ahí me informan que Satena viajará solo el 7 de octubre de 2017, pero que podría viajar en un vuelo chárter el 14 de octubre. Ese pasaje costó el doble que el pasaje de Leticia- La Chorrera. Sin embargo, lo compro porque ya tenía el vuelo de regreso Leticia- Bogotá el día 16 de octubre.

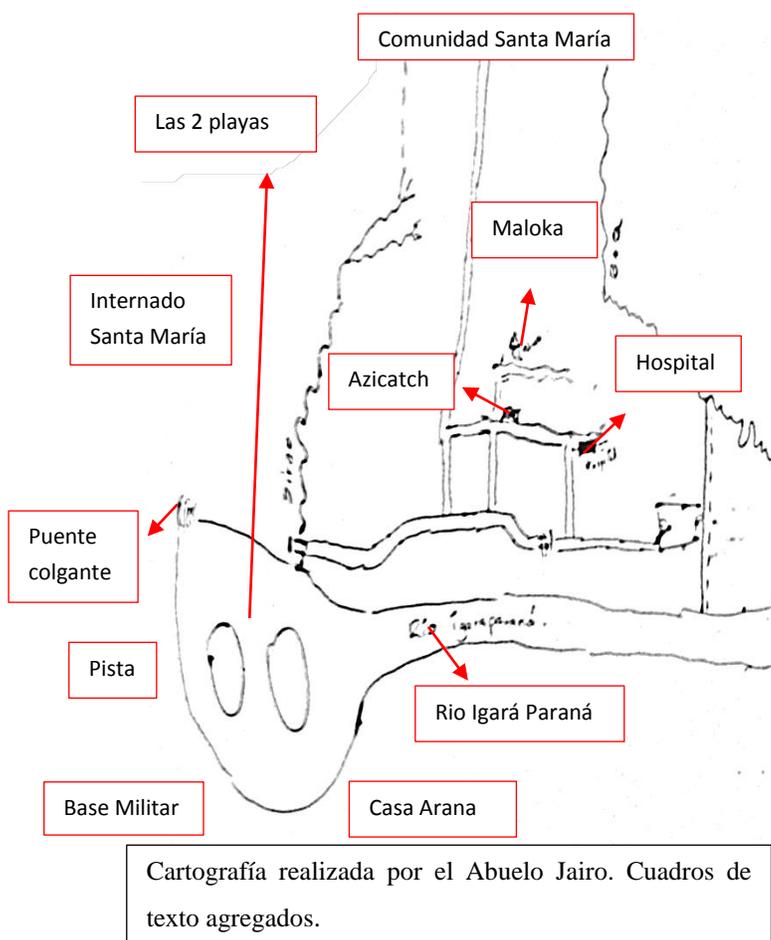
El sábado 30 de septiembre amanece lloviendo. Las condiciones climáticas impidieron que la avioneta llegara a Leticia. Aunque nos tuvieron todo el día esperando que escampara, el vuelo es aplazado para el día siguiente. El amanecer del domingo 1 de octubre es lluvioso lo cual me angustia porque necesitaba llegar a La Chorrera y no me servía que lo aplazaran debido al clima. Sin embargo, ese domingo llego muy temprano al aeropuerto. Ahí nos reciben las maletas, nos pesan y sin mayor demora nos suben a la avioneta. Una vez me amarro el cinturón de seguridad me siento tranquila. Por fin llegaría a La Chorrera.

Pese al clima, el vuelo no estuvo turbulento. En el vuelo nóto la diferencia en altura y velocidad de una avioneta con la un avión. También, pude observar más de cerca la espesa selva tropical que, de cuando en cuando, era cubierta por las nubes. Al acercarnos a la pista de aterrizaje en La Chorrera vi el Rio Igará- Paraná que se expande tomando una forma redonda casi perfecta.

Este río está rodeado por la Casa Arana; — actualmente es el centro de educación secundaria: Casa

del conocimiento— por la pista de la base militar, el internado Santa María y el casco urbano de La Chorrera.

El aterrizaje no fue brusco. El piloto se detuvo en la base militar que queda al extremo opuesto de donde frecuentemente se detienen las avionetas. Él nos informa que al terminar de llenar el tanque de gasolina nos llevará al otro lado de la pista. Al otro lado de la base militar, las personas reciben a sus familiares. Los mototaxis recogen a algunos pasajeros. Los representantes de Satena montan — en un plátón empujado por una moto— el equipaje de bodega y demás encomiendas. Pero como los chorreranos llegaron hasta donde aterrizamos, el piloto no vio la necesidad de llegarnos hasta ese lado.



Solo cuando bajo de la avioneta veo a Pedro— el señor que conocí meses atrás en la Secretaría de Salud departamental— quien también venía en ese vuelo. El Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud de Amazonas organizaron una reunión con los abuelos y autoridades indígenas para hablar temas relacionados con el Modelo de Salud Intercultural. Por esta razón, Pedro llegó a la zona no municipalizada. Mientras hablo con Pedro, él me presenta a Henry, Secretario de Salud tradicional. Henry me invita a la reunión que realizarían en la maloka del abuelo Jairo a las 7:00 p. m. Yo confirmo mi asistencia a esta reunión pues ahí explicaré el trabajo investigativo que realizaré en esta zona no municipalizada. De esta forma cumpliré el compromiso adquirido con Emilio— el presidente de Azicatch— antes de llegar al territorio.

Aunque Henry separa dos mototaxis, uno para Pedro y otro para mí, ambos decidimos caminar hasta el casco urbano. El camino desde la pista hasta allá es de aproximadamente 2 kilómetros, pero como nuestra avioneta aterrizó en el otro extremo, tuvimos que caminar un kilómetro más. Este recorrido incluye atravesar un puente colgante que cruza por encima del chorro que se forma en la parte superior del cauce del río Igará Paraná. Aunque este es un espectáculo visual y sonoro que da la bienvenida a

todos aquellos que llegan al territorio, también es una experiencia que puede atemorizar a quien le tema a este tipo de estructuras en madera. En temporada de sequía y en medio de ese círculo de río se forman dos playas. Cuando estas playas aparecen, los habitantes de La Chorrera aprovechan para llegar hasta ellas y distraerse un rato.

Al final del puente se encuentra una de las calles del casco urbano. La mayoría de las mismas están pavimentadas sin embargo, al ser tan estrechas permite el tránsito peatonal o el de las motos que hay en este territorio. El casco urbano de La Chorrera es un territorio pequeño, algunas de las casas están construidas con madera, otras con cemento. El pueblo cuenta con una planta de energía a cargo de la empresa ENAM. Esta empresa suministra el servicio en el horario de las 11:00 a.m. a 3:00 p.m. y de 6:00 p.m. a 10:00 p.m. Por esto, las pocas personas que cuentan con electrodomésticos son muy precavidas. Ellos están pendientes de desconectar los aparatos electrónicos antes de llegar o irse la energía para evitar que se dañen. También, el pueblo tiene una planta de agua. Sin embargo, durante cada mes suministra el servicio por solo 15 días.

El puesto de salud está ubicado de manera central dentro del casco urbano. La planta profesional está conformada por un médico, una bacterióloga, una odontóloga, tres enfermeros, un auxiliar de PAI y cinco o seis administrativos. La estructura física cuenta con un solo piso. También, tiene una planta de energía, pero no funciona por falta de gasolina. Este líquido llega al pueblo cada mes. No obstante, la EPS no asigna un presupuesto que permita comprar este insumo.

La maloka está ubicada diagonal al hospital. Se encuentra más adentro de la comunidad sin salirse de los límites del casco urbano. Esta maloka está dentro de la propiedad del abuelo Jairo, médico tradicional de la comunidad centro Chorrera. Él fue asignado para representar el grupo de Médicos tradicionales de todo el cabildo —que para ese momento se encuentran en el territorio— en la reunión con las instituciones y demás personas que ingresaron al territorio.

Por esta razón, — en la noche del mismo día que arribo a La Chorrera— hablo con el abuelo Jairo en la maloka. Ahí se reunieron las autoridades indígenas de las veintidós comunidades de la zona no municipalizada; el Presidente de Azicatch, Emilio; el nuevo biomédico que empezaría a trabajar en el Puesto de Salud; Pedro, funcionario de la Secretaría de Salud de Amazonas, entre otros. Yo tuve que explicar el propósito de mi presencia en el territorio. De esta forma, todos los presentes en esta reunión me permitieron realizar esta investigación.

Como ya lo había dicho, el trabajo investigativo estaba planeado para quince días. En la primera semana me encargaría de realizar la observación participante y en la segunda, las entrevistas

semiestructuradas. Por lo tanto, este apartado se dividirá en dos partes. La primera expondrá la información obtenida en la observación participante y la segunda, las entrevistas semiestructuradas.

Manorirako: La casa de la curación

Manorirako —palabra Uitoto— significa la casa de la curación. En consecuencia, manorirako es el puesto de salud y la maloka. En ambos lugares realicé ejercicios de observación participante. Por lo tanto, en esta parte del texto resaltaré algunas conversaciones y situaciones que experimenté.

En el puesto de salud me encontré con un joven profesor de educación física del internado Santa María. Cuando él terminó su jornada laboral salió con su esposa y sus dos hijos para el puesto de salud. La conversación que tengo con este profesor era interrumpida constantemente. Él estaba pendiente de su hijo mayor que corría y jugaba por todo el puesto de salud. Su esposa estaba encargada del bebé. Aunque intento hablar con ella no lo logro. Ella permanece reservada y en algún momento se aleja de nosotros porque el bebé se despierta. Ella buscó un lugar cómodo y apartado para amamantarlo.

Entonces mi conversación es solo con el profesor Alberto. Él es muy joven. Tiene 23 años. Su esposa tiene 20 años. Su hijo mayor tiene 5 años y el menor no alcanza a tener los seis meses de nacido. Este profesor tiene una pequeña escuela de fútbol con niños del casco urbano. Él comenta que ninguno de los de su familia está enfermo. Pero, lleva a los niños al puesto de salud para que los vacunen. Ahí, les asignan la ficha número seis y aprovechamos para hablar.

Mientras espera, Alberto me dice:

Yo asisto al puesto de salud porque entiendo que la medicina tradicional no puede curar algunas enfermedades que la medicina occidental sí. Por eso traigo a mis hijos y a mi familia para que sean vacunados. La medicina tradicional puede curar enfermedades como la picadura de un alacrán o la fractura de un brazo sin embargo, se demora mucho en sanar. Solo los abuelos pueden aliviar el dolor, pero lograr una sensación de bienestar es un proceso lento y en ocasiones los huesos quedan torcidos. Por eso se debe saber qué cosas puede tratar el médico tradicional y qué otras el médico tradicional. Por ejemplo, las enfermedades infecciosas— como las que evita las vacunas— solo las vacunas las previene por eso yo traigo a mis hijos, para evitarles estas enfermedades [Sic] (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Alberto continuó diciendo: «existe un conocimiento en cuanto a las limitaciones tanto de la medicina occidental como de la tradicional, por ejemplo, para la tradicional lograr el bienestar en situaciones de infección o de fractura es más demorado» [Sic] (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Si bien, las enfermedades mencionadas por Alberto pueden curarse tanto por la medicina tradicional como por la biomedicina. Alberto hace una indicación:

El médico tradicional usa algunos métodos que son demorados. Además, cuando el abuelo cura las fracturas los huesos quedan torcido mientras que la medicina occidental las sana de tal manera que no quedan torceduras y se percibe una mejor sensación de bienestar.

Yo confío en ambas medicinas y en la importancia de tener claro los límites de cada una. Como dije, la medicina tradicional y la occidental tienen unos límites. La medicina tradicional se ve limitada en el tiempo de curación. En el caso de fracturas los huesos quedan torcidos. La medicina occidental tiene el límite en la ausencia de algunos medicamentos, aparatos, especialistas incluso en la demora para las... remisiones cuando los casos son más graves [Sic] (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Una vez termina de hablar, le pregunto: « ¿Y usted cómo percibe la atención brindada por los profesionales de la salud?» Él me dice:

La verdad es que la atención depende del personal que llegue. Antes del doctor atendía una doctora muy buena. Trabajaba con uñas. Se esforzaba por brindar un buen servicio, respetaba nuestras tradiciones y era muy buena profesional. Pero las condiciones de su trabajo fueron muy pesadas y ella terminó renunciando. ¡Lástima! fue muy buena. El médico de ahora no sé cómo será, ojalá sea bueno y no como una enfermera que estuvo hasta hace poco acá. Ella fue muy mala gente, irrespetuosa con la población y nosotros no la queríamos acá. Así que mucho no duro [Sic] (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Pese a las circunstancias expuestas por Alberto, él lleva a sus hijos al puesto de salud para que los vacunen. En palabras de Alberto «estas vacunas previenen las infecciones» (Observación participante realizada el 5 de octubre de 2017). Mientras manteníamos esta conversación, él, los funcionarios, los pacientes y la comunidad me invitaron constantemente a recibir la vacuna contra el tétano. Alberto dice: «no son solo los niños quienes deben vacunarse sino los adultos también» [Sic] (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017). Entonces, les explico que ya tengo esa vacuna y no es necesario repetirla.

Solo hasta ese momento noto que en la puerta del puesto de salud se encontraba un cartel del PAI invitando a las personas entre los 15 y 49 años para recibieran la vacuna contra el tétano. La auxiliar del PAI salía de cuando en cuando a esa puerta informando a quienes pasaran por ahí — de hecho gritaba — sobre la jornada de vacunación. Las personas que acudieron a su invitación fueron varias. También Alberto invitaba a sus conocidos —los que pasaran por el puesto de salud— a vacunarse. Uno de ellos fue un joven de aproximadamente veinte años. Él le pregunta a Alberto: « ¿Y que necesito

para vacunarme?». Alberto responde: «Su disposición». Entonces el joven— mientras camina al puesto de salud— manifiesta: «Pues, aprovechemos» (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Además de Alberto, en el puesto de salud me encuentro con Valentina. Ella es una joven de 20 años que sospechaba estar embarazada y por eso acude al puesto de salud. Una vez confirmó su embarazo le ordenan una serie de exámenes. Ella cuenta:

Yo creo que quedé embarazada porque me descuidé con las cuentas. Es decir, conté mal. No sé qué pasó. Bueno, tendré que avisarle a Ana María. Ella es la partera de la familia y me gustaría que me atendiera durante todo el embarazo y en el parto. Claro, también el médico occidental [Sic] (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

En ese momento Pilar —bacterióloga del puesto de salud— nos interrumpe. Ella le dice a Valentina: «Ya tengo tus órdenes» (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017). Acto seguido Pilar dice: «este examen si lo hacemos acá, este no, este tampoco, este sí. ¿Puedes venir mañana? Después de las 11:00 a.m., cuando llegue la luz. Vienes en ayunas. No puedes tomar ni siquiera agua» (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Esta situación me generó algunas inquietudes: ¿Cómo puede Valentina realizarse los exámenes que en La Chorrera no le hacen? ¿Será que el médico la remite a Leticia o a Bogotá para que se los realicen? Pasados algunos días, le hago estas preguntas al biomédico. Él me dice que solo en casos de embarazos de riesgo se hace el traslado. En el caso de Valentina, lo primero que hará es ver los resultados de los exámenes. A partir de ahí, el médico decide si es necesario o no remitirla. En el tiempo que duré en la zona no municipalizada, no salieron los resultados.

Otra situación que mencionaré en este apartado es el caso del abuelo John. El 4 de octubre de 2017, John es atacado por un oso hormiguero. Este ataque ocurre en horas de la tarde. Uno de sus hijos se preocupa porque John salió a cortar Bejuco desde la 1:00p.m. Siendo las 5:00 p.m. no llegaba a casa. Entonces, decide salir a buscarlo. Él encuentra a John en medio de la selva, sin conocimiento y lleno de sangre. Aunque trata de alzarlo se da cuenta que no puede y decide dejarlo mientras consigue ayuda. Finalmente, John es llevado al puesto de salud por dos miembros de la guardia indígena. El abuelo llega al puesto aproximadamente a las 9:00 p.m.

John tiene varias heridas. El biomédico está preocupado por la perforación que tiene en el estómago. Como el puesto no cuenta con un área de radiología, el biomédico inicia el proceso para remitir al paciente. De esta forma podrán realizar los exámenes necesarios y determinar la gravedad del estado de salud del abuelo. Mientras se realiza este proceso, la condición de John era crítica. Estuvo

inconsciente todo el tiempo. El biomédico le suministro algunos cuantos medicamentos para mantenerlo estable. Los médicos tradicionales realizaron «un rezo para darle fuerza al corazón. Un rezo que le permitirá soportar el dolor que pudiera experimentar» [Sic] (Fabiana, hija de John. Observación participante realizada el 7 de octubre de 2017).

A los médicos tradicionales nunca se les restringió realizar sus ritos dentro del puesto de salud. El biomédico solicita no suministrar ninguna clase de líquido o comida para no demorar la operación en caso de John la requiera. Cuando John esperaba el avión ambulancia, el médico tradicional entrega a Fabiana unas hojas de albaca rezadas y algunas indicaciones sobre cómo debe aplicárselas a John una vez llegue a Bogotá.

Lo interesante de esta experiencia fue el esfuerzo de ambas medicinas para lograr aliviar a John. Este proceso duró poco más de dos días. Aunque el biomédico no parecía optimista frente a las posibilidades de recuperación del paciente, John sale estable de la zona no municipalizada. Gustavo —uno de los hijos de John— indicó: «el aguante de John se dio gracias a la medicina tradicional, sin ella él no habría resistido» (Observación participante realizada el 6 de octubre de 2017). El sábado 7 de octubre de 2017 John llega al Hospital del Tunal. Ahí, le diagnostican una infección urinaria la cual empiezan a tratar.

Estas fueron algunas experiencias que evidenció en el puesto de salud. Y aunque aún falta abordar las experiencias en la maloka del abuelo Jairo, es importante señalar que estas fueron muy escasas. Justo cuando estuve en el territorio, hubo varias reuniones con instituciones que se reunieron en la Maloka del abuelo Jairo— la única del casco urbano. Como en estas participó activamente el abuelo Jairo, no pude realizar en la maloka ningún ejercicio de observación participante. Con la intención de encontrar una solución, decido observar el procedimiento que realiza el abuelo Danilo en la casa de Doña Liliana —hermana de Danilo. Él me explica «Nosotros atendemos donde sea» (Observación participante realizada el 12 de octubre de 2017).

Un día, una joven de 30 años llega a la maloka. Ella Sufre de ovario poliquístico sin embargo, esta información no la conozco sino hasta después. El abuelo le indica que su semblante no refleja bienestar. Danilo comenta que el problema está en la parte baja del abdomen. Ante esta respuesta, la joven dice: «Sí. Yo tengo ovario poliquístico». Entonces, el abuelo le dice: «lo primero que haré es meditar sobre la causa de la enfermedad y el tratamiento que debe usar. Ven mañana y te digo que tienes que hacer» (Observación participante realizada el 10 de octubre de 2017). Así, la joven debe regresar a la maloka al día siguiente.

El miércoles 11 de octubre, el médico tradicional le dice que debe someterse a un tratamiento para evitar que el dolor vuelva. Este tratamiento tendrá una duración de dos días. Ella debe hacer estrictamente lo que Danilo le pida. Incluso, el abuelo pide a la joven que pasados tres meses del tratamiento tradicional se haga revisar por el biomédico. Con esos exámenes él podrá saber si debe intensificar el tratamiento o si logró curar la enfermedad. En esta ocasión el abuelo medita y escribe en una hoja lo que sería el tratamiento. Danilo le pide volver al día siguiente con un recipiente para que pueda llevar el agua de albahaca —rezada. El agua la debe consumir.

El primer día de tratamiento, el abuelo tiene listo dos ollas de agua. Estas aguas tenían una apariencia amarillenta, pero inolora. El abuelo— señalando el recipiente que contiene el nivel de agua más baja— dice: «Esta agua la tiene que tomar hoy. La otra la tienes que distribuir para tomarla en estos dos días» [Sic] (observación participante realizada el 12 de octubre de 2017). Antes de entregarle el agua, el abuelo empieza a susurrar una canción en idioma. Este cantico tiene un minuto de duración aproximadamente. Al terminar, Danilo le entrega los recipientes.

La joven tarda un poco en beberla, pero finalmente lo hace. Entonces, el abuelo dice: «Mañana tienes que venir y terminamos el tratamiento. Debes traer una piedra. No olvides distribuir el resto de agua entre hoy y mañana» En consecuencia, la joven vierte el resto del agua en el recipiente que había llevado para tal fin.

El segundo y último día de tratamiento, la joven entrega al abuelo la piedra que le había solicitado. El abuelo la toma por el lado más lizo, la acerca a su boca y empieza a cantar. Este cántico tuvo una duración de minuto y medio aproximadamente. Cuando el abuelo termina de rezar la piedra dice:

«Cuando sientas dolor por los quistes, calientas la piedra. Te la pones lo más caliente que puedas en la zona del dolor y por el lado lizo... Aunque, Juliana yo te visualicé. Te vi parada en una gran piedra y estabas sana. Solo hazte exámenes y lo comprobamos» [Sic] (observación participante realizada el 13 de octubre de 2017).

Todas las experiencias mencionadas fueron registradas al realizar la observación participante. Estas experiencias contienen información sobre los itinerarios terapéuticos usados por la población después de la aplicación del Miapspi. Con la intención de indagar sobre estos itinerarios, a continuación se presentan algunos apartados de las entrevistas semiestructuradas que realicé.

Conversando con los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce.

Recuerdo que cuando bajé de la avioneta y empecé a hablar con Pedro, nos interrumpió una señora. Ella me dice: «Yo soy Juana y él es mi esposo, Esteban» (comunicación personal. 1 de octubre de 2017). Inmediatamente caigo en cuenta que ella es la mamá de Rut, la dueña de la casa donde me

hospedaría. Ellos decidieron ir hasta la pista para buscarme. Sabían que no conocía el territorio; y, querían llevarme hasta la casa de Rut. Cómo en ese momento también conozco a Henry, Juana y Esteban deciden adelantarse mientras programo mi asistencia a la reunión en la Maloka.

En la casa donde me hospedo se alojan dos jóvenes profesionales. Ambas trabajan en la única institución estatal que hay en La Chorrera y es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF [Junto con el operador Fundación Caminemos juntos]. Doña Juana me presenta a cada una de ellas. Cómo llevan aproximadamente siete meses en este territorio, han tenido tiempo de conocer y entablar una relación amistosa con las personas del territorio, entre ellos un joven llamado Diego.

Aproximadamente, una hora después de llegar a casa de Rut llega Diego. Él pregunta por las chicas que viven en la casa y, mientras las espera, empezamos a hablar. Diego es un jovencito de aproximadamente 20 años. Vive con su mamá, Marcela; Natalia, su hermana; Rodrigo y David, hijos de Natalia; Cindy, otra hermana de Diego y Daniel, hijo de Cindy. En esa pequeña conversación decido que entrevistaré a Diego y su familia.

Como a intención de este apartado no es transcribir las entrevistas semiestructuradas, mencionare la información referida a los itinerarios terapéuticos usados después de la aplicación del Miapspi. Para lograrlo indagué por las acciones familiares y personales que realizan cuando se enferman. Cada una de las personas con las que hablé responderá dicha pregunta. Por lo que sus respuestas serán mencionadas a continuación.

Cuando voy a hablar con Diego, me encuentro con Natalia, una de las hermanas de Diego. Como ya me ha visto por el territorio y nos hemos encontrado un par de veces, no le soy extraña. Como la mayoría de los días en La Chorrera son muy calurosos, cuando veo a Natalia le digo: «El sol está muy fuerte. Tengo mucho calor» (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017). Natalia me brinda un vaso de Limonada de coco [Bebida que preparó Diego]. Mientras lo sirve, me pregunta: « ¿Qué te aplicas para cuidarte del sol?» (Entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017). Le digo que me aplico un bloqueador facial para el rostro y uno normal para los brazos. Por esta razón, ella me dice:

«Deberías aplicarte Uito¹⁸. Eso te cuida mucho la piel. Evita que se te quemem los brazos e incluso te quita las manchitas que puedas tener. A mí me quito unas manchas que tenía en los brazos. Yo preparé

¹⁸ Uito es un compuesto natural de la Selva amazónica. Es preparado por las mujeres indígenas para ceremonias. En este caso, Natalia lo preparó para pintarse la cara y poder asistir al baile tradicional Yadico. Este baile fue ofrecido por el líder de la comunidad Milán, una comunidad cercana al casco urbano. Sin embargo, para llegar a ella se debe tomar un bote. Este baile es convocado por el líder de la comunidad y, tiene un significado mítico, económico y social. Quienes ofrecen el baile deben tener maloka; ahí se ubica el

hace unos días Uito, para el baile Yadico y me sobró un poco. Si quieres te aplico. Eso sí, trae ropa que se pueda manchar» (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Debido a la invitación de Natalia, acordamos encontrarnos en la noche para que me aplique Uito en los brazos. Mientras esto sucede, Diego se ocupa. Entonces, Natalia se queda hablando conmigo. Después de conversar un rato, ella me dice que a veces cuando se enferma, ella misma se cuida y se prepara los medicamentos. Ella sabe que plantas usar para cada tipo de enfermedad. Otras veces, si su primo [que es médico tradicional] se encuentra en el casco urbano le pide que la rece.

Entonces, le pregunto: «¿No vas al puesto de salud?» Ella me responde: «No confío en la medicina occidental. Desde que tuve a David —mi hijo menor— tuve que pasar situaciones muy difíciles que me llevaron a desconfiar de los médicos [Refiriéndose a los biomédicos]» [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017). Ella continúa:

David actualmente tiene dos años. Él sufre de bronquitis desde cuando era bebé. Cuando estaba más pequeño él se enfermó y lo llevé al hospital. El médico de turno me dijo que él no tenía nada y lo devolvió a la casa con un acetaminofén. Al día siguiente, David no quería tomar teta y no abría los ojos. Una amiga —que trabajaba en el hospital— me dijo: ‘Tú bebé se está muriendo. Vamos al hospital. Yo hablo con el doctor’ En ese momento mi amiga habló con el doctor y le dijo que si no quería trabajar que se fuera pero, el bebé necesitaba atención. Ahí el médico reconoció la gravedad de la situación y me dijo que lo remitiría a Bogotá. Yo no quería ir, quería que mi hijo se muriera para demandar al médico pues por su culpa mi hijo se agravó. Yo lo traje y él no lo atendió bien. Desde ese momento mi hijo vivía enfermo. Tres días después de haber llegado de Leticia acá a La Chorrera, David se volvió a enfermar. Yo estaba aburrída y le dije a mi mamá: ‘Si ese niño se quiere morir que se muera y deje de sufrir’ Y lo dejé llorar, no lo alcé. Entonces una tía me dijo que lo sanaría, le dio unas hierbas y al siguiente día, él ya estaba mejor. Por eso yo no confío en la medicina occidental [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Natalia también me comentó como fue el nacimiento de su primer hijo:

Yo soy mi propia partera [Risas]. Cristóbal mi primer hijo tiene ocho años. Cuando iba a tenerlo, fui al puesto de salud, pero no había doctor. Me dejaron sola y di a luz en el baño. Yo amarré el cordón y

Yadico. Este palo —de aproximadamente 15 metros— es pintado de blanco con unas figuras negras que representan la boa. En este baile, el Uito es usado para pintar el cuerpo. Los hombres se pintan los brazos por completo, mientras que las mujeres se pintan en la cara una serie de figuras. A un lado del palo se ubican los hombres quienes, con un pie en el palo y otro en el piso, van golpeando el palo al son de las rimas que se cantan en este ritual. Las mujeres se ubican al otro lado del palo y van bailando. El sonido que genera el golpe del palo es muy fuerte. Este sonido se hace con la intención de alejar a los malos espíritus y llamar a los buenos para que traigan prosperidad y buena salud.

con unas tijeras lo corté. Luego llamé a la aseadora para que limpiara todo el reguero (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Mientras converso con Natalia aparece Doña Marcela. Diego me comentó —en los primeros días después de llegar a La Chorrera— que la habían llevado al hospital porque tenía una herida causada por un mosquito. En ese momento, no le presté mucha atención. Sin embargo, le pregunté por los itinerarios terapéuticos usados para tratar esa herida. Ella me dice que está mucho mejor pero que aún está preocupada. En ese momento, se levanta la camisa y me muestra la herida. Esta parecía una quemadura y no una picadura de mosquito. En su estómago se dibujan dos manchas de gran tamaño. Una de las manchas es negra y otra roja, como si fuera carne viva. En ese momento pienso en que jamás había visto una herida tan grande causada por un mosquito.

Mientras pienso esto, doña Marcela me dice: «Yo jamás había visto una herida así, causada por un mosquito» [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017). En ese momento le pregunto: «¿Usted que hizo para tratarse la herida?» Y ella me responde:

Cuando el mosquito me pico, yo lo sentí. Me levanté la camiseta, pero estaba normal como cualquier picadura. Yo seguí trabajando en mi chagra, pero luego de un tiempo empecé a sentir picazón. Yo me rascaba y rascaba, pero seguí sin prestarle atención. Cuando llego a la casa, noté que estaba empeorando. Entonces, me apliqué jengibre por varios días. No funcionó. Esto pasó la semana pasada y solo hasta el lunes fui al puesto de salud. Ahí me dieron antibióticos y una crema [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Cuando Marcela termina su relato, Natalia le dice que debe ir al puesto de salud para le hagan la curación; le recomendaron realizarlas dos veces al día: «Mamá ¿va a ir al médico? Acuérdesse de las curaciones...» (Entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Doña Marcela me cuenta que la recuperación ha sido lenta, pero que sí ha notado la diferencia. Antes la herida estaba peor. Mientras ella me comenta esto, llega Cindy — otra hija de Marcela— con su hijo Daniel. Como escuchan que estamos hablando de las formas de curación, Cindy me cuenta que Daniel tuvo un accidente en el baile Yadico. En un descuido, Daniel perdió el equilibrio y puso el pie izquierdo debajo del palo. Cuando los hombres vuelven a pisar el Yadico. Daniel no alcanza a sacar el pie, y el palo cae encima de sus dedos.

No imagino el dolor que sufrió Daniel cuando recibe el peso del palo junto con el peso de todos los hombres bailan encima del Yadico. Cuando Daniel logra sacar su pie, se aparta del Yadico. Como el dueño del bote que los llevó hasta Milán se queda bailando, Daniel tuvo que esperar hasta el día

siguiente para llegar al casco urbano y acudir al puesto de salud. Al llegar al caso urbano, el biomédico le realiza una curación.

Días después de este accidente, Daniel me muestra la herida. En efecto, tiene lastimado el dedo gordo y el segundo dedo del pie. El segundo dedo fue el más lesionado; en él recibió todo el peso del Yadico. En consecuencia, este dedo tiene una laceración horizontal ubicada un poco más abajo del nacimiento de la uña. Si la herida hubiese sido más profunda, Daniel habría perdido esa primera falange del pie.

Natalia le pregunta: «¿Ya fue al puesto hoy?» Daniel dice «si». Sin embargo, le recuerda «Pero en la mañana acuérdesese que son dos veces al día. Porque no va y se baña en la quebrada y va al hospital» (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017). Daniel no responde, sale y se va. A pesar de las malas experiencias que Natalia ha tenido con la medicina occidental, ella promueve el uso de la medicina occidental con su familia.

Como Diego se desocupa, Natalia me dice que tiene que cosas que hacer. Entonces, se va y me deja hablando con su hermano. A él le pregunté: «Diego ¿Tú que haces cuando te enfermas?» El me responde:

Pues... depende de cada enfermedad. Hay varias, varios tipos de enfermedades. Entonces, dependiendo de cada enfermedad uno pues acude a la medicina tradicional. Hay plantas, hay animales que nos sirven como medicina. Entonces, por ejemplo es por cultura. Se va donde el cacique, pero ya nosotros como indígenas sabemos manejar nuestras propias medicinas tradicionales. Entonces, pues uno acude ya como le dije dependiendo de la enfermedad (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

«¿Entonces hay enfermedades a las que no vas a donde el médico tradicional?» Y él me dice:

Siempre los indígenas tratamos tradicionalmente las enfermedades. Si no funciona ya estamos en el puesto de salud... o si es una urgencia. Pero si ya le hacemos los cuidados en la casa ya... no se pasó la enfermedad entonces nosotros actuamos [Van al puesto de salud]. Pero si ya está muy grave entonces, llegamos al centro de salud (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Para complementar la respuesta, Diego cuenta rápidamente la situación que vivió su mamá. Él dice:

Bueno, ahora lo que le sucedió fue que le picó un bicho en la barriga, pero ella no supo que bicho le había picado. Entonces, ella estaba en la chagra limpiando y empezó como las picaduras. Entonces, ella no le puso ni cuidado y se vino... Ya como al tercer día se dio cuenta de que estaba mal de la piel; entonces, ella se lo lavo con jengibre y eso fue lo que ella se aplicó. De ahí pues ya no pudo más, lo trataba con agua caliente y jengibre... Se vino al médico pues ya no le funcionó. Le recetaron unas

pastillas y una crema... Ahorita ella está bien. Solo que se le peló y ella no puede agacharse, ni casi ponerse ropa [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

También, Diego aclara que él puede:

...aplicar algunas medicinas tradicionales pero en sí ya meterme a los rituales con los que se cura a un paciente no... Eso los sabedores, los caciques, los abuelos tienen el conocimiento más grande más avanzado. Pues de hecho si uno quisiera uno se mete... a estudiar, así como uno estudia, entonces, yo voy a aprender pero nunca quise saber esos rituales pa' curaciones (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Yo le pregunto que en cual medicina confía más. Él responde:

Desde mi punto de vista hay que tenerle fe a lo que uno hace. Entonces, si haces una cosa con fe y tú crees es medicina. Pero si usted va a desconfiar de esta medicina... occidental o la tradicional, pues uno mismo le pone la mala energía. No funciona. Yo por eso confío en las dos. Mi mamá confía en ambas y el resto de mi familia también. Pues como van de la mano, no hay ninguna diferencia [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Con la intención de profundizar en la respuesta anterior, Diego empieza a contarme la historia de su sobrino. Diego y su familia no saben nada de él desde que el ICBF se lo llevó a Medellín. Diego cuenta:

Él sufrió de hidrocefalia. De la cabeza en agua y bueno ya eso es una situación muy complicada porque teníamos que... es muy cuidadoso. A él le habían hecho por acá [señalando la parte de atrás de la cabeza] una sonda para el desagüe del cerebro. Él tenía que tomar leche y en ese tiempo acá era más selva. [Risas] Usted no miraba un almacén, no miraba un embarque. Eso fue hace como unos dieciséis o dieciocho años. Yo pienso que él está vivo pero nadie tiene contacto. Eso fue muy difícil porque era algo que no, ni tradicional ni yo creo que occidental, porque el quedó así [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Como Diego empieza a llorar, decido terminar la conversación para que se tranquilice. Sin embargo, él termina diciendo:

Uno siempre quiere lo mejor para las personas, porque todas las personas necesitamos estar bien. Yo sé que si tú me ves mal, enfermo, te vas a preocupar. Entonces, la salud es lo mejor que le puede pasar entonces, hay que hacer todo [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

El relato sobre el sobrino de Diego me hizo recordar la conversación que tuve con Doña Juana, la señora que me recogió en la pista. Ella siempre estuvo pendiente de mí, incluso todas las noches me esperaba mientras llegaba a la casa. Una noche me quedé hablando con ella y entre varias cosas que

hablamos, me comentó sobre la fractura de muñeca que sufrió hace casi un año atrás. Ella me contó que la recuperación fue muy dolorosa, incluso aún le duele. Yo le pregunté «¿cómo se la lastimó?» Ella responde:

Yo estaba en mi casa y estaba parada en un escalón de la escalera. No sé cómo, pero me resbalé. Cuando pude me revisé y me di cuenta que la mano se me había inflado y me dolía mucho. Yo me fui al hospital [El puesto de salud de la zona no municipalizada La Chorrera] porque no quería que me pasara lo mismo que le pasó a mi mamá [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 2 de octubre de 2017).

Entonces yo pregunto «¿Qué pasó con su mamá?» Juana me responde:

Ella falleció al caerse. [Doña Juana empieza a hablar con una voz entrecortada] No sé cómo se cayó, pero se rompió la cadera. Cuando cae, no había nadie con ella. Como pudo se levantó y se acostó en la hamaca. Cuando llegan mis hermanos a casa la empezaron a llamar. Como no contestaba se preocuparon. El primero que la encontró fue mi hermano mayor. Él nos contó que estaba quejándose y decía «madre apiádate». Luego de un rato, ella vomitó sangre y falleció [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 2 de octubre de 2017).

Cuando Doña Juana se fractura la muñeca acude inmediatamente al puesto de salud porque no quería que le pasara lo mismo que a la mamá. Incluso, ella me dice: «En el puesto de salud si curan y sanan rápido las fracturas» (entrevista semiestructurada realizada el 2 de octubre de 2017).

También, Doña Juana me cuenta la vez que Esteban —su esposo— se enfermó:

Yo lo llevé al hospital. Ahí lo dejaron hospitalizado. Cuando él empezó a sentirse mejor, se arrancó el suero y me pidió que lo acompañara a la casa. Eso fue casi a media noche y nos fuimos solitos caminando en la oscuridad. A mitad de camino, Esteban empezó a sentirse mal. Cómo pudimos llegamos a la casa. Cuando la médica se dio cuenta de la ausencia de Esteban, ella se fue a mi casa y lo regañó. Le dijo que si quería mejorar debía volver al hospital con el compromiso de no se volverse a escapar. Esteban aceptó y se devolvió al puesto de salud [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 2 de octubre de 2017).

Aunque Juana acudió al médico occidental cuando se fracturó también, ella acude a la medicina tradicional. Esto lo noté porqué en algún momento de mí estadía en la zona no municipalizada me dio gripa. Ella lo notó de inmediato. Al instante se fue a la cocina y tomó un pocillo con algo de agua. Luego tomó un par de hojas de una planta del patio y las sumergió en el poco de agua que contenía el pocillo. Posteriormente, entregó el pocillo a un abuelo para que lo rezara. Hasta el momento no entendía lo que pasaba hasta que doña Juana me dice: «Esto es para ti» y me entrega el pocillo. «Esto

te destapará la nariz. Tienes que inhalar con fuerza el agua» (entrevista semiestructurada realizada el 10 de octubre de 2017).

Esta situación está relacionada con algo que Henry, el Secretario de salud tradicional, mencionó. Él me indicó que las prácticas tradicionales son importantes para él y su familia. Por lo tanto, ellos acuden a estas prácticas cuando se enferman. Aunque, Henry vio como la comunidad olvidaba estas prácticas también, ha sido testigo de la aplicación de diferentes esfuerzos por recuperarlas. Sin embargo, esta recuperación ha sido paulatina, pero la comunidad ha valorado las prácticas culturales con mayor fuerza. En todo caso, el arraigo por la tradición motiva ese proceso de recuperación cultural. Henry dijo:

Después de la bonanza cauchera y sobre todo de la coquera... hubo un quiebre cultural muy complicado en el sentido en el que en ese tiempo se estaban perdiendo la cultura. Los únicos que tenían el conocimiento, que mambeaban eran nuestros abuelitos, los más mayores. Luego... inició un proceso que empieza con el proceso educativo... de profesionalización de nuestros docentes, de la escuela nueva que invitaba los valores tradicionales. A partir de ahí, se empezó un proceso de readaptación de nosotros mismos hacia nuestros valores culturales. Yo, por ejemplo, aprendo a cantar casi a los 30 años, a entender el idioma, a mambear a los 36 años. Fue muy duro [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Henry recordó cuando su hija —de seis años— fue picada por un alacrán. Henry sabía que la medicina tradicional la podía aliviar y le pide al abuelo que lo ayudara. «Te lo juro se demoró quince minutos en aliviarla» (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017). Henry, casi de manera automática, acudió al abuelo para aliviar esta situación. Henry dijo: «La medicina tradicional, más que una obligación, es una aceptación...el conocimiento tradicional se tiene que adquirir, no por obligación sino, porque es un seguro de vida que tiene cada individuo» (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Todas estas personas tienen un conocimiento, casi inconsciente, sobre las enfermedades que deben ser atendidas por la medicina occidental y aquellas que la medicina tradicional puede aliviar. Por la experiencia de doña Juana con su mamá, ella prefiere acudir a la medicina occidental en casos de fracturas. Pero no solo ella, también el profesor Alberto, Diego, y Natalia coinciden en que este tipo de enfermedades es mejor que sean atendidas por la medicina occidental. Sobre esto, Henry me dijo:

Hay situaciones que bien clarito la medicina tradicional...yo te puedo dar testimonio de eso y no solo yo... hay unas cuestiones que afectan la salud que eso lo cura un médico tradicional solo sencillamente con una agüita. No hay necesidad de llevarlo al puesto de salud que aparentemente son gravísimas pero, hay otras cosas como son por ejemplo...se le meten los parásitos, el paludismo y otras cosas que

definitivamente eso se sale del conocimiento tradicional y eso hay que atenderlo directamente allá [señalando el puesto de salud]. Lo que pasa es que algunos se acercan en esa situación. Pero sí hay situaciones La medicina tradicional es una cuestión de... vocación para quien la ejerce y de confianza para quien la utiliza. Y como en toda sociedad hay problemas, este confía en este, este confía en este otro pero que se tienen que solucionar con una política pública seria. Actualmente cada uno hace lo que se le da la gana y no es así [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

A parte de lo anterior, Henry indica que cada persona puede elegir una forma para aliviar la enfermedad, pero esta decisión debe tener en cuenta las limitaciones de cada medicina. Por ejemplo, algunas enfermedades son desconocidas por la medicina tradicional. Si las personas tienen en cuenta este conocimiento, las decisiones se basarán en el bienestar de las personas y se evitará que la salud del paciente se complique. Henry aclara que existen algunas enfermedades —como la mordida de alacrán— que pueden ser tratadas por la medicina tradicional.

En este caso, Henry sabía que el médico tradicional curaría a su hija. Por eso, Henry indica:

Hay otras situaciones que normalmente yo voy al centro de salud pero, ¿por qué? Porque yo entiendo la dinámica...sé que puedo llevar allá y, que no puedo. No sucede lo mismo con todos. Unos por confianza, otros por desconocimiento, porque tenemos que reconocer también que nuestra generación, aun cuando somos indígenas, desconocemos muchas cosas. Entonces, por eso es que le metemos tanto el empeño a todo este tema de la recuperación, de la coordinación. Porqué pegadito a esto también tiene que haber un proceso como de hacer campañas, pero al interior de nosotros mismos [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Tanto Henry como las demás personas con las que hablé saben cuáles son las enfermedades que la medicina tradicional puede o no tratar. Entonces, cuando la medicina occidental no puede tratar la enfermedad, la medicina occidental debe usarse para aliviar al paciente. O cuando los tratamientos no son los esperados es necesario tomar una nueva decisión. Esto fue lo que le paso a Doña Marcela, mamá de Diego. Ella decide ir al puesto de salud después de notar que sus curaciones no surtieron el efecto que esperaba.

Demorar la atención en salud, ya sea desde la medicina tradicional o la moderna, puede perjudicar el estado de salud del paciente. Henry reconoce que entre más rápida sea combatida una enfermedad, existe un menor riesgo para la salud. Afortunadamente, el caso de doña Marcela no tuvo mayor complicación y pudo empezar el tratamiento adecuado para mejorar su estado de salud. Pero existen otros casos donde la atención tardía hace imposible la recuperación del paciente y puede llevarlo a la muerte.

Henry reitera que este riesgo es una cuestión que cada persona decide asumir. Además este riesgo es causado porque

...en toda sociedad hay problemas. Unos confían en este sistema de salud, otros confían en otro sistema de salud, los unos hablan mal del otro sistema. Pero eso son problemas sociales que normalmente se tienen que empezar a cambiar desde una cuestión institucionalizada y seria, desde una política pública que recupere los espacios de política pública propia, las nuestras, las de nuestra cultura (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

De esta forma, Henry manifiesta su confianza en el proceso que pretendía articular la medicina tradicional con la occidental es decir, en el modelo de salud intercultural. Aunque admite que el modelo ha develado las debilidades de ambos sistemas de salud también, asegura que se pueden corregir. Por esta razón, él afirmó que se han dado algunas:

Transformaciones desde el modelo de salud intercultural que hemos tratado de sacar adelante pese a las dificultades que reconocemos son muchas...Necesariamente esto se tiene, no es que se debería, sino que se tiene que reflejar para el bien de nosotros, de las familias. Con un valor agregado que es también el beneficio social que pueda generar a partir de ahí a otras culturas y que...podamos visibilizar una coordinación seria, con resultados. Todos ganamos; gana nuestra cultura, gana la institución y gana la sociedad en general, porque va a haber una oferta adicional que genera beneficios (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Para Henry estos beneficios se traducen en el mejoramiento de la salud de la población que habita el casco urbano. Cuando las personas acuden a la medicina occidental para combatir aquellas enfermedades que la tradicional no tiene formas, se está beneficiando la salud de la población y representa una ganancia que puede convertirse en un referente para otras culturas indígenas. Sin embargo, también reconoce la desventaja de articular los dos conocimientos: «como es un tema de innovación tenemos que... romper esquemas, posiblemente de la forma como se ejerce la medicina tradicional, más no del conocimiento en sí. Eso hay que tenerlo bien clarito...» [Sic] (Entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Según lo anterior, la forma de romper esquemas es transformando algunas acciones realizadas por las personas para prevenir o curar las enfermedades. Lo cual no se traduce en la pérdida del conocimiento cultural. Sobre esto, Henry dice: «lo que no se puede alterar, ni siquiera interpretar de manera equivocada es el pensamiento y la concepción con que sale desde el origen, pero ya en la utilización actual de ese conocimiento, necesariamente, hay que romper esquemas» [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Para el paciente la aplicación de estas nuevas formas de curar las enfermedades resulta beneficioso para su recuperación. El paciente tendrá la ayuda tanto de los médicos tradicionales como de los biomédicos. Los primeros deben abstenerse de suministrar al paciente toda clase de alimentos o bebidas, pero pueden realizar toda clase de rezos dentro del puesto de salud. Al tiempo que los biomédicos, pese a las dificultades y carencias que dificultan su acción, hacen lo posible para restablecer la salud del paciente.

Otras personas con las que conversé, aunque en momentos diferentes, coinciden con lo que me indicó Henry. Por ejemplo, Liliana, partera del casco urbano, me dijo:

Cuando me enfermo viene mi hermano [Danilo, médico tradicional] viene y, me hace curación. Aunque hay veces yo me voy al hospital. En hospital ellos me ponen ampolleta cuando tengo dolor de rodilla o dolor de cuerpo. Entonces yo me mejoro [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 5 de octubre de 2017).

Como Danilo estaba en casa cuando estaba conversando con Liliana, lo integramos a la conversación. En el transcurso de la misma, le hago la misma pregunta. El responde:

Pues yo tengo que hacer primero mi atención de mi salud que es a mi manera, entonces yo veo que me queda difícil. Y de parte de los blancos hay más facilidad. Entonces tengo que acudir al médico por una ampolleta. Es más rápido que la oración. Yo me acudo. A la familia, pues le atendemos y ya si siguen pues lo llevamos al médico [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 5 de octubre de 2017).

El presidente de la Azicatch, Emilio, me dice que la forma ideal para resolver una situación de salud es usar en cualquier caso:

Lo nuestro y lo de aquí. Lo ideal es que los abuelos puedan decir o aplicar ese conocimiento pero también, es del usuario. Si el usuario prefiere acudir primero al puesto de salud. El abuelo queda allí como esperando ¿no? Pero hay cosas que amerita llevar primero donde el abuelo. Un caso, por ejemplo, ofídico de serpiente. Cuando sabemos que en los puestos de salud no hay suero antiofídico porque así ha sido. Y el abuelo puede atenderlo a tiempo, él lo atiende. Y han salido muy positivo en ese sentido cuando es inmediato [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 12 de octubre de 2017).

Mientras estuve en este territorio, el puesto de salud no tenía suero antiofídico. Este medicamento, aunque importante para estas comunidades donde frecuentemente se ve este tipo de situaciones, es escaso en el puesto de salud de La Chorrera. Como el suero no puede ser suministrado por una persona diferente al médico occidental, muchas veces la única opción que tienen estos pacientes es confiar en que los itinerarios terapéuticos tradicionales funcionen. Si bien se conoce la efectividad del suero antiofídico las personas no pueden acceder fácilmente a ella y acuden al médico tradicional. «En

muchos casos, los médicos tradicionales han sacado adelante estos casos cuando se lleva a tiempo al paciente» (entrevista semiestructurada realizada el 12 de octubre de 2017)

Pese a las limitaciones de la medicina tradicional, Emilio me dice:

Pues sí como dicen eso es algo personal, algo familiar. Yo en mi núcleo familiar o yo como padre de familia recomiendo no usar medicamentos a mis hijos, a mi esposa o a mí mismo. Yo no me aplico mientras no se amerite. Un dolor pasajero, pues no necesita nada. Ello tiene que pasar. No necesita aplicarle un calmante porque sería adictivo, llamémoslo así, mala costumbre usar medicamentos. Ya lo que tiene que ver con alguna infección pues hay que darle un antibiótico. Si uno ve que es necesario [ir al biomédico] sí, si no pues no. O si hay una herida que hay que suturar, pues hay que llevarlo al puesto de salud. Si no, no... Nosotros como familia, muy raras veces vamos al puesto de salud. Nosotros nos mantenemos más bien como con lo natural. Nosotros vamos a donde don Pedro o él viene... O a veces va uno cuando en últimas cuando no puede venir [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 12 de octubre de 2017).

También Cristian, el auxiliar de saneamiento, dice:

...Cuando ocurre algo en la comunidad como una epidemia, los abuelos se reúnen y hablan sobre el tema. Ellos saben no sé por qué pero saben. Antigamente eran más especialistas que hablaban con los espíritus y ellos les advertían sobre las enfermedades: va a venir, va a venir y, ellos nos advertían de las vacunas previas a la cosa. Entonces, nos hacían tragar semillas, algunas raíces, ¿pa' qué? Pa' prevenir y si nos da, nos da leve, no nos da tan fuerte... si usted mira que es grave acude a cierto abuelo, cierto sabedor. Hay unos como las especialidades ¿no? Hay unos que son especialistas en diarrea, hay otros especialistas en vómito, en rasquiña, boquera, en Zápate, en gérmenes, en hongos...que más hay que ellos puedan atender umm... hemorragia todas esas cositas...Que tengo diarrea que no quiere pasar, vamos donde tal abuelo. Son recetas sencillitas. A veces le dan un poquito de leche materna, un juguito, un agüita o algo de tomar y ya. Es algo muy sencillito, pero es respetable. De esa forma vivimos, de esa forma nos atienden nuestros abuelitos, nuestros guías a la juventud. En las noches también nos ven, a la hora que sea. Cuando ya son urgencias y eso, si es a la hora que digan. Me gustaba tiempo en la comunidad cuando habían esos tambores, donde estaba el tío paraba la fiesta: ¡No! esta es una urgencia. Vamos esto no amerita espera ni nada, es urgencia, es de correr. Era muy bonito [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 9 de octubre de 2017).

Pese a este discurso, Cristian también aclara que cuando se enferma:

Yo me automedico, (risas...) No sé, de pronto porqué trabajé muchos años con salud y de pronto conoce uno. Pegaito uno se autoreceta porqué conoce uno pa' que sirven. Generalmente son dolores entonces uno ya sabe que tomar: si, un golpe que tomar un... que será un ibuprofeno. Es un relajante muscular. Pues sí yo me automedico. Cuando toca voy al puesto de salud. Generalmente cuando ya es

grave. Un dolor de muela que no lo saca nadie, toca operar ya... a ver lo que yo más me molesta es la cuestión de la rodilla, voy a donde el médico tradicional. Ellos, eso sí, me han hecho mucho muchos rezos y he mejorado, he mejorado mucho, afortunadamente. Pero sí, cuando toca acudir hay que acudir con mucho respeto para restablecer ese bienestar [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 9 de octubre de 2017).

Por último, recuerdo la respuesta del abuelo Jairo:

Yo me acudo. Acá los muchachos pues como oyen mi charla pues ellos ponen los primeros auxilios, me levantan y de ahí yo ya me siento bien y me salgo de eso. O sea ya me curo. O sea el momento en que yo me enfermé pues de verdad a mi alguien me tiene que levantar. Frenar un tantico para yo poder sentirme bien y de ahí sí. Pero así moribundo uno mismo no se cura sino un alguien... Yo una vez fui al médico occidental, cuando me corté este dedo con hacha [Señalando el dedo gordo del pie derecho] Un hachazo. Eso casi que me mató. Eso fue en la Chagra del kilómetro cinco. De ahí vine, colgando esto [señalando el dedo] y me acudí acá. Me fueron a buscar en el kilómetro dos. Ya no podía. De ahí me remitieron a Leticia. Solo cuando yo me acudí acá en el centro... Mire tengo mi dedo porque yo le cogí esto colgadito. Quería mocharlo y botarlo. Resulta que me corté con machete este dedo, por eso lo dejé ahí. Me quité mi camisa, lo amarre y tengo dedo. Si no hubiese ido ya estaría mocho esto de aquí o quien sabe que pasaría, me moría no sé. En todo caso ahí es la importancia de las dos medicinas: occidental y la tradicional. Pero que sea serio que hay que hacer eso. Me acudí esa vez ahí. Esto fue hace cuatro años. De todas maneras cuando es grave, toca hacer eso. Porque claro nosotros podemos ir pero es demorado. En cambio occidentalmente pues si se parte los huesos lo mira bien, lo unen y ponen yeso. En cambio nosotros no. Pues Cómo vamos a mirar si esto es o como se une. Pues no se puede entonces sale uno no sé como pero en esa parte obligatoriamente toca así [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 11 de octubre de 2017).

Todo este capítulo evidenció que antes del Miapspi existía una fuerte e inmovible decisión por acudir, en cualquier caso, al médico tradicional. Después del modelo esta rigidez empieza a debilitarse. Las decisiones que toma la población cuando se enferma están permeadas por la idea del bienestar del enfermo. Cuando un itinerario terapéutico —tradicional o moderno— ha funcionado en una persona o en un familiar se demuestra en que caso acudir al biomédico trae resultados más rápidos que los que podrían producir la medicina tradicional o viceversa.

También, este capítulo expuso los casos en los que las personas acuden al biomédico —vacunas e infecciones principalmente; los casos en los que acuden al médico tradicional —como la picadura de serpiente, alacrán y demás enfermedades tradicionales—, y los casos donde ambas medicinas actúan. Todas estas formas de actuar son realizadas a favor del bienestar del paciente. Esta es una de las transformaciones en los itinerarios terapéuticos de la que se hablará en el siguiente capítulo.

Una vez recojo toda esta información, llega el día que tengo que regresar a Leticia. El vuelo se realizó el sábado 14 de octubre de 2017. Como pasajera nunca supe a qué hora saldría la avioneta de la zona no municipalizada. Tuve que estar pendiente por si lo veía pasar o si lo escuchaba aterrizar en la pista. También, estuve llamando constantemente a Don Emilio; él es representante de Satena en esta zona no municipalizada y, se suponía, sabía a qué hora llegaría la avioneta. Aproximadamente a las dos de la tarde, don Emilio me llama al celular y me dice que ya puedo ir a la pista. Doña Juana y Esteban deciden acompañarme.

Una vez en la pista, el tiempo de espera es incierto porque ni don Emilio sabe con exactitud la hora en que llegaría la avioneta. Esta fue una situación sumamente angustiante porque existía la posibilidad de que la avioneta no llegara a La Chorrera. Si no viajaba ese sábado perdería el vuelo de Leticia a Bogotá el lunes 16 de octubre de 2017, lo cual me generaría gastos adicionales. Para ese punto ya estaba corta de presupuesto. La avioneta llega a la pista después de hora y media de espera. Cuando llegó el momento, me despido de doña Juana y Esteban. Doña Juana me dice: «Ojalá puedas regresar algún día». Al subir a la aeronave los veo ondeando las manos para despedirse de mí. Por un lado sentía nostalgia, pero por otro estaba feliz porque había podido recoger información para este trabajo investigativo. Finalmente llego a Leticia sin ningún contratiempo.

Capítulo II Transformaciones de los Itinerarios terapéuticos

El capítulo anterior describió el trabajo de campo que se realizó en esta investigación. También, dio luces sobre las dualidades presentes entre las nociones modernidad- tradición. Conceptos en los que se inscriben los itinerarios terapéuticos usados por los Uitoto. Para ahondar en lo anterior, este capítulo identificará la transformación de los itinerarios terapéuticos de los indígenas del casco urbano de La chorrera, generadas a partir del Miapspi. Para lograrlo, en algunos momentos se retomaran las respuestas y conversaciones que fueron mencionadas en el capítulo anterior.

Estos se podrán encontrar en cualquiera de las dos secciones que respondan a las siguientes preguntas: ¿Cómo se entendían los itinerarios terapéuticos de los indígenas del casco urbano de La chorrera antes de la aplicación del modelo Miapspi? ¿Cómo se entendían los itinerarios terapéuticos de los indígenas del casco urbano de La chorrera después de la aplicación del Miapspi? La respuesta a estas preguntas identificará la diferencia de los itinerarios terapéuticos usados antes y después del Miapspi.

En ese orden, el primer apartado de este capítulo se denomina: Itinerarios terapéuticos radicales. Este apartado evidenciará que los itinerarios terapéuticos de los indígenas del casco urbano de La chorrera,

antes de la aplicación del modelo Miapspi, eran entendidos desde una perspectiva radical que no permite acercamientos entre diversas formas de entender el mundo.

Por lo tanto, el segundo apartado se denomina Itinerarios terapéuticos híbridos. Este explica por qué las vacunas, los cuidados prenatales y la atención para las enfermedades graves son algunos de los itinerarios terapéuticos que evidencian la transformación después de la aplicación del Miapspi. De esta forma, el acercamiento del moderno y lo tradicional es la transformación que se origina después del Miapspi y que transforma la comprensión de los itinerarios terapéuticos considerados intransitables entre las dualidades.

De esta forma se da paso al apartado: «Itinerarios Terapéuticos radicales»:

Itinerarios terapéuticos radicales

La población de La Chorrera —así como muchas otras comunidades— ha tenido relación o contacto con diferentes culturas. De hecho, este documento mencionó la situación que padecieron los Uitoto de La Chorrera en tiempos de la cauchería. Este contacto generó diversas consecuencias que trascendieron hasta la actualidad. La más grande secuela fue el genocidio indígena que costó —a los Uitoto, así como a los Bora, Munairé y Andoque— la desaparición del conocimiento ancestral que portaban cada una de las personas asesinadas.

Quienes sobrevivieron no pudieron transmitir el conocimiento heredado por sus padres a sus descendientes. Ciertamente, los cristianos prohibieron el uso de las lenguas aborígenes; y, esta prohibición permitió que mucho de este conocimiento se fuera olvidando con el tiempo. Actualmente, muchos de los hijos de esos sobrevivientes buscan entre la memoria de los mayores el conocimiento que no ha sido enseñado. Es por esto que muchas personas de La Chorrera —como el secretario de salud tradicional — aprendieron su idioma y a acciones propias de su cultura como mambear en una edad adulta.

Aunque el conocimiento indígena no se ha eliminado en su totalidad, tampoco es exactamente igual al que existía mucho antes de la cauchería. Por lo anterior, la cultura no es estática (Sahlins. 2001); luego, puede ser modificada. Los que vivieron la bonanza cauchera fueron obligados a modificar su cultura. Esta situación hace que la población identifique la transformación como una pérdida. Pese a ello, la transformación no es el equitativo a pérdida. Esta premisa será explicada —con mayor detenimiento— a continuación.

El Yadico

A diferencia de Sahlins (2001) y García (1997), otros piensan que la cultura es inamovible. Por eso, las transformaciones surgidas por el contacto con los caucheros son percibidas como una pérdida. En consecuencia, deben recuperar eso que se les ha arrebatado. Sin embargo, la transformación no es sinónimo de pérdida. Para explicar esta premisa, se usará como ejemplo el baile tradicional Yadico.

Las personas del casco urbano de La Chorrera —incluyéndome— fueron invitadas al baile Yadico. Este se realizó en la comunidad de Milán. Originalmente, este baile es un ritual del grupo étnico Uitoto; no obstante, todas las personas indistintamente del origen étnico fueron invitadas: uitotos, bora, munairé, andoque y mestizos. Todos fuimos invitados. Al igual que yo, muchas otras personas no fueron a este baile. Doña Juana y don Esteban no asistieron, por lo que aproveché para hablar con ellos. El Yadico «no es igual» dijo don Esteban (Entrevista semiestructurada realizada el 3 de octubre de 2017). Él explica que anteriormente al baile solo asistían las personas con sus trajes autóctonos. «Hoy todos van en pantalones y camisetas» (Entrevista semiestructurada realizada el 3 de octubre de 2017). En resumen, la pareja dice que existen cosas del baile que han cambiado —como el vestuario.

El trasfondo de lo que dice don Esteban da cuenta de una perspectiva rígida que durante mucho tiempo ha marcado la percepción de la realidad. No permite variaciones porque la forma como se realizan los rituales y bailes son «desde el principio hasta el fin. Esto porque así lo indicó MOO. Él es el creador del mundo. Es un ser supremo que dijo cómo debíamos realizar los rituales y los bailes» (Entrevista semiestructurada realizada el 3 de octubre de 2017). El Yadico, tal como lo describe Esteban está transgrediendo los principios dados por MOO. Esa es la razón por la que Esteban— y muchos otros Uitoto— no van al baile.

Julio —hijo del Médico tradicional de la comunidad Milán— indicó que El Yadico tiene una importancia mucho más compleja. También, indicó que el Yadico tiene la intención de alejar del territorio los malos espíritus que quieran dañar el territorio. Al pisar el Yadico se genera un fuerte sonido que penetra las profundidades de la tierra. Y este sonido asusta y aleja a los demonios. Así, mientras más fuerte sea el sonido más alejados estarán estas presencias que generan malas siembras, enfermedades individuales o familiares, mala suerte, muerte, entre otras. Por lo anterior, este baile es muy importante para la cosmogonía Uitoto. (Entrevista semiestructurada realizada el 12 de octubre de 2017).

Entonces, para Julio la importancia del Yadico no radica en el vestuario sino el alejar las enfermedades. Su postura es mucho menos rígida frente a la de Esteban. Como sea, ambas experiencias demuestran que diluir las diferentes formas de percibir el mundo es un proceso difícil.

El realizar un baile tradicional con ropa moderna permite acercar lo moderno y tradicional. Esta aproximación no siempre es fácil de comprender. Por eso don Esteban y muchos otros ya no asisten a estos bailes.

Como sea, el baile El Yadico es un baile tradicional que con las transformaciones— logró sobrevivir al genocidio indígena y las restricciones culturales establecidas por el catolicismo. Sobre esto Jelin dice: «...se podría afirmar que existen tradiciones y costumbres incorporadas como prácticas cotidianas...cuyo sentido original se ha perdido con el devenir y los cambios históricos del tiempo» (2001: 24). De acuerdo a lo anterior, El Yadico ha tenido alteraciones o modificaciones como el traje que usan los que participan en él. Por lo tanto, El Yadico no es exactamente igual al que practicaban los ancestros de don Esteban.

Pero, ¿esto es suficiente para decir que los Uitoto ya no son Uitoto porque no usan el traje típico del Yadico? O ¿para evitar que las prácticas culturales sufran más alteraciones es necesario aislarlas? Según Barth, es a partir de las diferencias en las que se define la identidad étnica, es a partir de las relaciones con el otro que se establecen los límites étnicos. Por lo tanto, la identidad está cargada de símbolos y representaciones que les permite a las comunidades construir el entramado social en el que se encuentran inmersos. Pensar en aislar a las comunidades para conservarlas es una cuestión sobre la que discutieron muchos autores.

De hecho, lo que sucede con este baile es una muestra del proceso de hibridación. Este pretende acercar perspectivas del mundo, consideradas opuestas pero que pueden integrarse. La añoranza del pasado, donde el baile cumplía al detalle con las pautas para realizarlo, es solo la evidencia de la rigidez con la que se entendían las perspectivas moderno- tradicional. Además, la postura de Esteban y Julio en torno al Yadico reflejan otros intentos por mediar entre estas perspectivas. Ninguno de ellos ha logrado integrarlas.

Por ejemplo, lo sucedido en la Casa Arana fue un hecho que casi elimina a las etnias indígenas ubicadas en el casco urbano de La Chorrera. Por lo tanto, no hubo integración sino eliminación. La perspectiva moderna se puso por encima de la tradicional. Pese a ello, bailes como el Yadico sobrevivieron este etnocidio. El Yadico es una de las características que diferencia a los Uitoto de los otros grupos étnicos. Este Baile no se realiza por otro grupo étnico que no sea el Uitoto. En este caso aplica lo mencionado por Barth: «las diferencias culturales pueden persistir a pesar del contacto y de la interdependencia» (1969: 10).

El límite étnico es lo que define a un grupo y no el aislamiento geográfico (Barth. 1969). Entonces, no importa si usan o no los trajes típicos, el Yadico así como otros rasgos diacríticos — factores

diferenciadores como la lengua o incluso el Yadico— funcionan como índices de identidad. El Yadico y la lengua son señales o signos que una vez arraigados en el individuo le permitirá transitar las fronteras étnicas. De esta forma la persona fortalece su autoidentificación étnica. Así, las diferencias étnicas resultan de las interacciones o conexiones con el otro y no con su aislamiento. Entonces los Uitoto no dejan de ser Uitoto porque ya no usen los trajes típicos del Yadico. Tal vez dejarían de serlo si ya no practicaran este baile. Lo cual no ocurre en el casco Urbano de La Chorrera.

En ese sentido, Wade indica que la identidad y sobre todo la identidad cultural «se establece por actos de diferenciación» (2002: 262). Entonces, la identidad de las etnias se establece a partir de las diferencias y el contacto con otras culturas. En este caso, El Yadico es uno de los rasgos diacríticos que permite diferenciar a los Uitoto de los otros grupos étnicos. Durante mucho tiempo se ha pensado que “a mayor contacto con el mundo externo, las comunidades indígenas perderían su cultura...” (2002: 260). Pero, los Uitoto no dejaron de serlo por tener contacto con otras culturas incluyendo aquellas que casi los exterminan. De esta forma se corrobora lo mencionado por Wade: Los Uitoto no dejaron de practicar El Yadico pese al contacto que han tenido con otras culturas.

El Yadico tiene una importancia considerable dentro del pensamiento Uitoto. De tal forma, aunque no se continua usando el traje tradicional, la esencia o «lo que no se puede alterar, ni siquiera interpretar de manera equivocada, es el pensamiento y la concepción con que sale desde el origen...» [Sic] (Henry. Entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017). En ese sentido, las prácticas de curación usadas actualmente por los Uitoto tienen «... que romper esquemas» (Henry. Entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Por lo anterior, los indígenas Uitoto no solo siguen realizando El Yadico, también tienen una forma específica de comprender las enfermedades. De esta comprensión depende la forma tradicional para curarlas. Gran parte de la forma de entender las enfermedades fue consignada en el Informe Región Amazonía de la OMS y MSPS. Muchos de estos también los escuché en La Chorrera. Incluso llegué a escuchar otros relatos que no están incluidos dentro del informe, pero hacen parte del conocimiento Uitoto.

Para el propósito de este texto, mencionaré una historia que explica un poco el origen tradicional de las enfermedades transmitidas por vectores —ETV:

El Sol y la Luna son hermanos. La esposa del Sol estuvo con Luna. Por esto Sol se enojó con su hermano Luna y lo sacó de la casa. Luna bajó a la tierra y tomó un palo de balso. Triste empezó a tallar a una mujer para que le hiciera compañía. De las astillas más pequeñas nacieron los mosquitos y de las astillas más gruesas nacieron los peces. En consecuencia los mosquitos y los peces son hermanos.

Con la intención de proteger a la familia, los mosquitos pican a los pescadores que quieren lastimar a sus hermanos los peces. Algunas de estas picaduras están infectadas. Así, transmiten algunas enfermedades como parte de un plan protector entre estos hermanos. (Adaptación propia)

Esta historia la escuché muchas veces en La Chorrera y, aunque no siempre era contada de la misma manera, no cambiaba la esencia. Independientemente de la forma de contarse, este relato hace parte de un conocimiento que permite entender el origen de las ETV desde la noción Uitoto. Para otras culturas étnicas el origen de las ETV se entiende desde otros relatos. Por lo tanto, esta historia también es un rasgo diacrítico que permite diferenciar a los Uitoto de otras culturas.

Conocer el origen tradicional de esta enfermedad permite instar a los Uitoto a cuidarse y evitar enfermedades como el dengue y el chikungunya. De esta forma, se promueve el uso correcto de toldillos, el uso de ropa que cubra las extremidades y el uso de repelente naturales como el barro para proteger a los pescadores de los mosquitos. Si bien, estos usos son itinerarios terapéuticos occidentales, parten del conocimiento tradicional para ser aceptados y sobre todo realizados por los Uitoto. El uso de estas prácticas no hacen menos Uitoto a los Uitoto. Por el contrario, fortalece su autoidentificación ya que se basa en un relato de origen Uitoto.

Además de este relato, existen otros relatos que explican el origen de las enfermedades. Muchos de ellos se encuentran en el informe de la OMS y MSPS. Estos describen las enfermedades causadas por las personas o las maldiciones, por el pescado, las enfermedades causadas por la gente de los árboles, entre otras.¹⁹ Todos estos son rasgos diferenciadores que fortalecen la identidad del pueblo Uitoto.

En conclusión, así como las personas de La Chorrera participan de rituales y bailes pertenecientes a culturas diferentes a la Uitoto. También, ellos pueden interactuar con perspectivas diferentes como las modernas. En todo caso, estas son formas de romper fronteras. Son alternativas que surgen con la intención de superar binomios estáticos como lo moderno y lo tradicional. Sin embargo, y por la misma fuerza de esa rigidez aún es difícil disipar esas diferencias. Por eso el anhelo al pasado a un pasado radical donde aún es inconcebible el cruce fronterizo.

El informe de Azicatch deja en evidencia que el puesto de salud de La Chorrera antes del 2007 y después del 2010 —años en los que se ejecutó el Miapspi— ha tenido carencias en medicamentos y de personal médico para atender a quien acuda a esta institución. Con lo que se encontró en el territorio, se encontró que este problema de acceso al sistema prevalece.

¹⁹ En la página 43 de este documento se abordan cada una de las enfermedades mencionadas en este apartado.

Aunque esta situación no es un itinerario terapéutico, sí es un elemento que repercute en las acciones que realizan las personas para tratar una situación de salud. Recordemos que el profesor Alberto (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017) dijo que la atención prestada por la medicina occidental depende de cada profesional y del esfuerzo que ellos le pongan para el beneficio de la comunidad pero, las condiciones precarias con las que tienen que trabajar son las que motivan su renuncia.

Las carencias del puesto de salud afectan la prestación del servicio y por ende, afectan las motivaciones de la población Uitoto a acudir a la medicina occidental. Por ejemplo, Emilio —Presidente de Azicatch— menciona que la comunidad sabe que en el puesto de salud no hay suero antiofídico. Por lo tanto, no demoran en dirigirse al abuelo para que el paciente pueda ser aliviado (Entrevista semiestructurada realizada el 12 de octubre de 2017). Aunque Emilio y varios de los de la comunidad afirman que la medicina tradicional puede aliviar la picadura de serpiente —o ofidiotoxicosis como lo reconoce la medicina occidental— en últimas, este itinerario terapéutico es la única posibilidad que tienen las personas para atender esta situación de salud.

El informe de Azicatch evidencia que antes del año 2007 las actividades extramurales eran realizadas por la Secretaría de Salud. Sin embargo, durante mucho tiempo no se realizaban. El Miapspi intentó reactivarlas. Al no tener transcendencia en el tiempo, estas actividades no siguieron la misma continuidad. Por lo tanto, para la fecha en que se realiza esta investigación, el Hospital San Rafael de Leticia no realiza actividades extramurales. Entonces, la población de La Chorrera no puede acceder a otro tipo de medicina diferente a la tradicional.

Toda esta situación indica que antes del Miapspi el perspectivismo del mundo permanecía inamovible. Después del Miapspi se presentó un giro ontológico que deconstruye la postura radical entre lo moderno y lo tradicional. Sin embargo, permanece la dificultad por integrar las dualidades moderno-tradicionales. Por ejemplo, el difícil acceso es una excusa de la medicina tradicional y la moderna para evitar su relación. Esto refleja los residuos del radicalismo incorporado y que aún intenta aflorar en un contexto híbrido o en los itinerarios terapéuticos híbridos.

Itinerarios terapéuticos híbridos

Antes del Miapspi la radical forma de pensar impedía pensar en desdibujar las fuertes diferencias entre lo moderno y lo tradicional. Así, cambiar el vestuario o los pasos para llevar a cabo algún ritual son algunas acciones que transgreden la tradición. Ver la cultura como un elemento aislante y no articulador es una postura que durante mucho tiempo se ha usado. Sin embargo, esta investigación indica que después del Miapspi lo que se transforma es precisamente esa perspectiva. La cual

posibilita la relación entre diversas formas de comprender el mundo. El informe del DAFP indica que el Miapspi permitió establecer espacios de diálogo para que los médicos tradicionales y los biomédicos compartieran e intercambiaran saberes.

De esta forma se logró un contacto entre ambas medicinas y, se adquirió un conocimiento que poco a poco fue interiorizándose dentro del conocimiento tradicional. De esta forma, los Uitoto cuestionan el estado dado de las cosas. La medicina tradicional no solo es medicina tradicional y, la medicina occidental no solo es medicina occidental. Los itinerarios terapéuticos empiezan a asumir características tanto de la medicina occidental como de la tradicional. Esto es Hibridación en Salud.

Tras varias conversaciones, pude identificar que inevitablemente existe un arraigo a la tradición pero, también, a un conocimiento que fueron aprendiendo e interiorizando con el contacto de la medicina occidental. Al revisar los documentos sobre el Miapspi se evidencia la incorporación de unos itinerarios terapéuticos occidentales en el pensamiento indígena. Antes del Miapspi estos itinerarios no eran usados por los Uitoto. Pero, lo más significativo es que esas transformaciones se lograron verificar al momento de realizar esta investigación. Estas transformaciones en los itinerarios terapéuticos más allá de las prácticas, radica en el pensamiento que permite a la medicina tradicional toma elementos de la medicina moderna para nutrirse (Viveiros. 1998). Es decir, corresponde a hibridación en salud.

El próximo capítulo abordará el proceso de hibridación en salud. Por ahora, este apartado mencionará esa búsqueda del bienestar y del mejoramiento de la salud de las personas. Esta búsqueda se oculta bajo las justificaciones que dan las personas para elegir los itinerarios terapéuticos. Pese a estas razones, la comunidad respeta la decisión del enfermo de acudir al itinerario terapéutico que desee. Nadie puede obligar a otro a acudir en primera instancia a la medicina tradicional o a la moderna. Cada persona es libre de elegir el itinerario que desee. Pero más allá de lo que eligen, lo importante es que esa acción evidencia ese cambio de perspectiva. Ya no rígida sino más bien híbrida.

En ese sentido, a continuación se presenta la información entregada por los Uitoto del casco urbano de La Chorrera sobre los itinerarios terapéuticos. Según el abuelo Jairo «Eso es así, o sea individual, en el hogar se curan. Ahí pasa a otro médico tradicional o pasa directo allá al puesto de salud. De todas maneras en la casa se inicia primero el tratamiento» [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 11 de octubre de 2017).

Henry dice que cuando las personas buscan su recuperación en casa:

A veces las mamás o los papás o cualquiera, digamos, ya sea tanto para la medicina tradicional o para la medicina occidental siempre acuden al servicio pero cuando ya está complicada la situación,

normalmente. Pal´ lado que sea, ya sea... Sucede que a veces digamos lo hacen primero pal´ médico tradicional y si no encuentran mejoría se van al médico tradicional, pero como la cuestión es de tiempo, entonces ahí hay complicaciones ¿Cierto? ... [Sic] (Henry. Entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

La comunidad reconoce la importancia de acudir de manera inmediata al médico ya sea tradicional u occidental. Este conocimiento puede salvar la vida de los pacientes. Por lo tanto, el itinerario terapéutico debe elegirse teniendo en cuenta el beneficio y el bienestar para el enfermo. Con el Miapspi, la población poco a poco fue reconociendo las enfermedades que puede curar y aquellas que no puede curar el médico tradicional. Incluso identificó las enfermedades en las que la medicina tradicional se demora en curar. Esta situación pone en riesgo la salud del enfermo. En estos últimos casos es necesario acudir rápidamente al médico occidental. Para una persona ajena a la comunidad, este conocimiento resulta casi imperceptible porque esta encarnado en las personas. Incluso a veces los mismos Uitoto no son conscientes de poseer este conocimiento. Pero, ese conocimiento es fundamental para comprender las transformaciones de los itinerarios terapéuticos. Estos serán mencionados más adelante.

Además de lo anterior, Henry indicó:

Lo que pasa es que el tema de la medicina tradicional, del conocimiento básico de la medicina tradicional para nosotros como cultura, era una regla obligatoria de todo varón, sobre todo. Antes de conocer una mujer tenía que aprender de todos esos principios, conocimientos básicos de la medicina tradicional ¿Por qué? ... Porque a través de ese conocimiento es que se llega a proteger la familia. Con esos conocimientos se consigue una mujer porque se consigue una mujer para proteger. Hay que atender un parto, hay que atender unos hijos, los niños son... cuando son pequeños se enferman. Todo eso se vuelve un conocimiento unas que hubieron una regla obligatoria, en el pasado...Entonces, otros si lo tienen por eso es que uno no puede decir que ese conocimiento radica en digamos unos cuantos. Lógico unos han cogido más renombre porque la gente ha ido donde ellos. Como esto funciona del voz a voz así, entonces van, van, van. Entonces algunos van cogiendo renombre, eso no quiere decir que no hayan otros que mantengan unos conocimientos básicos de medicina tradicional [Sic] (Henry. Entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

La automedicación realizada por la población Uitoto consiste en recurrir a remedios tradicionales. El conocimiento sobre los remedios lo han adquirido de varias formas: Una forma es a través de la observación. En algún momento, el paciente vio al médico tradicional usar un itinerario terapéutico para sanar la enfermedad. Entonces, el paciente repite ese itinerario terapéutico con el fin de restablecer su estado de bienestar. Otra forma es el conocimiento heredado. En su gran mayoría, las familias tienen un tío, un abuelo o incluso un padre que es médico tradicional. Ellos han enseñado,

de una u otra manera, ese conocimiento medico tradicional. Por lo tanto, los familiares replican lo que han aprendido con su pariente para restablecer su estado de bienestar.

Tal como se evidencia, esta automedicación se hace con la intención de restablecer ese estado de bienestar. Diego lo había indicado cuando me dijo:

[Yo sé] aplicar algunas medicinas tradicionales pero en sí ya meterme a los rituales con los que se cura a un paciente no... Eso los sabedores, los caciques, los abuelos tienen el conocimiento más grande más avanzado. Pues de hecho si uno quisiera uno se mete... pero nunca quise saber esos rituales paz 'curaciones (entrevista semiestructurada realizada el 4 de octubre de 2017).

Las personas Uitoto van interiorizando un conocimiento en salud tradicional. Este conocimiento lo van aplicando toda vez que lo necesiten. Entonces, aunque no todos los Uitoto son médicos tradicionales, todos han adquirido algún conocimiento sobre medicina tradicional. Finalmente, es cuando lo necesitan que lo aplican en ellos mismos.

Según Cristian, las personas Uitoto empiezan a usar itinerarios terapéuticos occidentales por tres razones: El principio del respeto por la tradición, el respeto por el conocimiento occidental y para restablecer el estado de bienestar.

Cada una tiene sus partes buenas... ¿cómo no apoyar algo de lo cual vivimos, de lo cual nos mantuvimos? Ahora ya es más rápido acercarse a las pastillas por que iba a lo mismo. Pero hay que respetarlo. Es válido. El otro —refiriéndose a la medicina occidental— es más cercano ir al puesto de salud y si no pues esta la otra parte tradicional donde carecemos de medicamentos occidental pero tenemos hierbas, raíces, ortiga, lo que sea. Cualquiera es válido por salvar una vida mientras lleguemos allá —Al puesto de salud. [Sic] (Entrevista semiestructurada realizada a Cristian el 9 de octubre de 2017).

Si bien Cristian indica que ambas medicinas son válidas porque buscan restablecer del estado de bienestar del enfermo, el informe de Azicatch registra que:

...el tratamiento inicial que se le da a cualquier paciente indígena en nuestros cabildos es la atención del médico tradicional. ¿En qué sentido? en el sentido de que sea la que sea la dolencia física, antes de recurrir a la atención de la medicina occidental, el médico tradicional conjura al paciente para que esté tranquilo y pueda llegar sin muchos contratiempos al centro de salud o a donde otro médico tradicional [Sic] (Azicatch. 2007: 3)

Al comparar esta parte del informe con la información recopilada en campo se identifica la transformación de los itinerarios terapéuticos. Según el informe, los Uitoto reciben la primera atención por parte del médico tradicional. Pero, la información recolectada en esta investigación

afirma que los Uitoto del casco urbano de La Chorrera se automedican. La automedicación, según la tradición, es una forma inadecuada para aliviar al enfermo. Según el abuelo Jairo, la mente esta «borrosa, tiene la cabeza turbia y no puede tener claridad sobre qué hacer para esa enfermedad específica» Jairo [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 11 de octubre de 2017). Pese a ello, lo que prima es el bienestar del enfermo. Por eso toman esta decisión.

Esta forma de pensamiento indica que pese a que la tradición parece inamovible, en realidad no lo es. Es transitable a favor del bienestar del enfermo. Esta parte del capítulo resalta tres casos donde también prima el bienestar del enfermo. Un motivo que los induce a acudir, lo más pronto que pueda, al puesto de salud. En cada uno de esos tres casos, la primera atención se hace por la medicina moderna. En todo caso, los itinerarios terapéuticos usados en los tres casos son algunas acciones adquiridas en los diálogos de saberes realizados dentro del contexto del Miapspi.

Probablemente existan otras transformaciones pero, esta investigación solo resaltaré tres de ellas. En conjunto, estas transformaciones son señaladas como las más relevantes y, dan sentido al propósito de esta investigación. En orden, este apartado mencionará los siguientes itinerarios terapéuticos que han sufrido alguna transformación: las vacunas, los cuidados prenatales y el cuidado de las enfermedades graves.

Las vacunas

Durante mi estadía en La Chorrera, este itinerario terapéutico fue uno de los más usados por los Uitoto. Esta situación me pareció interesante porque, además, recibí varias invitaciones de las mismas personas de la comunidad a vacunarme contra el tétano. Esta era la vacuna que, en ese momento, estaba aplicando Selena, Auxiliar del PAI del puesto de salud de La Chorrera.

Esta jornada de vacunación fue calificada por Selena como «exitosa» pues las vacunas se aplicaron en su totalidad y en un tiempo menor al proyectado. Una vez Selena terminó de aplicar estas vacunas empezó a prepararse para salir de correría y aplicar más vacunas en el resto de la zona no municipalizada. Aunque en ese momento lo pasé por alto, al revisar la información pude encontrar que las vacunas son un itinerario terapéutico que la gente realiza para prevenir las enfermedades. Incluso cuando estas escasean, las personas de la comunidad se preocupan porque estas lleguen a la zona no municipalizada, lo más pronto posible.

Selena me dijo:

Los Paisanos se preocupan mucho por las vacunas. Exigen que el PAI realice vacunación, están pendientes de si se aplican, si no se aplican, si faltan, si no faltan, si se dañan o no se dañan. El caso es

que los Paisanos tienen el esquema de vacunación más completo que el tuyo (Observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

El afán por recibir las vacunas puede tener varias explicaciones pero, esta investigación hace pensar que es el conocimiento sobre la eficacia de este itinerario el que motiva esta preocupación. Para sustentar esta premisa recordaré una parte de la conversación que tuve con el profesor Alberto. Él llevó a sus dos hijos al puesto de salud para vacunarlos «Yo asisto al puesto de salud porque entiendo que la medicina tradicional no puede curar algunas enfermedades que la medicina occidental sí. Por eso traigo a mis hijos y a mi familia para que sean vacunados» [Sic] (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017). Para Alberto, «estas vacunas previenen las infecciones» y por eso lleva a sus hijos al puesto de salud, para que los vacunen (Observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Lo anterior, lleva a pensar varias cosas:

Primero, las vacunas son consideradas el mecanismo más rápido y eficaz para evitar las enfermedades frente a los itinerarios terapéuticos tradicionales. Cristian, el auxiliar de saneamiento de La Chorrera, informó sobre la forma de vacunación tradicional:

...Cuando ocurre algo en la comunidad como una epidemia, los abuelos se reúnen y hablan sobre el tema. Ellos saben no sé por qué pero saben. Antigamente eran más especialistas que hablaban con los espíritus y ellos les advertían sobre las enfermedades: va a venir, va a venir y, ellos nos advertían de las vacunas previas a la cosa. Entonces, nos hacían tragar semillas, algunas raíces, ¿paz´ qué? Pa´ prevenir y si nos da, nos da leve, no nos da tan fuerte... [Sic] (Entrevista semiestructurada realizada el 9 de octubre de 2017).

Entonces, existen formas tradicionales para prevenir las enfermedades. Sin embargo, las vacunas occidentales tienen mayor efectividad y por eso personas como Alberto llevan a sus hijos al puesto de Salud. Este fue uno de los argumentos que más escuché en La Chorrera. Aunque no vi a las personas vacunarse tradicionalmente no significa que este itinerario ha sido arrancado de las prácticas de los Uitoto. Por el contrario, es un itinerario que aún se utiliza pero, la gente acude a la medicina tradicional al tiempo que solicita, de manera efusiva, la llegada de las vacunas al puesto de salud.

De esta forma, no es extraño que Alberto considere las vacunas como el mecanismo más efectivo para prevenir las enfermedades frente a la vacunación tradicional. Tampoco es extraño que piense que las vacunas occidentales tienen una ventaja frente a las formas tradicionales de prevención. Ambos argumentos son motivos para vacunar a sus hijos en el puesto de salud. Por lo tanto, las

vacunas occidentales son itinerarios terapéuticos usados para prevenir las enfermedades y mantener un estado de bienestar de los Uitoto.

Segundo, las personas reconocen algunas ventajas y desventajas tanto de la medicina tradicional como de la medicina occidental. En este caso, la efectividad de las vacunas occidentales da una ventaja a la medicina occidental sobre la tradicional. Por lo tanto, utilizan las vacunas tradicionales. Sin embargo, tal como lo advierte don Emilio:

A ciencia cierta sabemos que en las comunidades ahora no hay puesto de salud, no hay enfermeros como lo había antes cuando la ley permitía que eso hubiera, ahora no los hay. Entonces todo tiene que hacerse a través de lo cultural. El abuelo tiene que ver por todo, las enfermedades que pueda afectar a una familia, Entonces allí pues están viviendo lo nuestro pero cuando se llega acá se utiliza lo de acá. [Sic] (Entrevista semiestructurada realizada el 12 de octubre de 2017).

Esta afirmación puede sugerir que la cercanía y el fácil acceso a este itinerario terapéutico motivan a los Uitoto a usar las vacunas. Sin embargo, existe una razón mucho más fuerte. La transformación de la perspectiva rígida sobre la que se pensaba la cultura no podía nutrirse de otras culturas. Tomar lo nutritivo de la medicina occidental para alimentar la medicina tradicional es una característica de la hibridación en salud. Y es eso precisamente lo que se transformó. Bajo esta percepción, los Uitoto exigen y están pendientes de la jornada de vacunación prestada por el PAI. Por ello, Selena mencionó que las personas de las comunidades apartadas del puesto de Salud de La Chorrera tienen el esquema de vacunación más completo que el que yo pudiera tener (Observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

El conocimiento sobre la efectividad de las vacunas occidentales frente a las tradicionales impulsó a la comunidad a invitarme a vacunarme. Pese a tener esta vacuna, caí en cuenta que mi esquema de vacunación estaba incompleto. De esta forma comprendí que no es el fácil acceso a los itinerarios terapéuticos, sea occidental o tradicional, lo que garantiza su uso. Usar un determinado itinerario depende del grado de confianza sobre el mismo. Por ejemplo, saber que las vacunas occidentales ayudan a preservar el estado de bienestar de una manera más efectiva frente a las vacunas tradicionales motivó a las personas a vacunarse y además a invitarme, insistentemente, a usar este itinerario terapéutico.

El uso de las vacunas depende del grado de aceptación y creencia en la efectividad de este itinerario terapéutico. Esta última disposición se logra cuando las personas tienen un conocimiento. Este conocimiento puede surgir cuando escuchan el testimonio de otras personas o cuando experimentan los resultados en ellos mismos. En todo caso, pensar en el uso de la medicina occidental como una

manera de nutrir la medicina tradicional es parte del giro ontológico del que habla Viveiros (1998). Esta es la real transformación que se esconde bajo las respuestas de los informantes.

Este giro permite a los itinerarios terapéuticos, de la medicina tradicional así como los de la medicina moderna, relacionarse. Obviamente este giro pone en duda todo aquello que se daba por sentado. Por ejemplo, el hecho de acudir en cualquier caso al médico tradicional. Alberto pone de cabeza esa premisa. Por eso se dirige con su familia al puesto de Salud. Más allá de las razones que él mismo pueda dar, lo que en realidad demuestra es que los muros que divide ambas medicinas se están cuarteando. Y por ahí entra el flujo que les permite usar las vacunas y sobre todo confiar en ellas.

Para comprender mejor esta perspectiva, es necesario poner otro ejemplo. Los médicos occidentales, en su mayoría, no promueven en sus pacientes, familiares e incluso en ellos mismos el consumo de brebajes para prevenir y/o sanar las enfermedades. Para ellos, este tipo de medicina no tiene la validez científica necesaria para legitimarla. Por lo tanto, se mantienen escépticos ante la efectividad y seguridad de estas prácticas en salud tradicional. Entonces, rara vez el médico occidental promueve el uso de otros tipos de tratamientos alternativos así tenga pacientes, familiares o personas cercanas que si las usen. Esta situación se intensifica cuando se trata de enfermedades graves como el cáncer. En estos casos, los médicos occidentales restringen el uso de este tipo de medicina. La resistencia del médico occidental por el uso de itinerarios terapéuticos tradicionales radica en la carencia de la evidencia científica para legitimar su uso (Bromm y Tovey. 2007).

Las personas indígenas asumen una postura parecida frente a la medicina occidental. Pese al latente giro ontológico, los Uitoto ponen cierta resistencia a la relación entre lo moderno y lo tradicional. Sin embargo, poco a poco han ido estrechando las diferencias. Pero, este proceso no surge de la nada. La población fue admitiendo la relación, entre otras, por los diálogos de saberes realizados con el Miapspi. Estos diálogos coadyuvaron a introducir el conocimiento que tiene la población indígena sobre la medicina occidental. De esta forma se construyó una herramienta para transformar los itinerarios terapéuticos. También, los diálogos de saberes permitieron concertar acuerdos para introducir la medicina occidental sin eliminar los itinerarios terapéuticos tradicionales. Según el DAFP el Miapspi permitió introducir en las zonas no municipalizadas de Amazonas acciones de la medicina occidental. Estas surgen

Teniendo en cuenta la articulación de ambas medicinas tradicional y occidental, atención de primer nivel y especializada, promoción y prevención, salud pública con enfoque cultural, dentro del marco del Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Acciones que durante mucho tiempo no se realizaban por abandono gubernamental (2012: 49).

Con base en este apartado se puede concluir que lo que realmente se transformó fue la hermética forma de entender el mundo. Por ejemplo, acudir en cualquier caso al médico tradicional es una perspectiva que mantiene la división entre lo moderno y lo tradicional. De esta forma, los itinerarios terapéuticos modernos y tradicionales se mezclan a favor del estado de bienestar o la salud del paciente. Los itinerarios terapéuticos usados después del Miapspi no son completamente tradicionales ni completamente modernos. Por lo tanto, más allá de las motivaciones que pueda expresar la población para usar las vacunas, lo que en realidad ocurre es un proceso de hibridación en salud.

Los cuidados prenatales

En La Chorrera me encontré con Valentina, una joven que acudió al médico para confirmar que se encontraba en embarazo. Al confirmar esta noticia, Pilar, la bacterióloga, le recibe una hoja con un listado de exámenes que le ordena el médico. Ella dice: «este examen si lo hacemos acá, este no, este tampoco, este sí. ¿Puedes venir mañana? Después de las 11:00 a. m., cuando llegue la luz. Vienes en ayunas. No puedes tomar ni siquiera agua» (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Mientras Pilar le da esta información, noto que Valentina no tiene ni idea para que son los exámenes que le pidieron realizarse. Sin embargo, Valentina me dice: «...tendré que avisarle a Ana María, ella es la partera de la familia y me gustaría que me atendiera durante todo el embarazo y el parto. Claro, también el médico occidental» [Sic] (observación participante realizada el 5 de octubre de 2017).

Mientras esto ocurría, noté que Valentina no conocía el propósito de cada uno de los exámenes que le ordenaron. Pese a esto, confiaba en que la medicina occidental le ayudaría a mantener la salud o el estado de bienestar tanto de su bebé como la de ella misma. Además de esto, Valentina parecía más preocupada en llamar a su partera para que la ayudara en su embarazo, que en los exámenes que no le realizarían.

Para esta investigación, Valentina ejemplifica la metáfora de la predación (Viveiros. 1988). Ella toma de la medicina occidental la parte nutritiva, la parte que le permite confirmar su embarazo. Se vuelve una depredadora. Se come del otro [de la medicina occidental] lo que la nutre y desecha lo que no le sirve. De esta forma produce un itinerario terapéutico auténtico. (Sabogal. 2013). En sí misma, esta situación es una transformación significativa ya que las perspectivas estáticas no le hubiesen permitido a Valentina roer el tuétano de la medicina moderna. Pese a ello, la medicina moderna insiste en buscar excusas para seguir evitando este acercamiento.

Uno de los argumentos para despreciar este avance presentado argumentos desde la postura etnocéntrica. Esta postura dice que aún persiste un elevado riesgo de padecer alguna enfermedad

prevenible o incluso la muerte por motivo de la no atención materna o perinatal. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud publicada ocho años después de la aplicación del Miapspi, las gestantes de la Amazonía aún presentan los mayores obstáculos para asistir a las atenciones prenatales (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana —Profamilia. 2015). Pese a la importancia de este argumento, su mensaje es claro: la medicina moderna es la única que puede solucionar esta situación.

Sin embargo, el problema no se arregla al eliminar las dificultades de acceso para dar paso a la medicina moderna. Por el contrario, se debe buscar la forma de atender a las gestantes y controlar la evolución del embarazo desde un proceso híbrido y no exclusivo de la medicina moderna o de la medicina tradicional. En este fluirían ambos conocimientos a favor de la madre y el bebé. Las embarazadas acudirían de manera fluctuante a la medicina occidental y a la medicina tradicional.

El solo hecho de pensar de este modo, es un giro del pensamiento. Antes del Modelo de Salud Intercultural la separación entre la dupla moderno-tradicional era impensable. Sin embargo, al realizar esta investigación, los cuidados prenatales se hacen de manera simultánea. Las parteras pueden entrar al puesto de salud, atender, y realizar consultas en compañía del médico occidental. Para corroborar esta premisa es necesario mencionar una experiencia respecto a la atención del parto contada por Liliana, partera del casco urbano de La Chorrera. Ella dijo:

Mira niña cuando yo llegué [al puesto de salud] encontré una nieta pero ¡jum!... ella no quería cesaría, pero mira la cabeza aquí [señalando sus costillas]. Ella grito y le dije: No se asuste hija usted no pasa nada. Entonces yo le toque y toque para mirar a ver. ¡Jum! pero que esa pierna grande y su cabeza bien acá adentro. Ella se hinchó feamente, el médico la llamó para cesaría pero ella no quería y entonces me llamó. Mira... el niño ahora esta grande [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 5 de octubre de 2017).

La participación de las parteras en los nacimientos atendidos, especialmente, en el puesto de salud es un logro importante. Si la paciente lo requiere, en el parto la acompaña el biomédico y la partera. Aunque esta situación ha tenido acogida después de la aplicación del Miapspi, depende de la disposición de los médicos que estén atendiendo en el puesto de salud de La Chorrera.

Sobre esta situación Cristian, auxiliar de saneamiento, indicó:

Hay médicos profesionales que aceptan, o sea ellos vienen también a querer aprender ¿no? Hay muchos que le gusta la cultura. Uno sabe un médico cuando llega, desde que baja del avión, ya uno sabe con qué nos vamos a topar. Que personaje es este ¿no? Uno ya sabe desde el comienzo, de verdad que sí. Yo lo he visto, en el momento en el que uno sabe si la persona se va a adaptar o se va a amañar entonces así mismo hay médicos que llegan y ahí eso de una vez preguntando e indagando y eso uno mira que pasa el tiempo y ya ellos se meten de pronto tan apecho. Salen a las malokas por las noches, buscan a

los abuelos y empiezan, se amañan y terminan mambeando [Risas] Como hay otros que rechazan. No quieren ver que le llegue un paciente con el mambe, que es tradicional acá en los viejos, entonces ellos rechazan, que porque no tiene la boca limpia...Entonces eso trae rechazo inmediato, de una hay un choque inmediato, no da espera y ya empieza y es lo que termina mal a veces renuncian. Pero los que se amañan quisieran quedarse y aprenden mucho, ellos aprenden [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 9 de octubre de 2017).

Por lo anterior, Jair, el nuevo biomédico que llegó al territorio, me dice que su llegada a la zona no municipalizada fue demorada. Tuvo que esperar aproximadamente dos meses en la casa provisional ubicada en la ciudad de Leticia. Esta casa es de la ESE Hospital San Rafael. Y fue dispuesta para que los profesionales de salud se hospeden mientras logran llegar a las zonas no municipalizadas a los que fueron asignados para realizar el año rural. En esos dos meses, Jair tuvo varias conversaciones con compañeros, colegas y demás personal del hospital donde le indicaban que debía ser cuidadoso con los paisanos. Jair dijo: «Me metieron terror en la cabeza, pensé que este territorio sería muy difícil por todas las advertencias que recibí. Pero lo que uno tiene que hacer es respetar la cultura. Y eso es lo que intento» (entrevista semiestructurada realizada el 9 de octubre de 2017).

De manera similar, Pilar, la bacterióloga, indica «Hay un dicho que dice a donde fuere has lo que vieres. Es por esto que yo respeto las prácticas de curación tradicional. Los médicos tradicionales pueden entrar cuando quieran al puesto de salud para realizar sus rezos» (entrevista semiestructurada realizada el 5 de octubre de 2017).

Si bien Jair o Pilar permiten el acceso de los médicos tradicionales al puesto de salud para realizar prácticas de curación también, existen otras personas que no lo permiten. Por el contrario, obstaculizan esta articulación. Esto sustenta lo que mencionó Cristian, el auxiliar de saneamiento de La Chorrera. Él dijo que la articulación entre las medicinas tradicional y moderna no solo depende del Miapspi o del deseo de la población para que esto ocurra, sino también depende del profesional que llegue a trabajar en el puesto de salud (Entrevista semiestructurada realizada el 9 de octubre de 2017). El cambio de rurales debe ocurrir cada año. Pero, este cambio se realiza en un tiempo menor debido a las dificultades generadas por la carencia de insumos básicos de atención. En otras ocasiones, porque la población no se lleva bien con el profesional y hacen que este se aburra a tal punto de renunciar.

Por ejemplo, Jair llega al territorio porque la médica que estaba antes de él renunció a su trabajo. Cristian cuenta: «Ella se cansó de trabajar con las uñas. Era muy humanitaria pero se cansó de no poder ayudar más y renunció» (entrevista semiestructurada realizada el 9 de octubre de 2017). Ante la ausencia de médico, el casco urbano tuvo que permanecer por varios días sin la presencia de un

médico occidental. Mientras tanto, fue la bacterióloga quien asumió la responsabilidad del puesto de salud mientras llegaba Jair. Aunque, Pilar intenta ayudar esto puede generar mayores dificultades y consecuencias para la salud de la población en caso de ocurrir alguna urgencia.

Por lo anterior, la atención simultánea de las parteras y el médico para el cuidado prenatal solo se puede dar por la voluntad del médico que este en el puesto de salud. Por esto, la abuela y partera Liliana también comparte otra experiencia de un parto atendido en su casa:

...mucha gente ha venido aquí o'nde mí pero mucho y yo he ayudado mucho a las mujeres... no sé cuándo... la señora vino dijo: ¡Ay tía! yo estoy así. Dije: Bueno eso no es nada para mí. Entonces pues yo lo recé, le di ortiga para sacar la maldad y saque desde la corona. Ya tuvo niña y ya no sufrí. Yo como partera soy muy buena. Pa' todo. Por eso yo no tengo miedo a nada. Que este atravesado la cabeza... nada [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 5 de octubre de 2017).

También, Liliana comentó que en algún momento atendió un parto en el que el médico le indicó su molestia frente a los servicios que ella presta como Partera. Ella contó:

Pues a veces las personas me llama para que lo ayude y yo me voy. Mire abuela ¿usted que dice para salvar a esta señora? Yo digo: No eso no es nada. Bueno médico se sienta y yo voy a mirar, pero no me demoro dos horas o una hora. Yo no me asusto. Ahí él [el biomédicos] no cree. Déjenlo él no conoce lo que estamos haciendo, lo que uno trabaja. Y ya en un ratito está afuera el niño [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 5 de octubre de 2017).

Todo lo anterior, evidencia las dificultades de promover y sobre todo desarrollar un proceso de hibridación en salud. Sin embargo, estas dificultades son el reflejo de perspectivas no híbridas que aún pretenden dominar la forma de comprender el mundo. Por lo tanto, es necesario no seguir admitiendo el estado dado de las cosas para transgredir la distancia entre la medicina tradicional y la occidental. Así, se mantendrá latente la intención de cuestionar las presuposiciones y virar el campo analítico desde el que se capta la realidad.

El cuidado de las enfermedades graves

Varios Uitoto del casco urbano de La Chorrera identificaron y catalogaron unas enfermedades como enfermedades graves. Dentro de estas enfermedades graves se encuentran los siguientes casos: Parásitos, paludismo, troteos, macheteos, pulmones, enfermedades del cerebro, fracturas y ataques de animales. Así, la población reconoció ocho enfermedades graves. Sin embargo, solo pude presenciar el itinerario terapéutico referido al ataque de animales. Para estos casos, la población usa unos itinerarios terapéuticos específicos con la intención de lograr el retorno del estado de bienestar lo más pronto posible.

A continuación se reconstruirá la experiencia del abuelo John, quien fue atacado por un oso hormiguero. Este accidente ocurre en la tarde del miércoles 4 de octubre de 2017. Uno de los hijos de John nota que su padre no llega a casa. Por eso sale a buscarlo. Este encuentra a John en medio de la selva, sin conocimiento y lleno de sangre. Aunque trata de alzarlo se da cuenta que no puede y decide dejarlo mientras consigue ayuda. Finalmente, John es llevado al puesto de salud por dos miembros de la guardia indígena. El abuelo llega al puesto de salud aproximadamente a las 9:00 p.m.

John llega con varias heridas. La más grave es la que motiva a Jair, el biomédico, a sacarlo del territorio para que sea atendido en un puesto de mayor nivel. Es necesario que le realicen los exámenes pertinentes para identificar grado de complejidad de la herida. Mientras se realizaba este proceso, la condición de John era crítica. Estuvo inconsciente todo el tiempo. Jair le suministraba algunos medicamentos para mantenerlo estable pero, no eran suficientes. Paralelo a esto, los médicos tradicionales realizaron «un rezo para darle fuerza al corazón. Un rezo que le permitirá soportar el dolor que pudiera experimentar» [Sic] (Fabiana, hija de John. Observación participante realizada el 7 de octubre de 2017).

Aunque los médicos tradicionales podían entrar a revisar a John, tenían una única restricción: no suministrar ningún líquido o comida para no demorar la operación. Después de varias horas, Jair hace todo lo posible para gestionar el traslado. Mientras eso sucedía, la información de su traslado no era precisa. En primera instancia se pensó que lo llevarían a Leticia, luego a Villavicencio. Finalmente es trasladado a Bogotá. Unas pocas horas antes de que el avión ambulancia llegara a La Chorrera, el médico tradicional entrega a Fabiana unas hojas de albaica rezadas y algunas indicaciones sobre cómo debe aplicárselas a John una vez llegue a Bogotá.

Esta experiencia evidenció un esfuerzo de ambas medicinas para restablecer el estado de bienestar de John. Por un lado, Jair hacía lo posible para mantener al paciente estable. Por otro, estaba el esfuerzo de la medicina tradicional. Gustavo, uno de los hijos de John, dijo: «el aguante de mi papá se dio gracias a la medicina tradicional, sin ella él no habría resistido» (Observación participante realizada el 6 de octubre de 2017). Finalmente, el sábado 7 de octubre de 2017 ubican en el Hospital El Tunal una habitación. En este hospital diagnostican una infección urinaria que empiezan a tratar.

Aunque no pude tener más información de la evolución del estado de salud del abuelo John, si pude registrar paso a paso los momentos de angustia de la familia y amigos mientras estuvo en el puesto de salud de La Chorrera. A partir de esta experiencia se logró identificar algunos aspectos importantes para esta investigación:

1. Jhon fue víctima de un depredador. Pero, también fue un cazador al tomar aquello que le servía de la medicina moderna y de la medicina la tradicional. Es decir se convirtió en un caníbal que se nutrió de ambas medicinas. Tomo de cada una de ellas lo que le servía.
2. Jhon recibió una atención articulada. Se evidenció que la medicina tradicional realiza procesos de curación que se complementan con la atención de la medicina occidental. En este caso, ninguna medicina trató de superar a la otra. Lo que se evidencio fue un total trabajo articulado a favor del paciente. Entonces, pese a que Jhon estaba en el puesto de salud, también recibía atención tradicional.
3. Jhon es atendido de manera paralela por la medicina tradicional y la moderna. Por esta razón, mientras el abuelo John permanecía en el puesto de salud era revisado por el biomédico, quien controlaba la fiebre y su respiración. Pero, también era atendido por los médicos tradicionales. Cuando le pregunté al biomédico sobre esta situación él me dijo:

«El abuelo [refiriéndose al médico tradicional] entró al cuarto, puso sus manos en el pecho, en el corazón de John y empezó a realizar unos sonidos con la boca. Primero despacio y luego rápido. La duración de estos sonidos era de dos o tres minutos sostenidos. Era muy raro por eso le pregunté al abuelo para que eran estos rezos, el abuelo me dijo que es un método de curación espiritual » (entrevista semiestructurada realizada el 7 de octubre de 2017).

En estos casos, ambas medicinas trabajan para lograr un mismo fin. Mientras Jair hace su trabajo, los médicos tradicionales le dan el espacio para no interrumpir los procedimientos basados en la medicina occidental. De la misma forma, Jair y el resto del personal del puesto de salud deja que los médicos tradicionales realicen sus rezos sin ningún tipo de obstáculo. Bajo el principio del respeto, los abuelos no usan dentro del puesto de salud el humo del tabaco para curar a los enfermos. Aunque el tabaco es un elemento importante dentro de la cosmogonía Uitoto, en el puesto no lo usan para no afectar las prácticas usadas por la medicina occidental quien se opone al uso del tabaco y más en frente de los enfermos. Según la medicina occidental, este itinerario terapéutico es perjudicial para un paciente con la condición de salud de John.

Los itinerarios terapéuticos propios de la medicina moderna son usados por dos razones: Porque los Uitoto del casco urbano de La Chorrera tienen el conocimiento que les permite confiar en estos itinerarios. Los itinerarios terapéuticos propios de la medicina tradicional son usados para complementarse con la medicina moderna. Entonces, la medicina tradicional deja que la medicina occidental use sus herramientas a favor del enfermo. Ahí es donde aparecen argumentos como la efectividad, rapidez y otra. Aunque estos son importantes, lo que realmente develan es una hibridación en Salud. Ambas medicinas se nutren y desechan los residuos de la otra (Sabogal. 2013).

La transformación de la relación entre pensamientos diferentes da paso al proceso de hibridación en salud. Esta hibridación es la que permite el tránsito de perspectivas antagónicas: moderno-tradicional. Es un proceso que permite a la medicina tradicional o moderna tomar de la otra lo que más le favorezca, en este caso en beneficio de la salud del paciente. Entonces, la perspectiva deja de ser rígida. Se transforma permitiendo la relación entre diversas formas de pensar. Así, se da paso a un proceso de articulación del conocimiento del cuidado, del estar bien, del respeto por la diversidad y del buen vivir. Todos ellos son principios fundamentales para permitir el proceso de hibridación en salud.

Para entender mejor lo anterior es necesario retomar el Informe Sociocultural entregado por Azicatch (2007). Este indica que la salud es la ausencia de la enfermedad:

Pero hay que reconocer que existen aspectos en materia de salud que son nuevos en nuestro medio y que llegaron a nosotros a partir de nuestro relacionamiento con la otra cultura y nos permiten aliviar esta ausencia de salud [refiriéndose a las enfermedades] [Sic] (Azicatch. 2007:2).

Por lo anterior, se afirma que antes del Miapspi la población Uitoto concebía la salud como un elemento que dividía lo moderno y lo tradicional. Pero, después del Miapspi este proceso da giro de ciento ochenta grados. Tal como dijo Cristian «...Pero sí, cuando toca acudir hay que acudir con mucho respeto para restablecer ese bienestar» [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 9 de octubre de 2017). También, el abuelo Jairo contó cuando se cortó el dedo con un machete:

...Acá los muchachos pues como oyen mi charla pues ellos ponen los primeros auxilios, me levantan y de ahí yo ya me siento bien y me salgo de eso. O sea ya me curo. O sea el momento en que yo me enfermé pues de verdad a mi alguien me tiene que levantar. Frenar un tantico para yo poder sentirme bien y de ahí si [Sic] (entrevista semiestructurada realizada el 11 de octubre de 2017).

Después del Miapspi, la gente entiende las diferencias como unos elementos de los que puede tomar unos beneficios. De esta forma, el resultado del Miapspi fue la construcción de unos itinerarios que no son ni modernos ni tradicionales. Son híbridos. El Miapspi coadyuvó a la incorporación del relacionamiento entre la salud moderna y la tradicional. Ambas eran entendidas como opuestas. Ahora, estas diferencias se complementan para mantener o restablecer ese estado de bienestar. Transformando, más allá de las practicas [las vacunas, los cuidados prenatales y las enfermedades graves], el pensamiento desde donde se comprende el mundo. Construyendo unos itinerarios terapéuticos híbridos inmersos en un proceso de salud híbrida.

Capítulo III Incidencia de las transformaciones de los itinerarios terapéuticos en la construcción de una salud híbrida

El informe de Azicatch indica que —sin importar el caso— el enfermo acude inicialmente, al médico tradicional. Tal como se ha tratado de indicar, esta postura es el reflejo de una forma de ver el mundo desde un ámbito hermenéutico. La idea de una relación entre posturas consideradas opuestas era impensable. Por eso, todas las acciones se realizan bajo esa premisa. Ninguna pretende un acercamiento e intercambio entre duplas. Por el contrario, remarcan las diferencias y mantienen la distancia entre estos modelos. Sin embargo, lo que se logró con el Miapspi fue precisamente romper con esta separación. La experiencia en La Chorrera demostró que los Uitoto usan itinerarios terapéuticos híbridos. Los cuales dan cuenta de un proceso de Hibridación en Salud.

Por tal razón, este capítulo analizará la incidencia de esa transformación en la construcción de una salud híbrida. Para lograrlo, este capítulo responderá la siguiente pregunta: ¿Cómo se evidencia el proceso de hibridación en salud a partir de las transformaciones en los itinerarios terapéuticos? La respuesta a esta pregunta será abordada en el transcurso de este último capítulo.

En el marco del Miapspi se realizaron varios diálogos de saberes. Estos diálogos permitieron la entrada del conocimiento occidental dentro de los pueblos indígenas. Esto se puede evidenciar con los tres casos mencionados en el capítulo anterior. En estos casos lo que se evidencia es el conocimiento que permite relacionar lo tradicional con lo occidental. Estas transformaciones surgen a favor del restablecimiento del estado de bienestar. Esta transformación es en sí misma una muestra de hibridación en salud.

Sin este giro ontológico no se podría hablar de hibridación en salud. Probablemente, sería adecuado seguir hablando de pluralismo médico o incluso multiculturalismo. Tal como lo indico Viveiros (1998). Pero, lo que realmente sucedió fue un proceso de hibridación en salud. Para profundizar en esta premisa es necesario retomar el concepto de hibridación en salud.

El término hibridación, inicialmente se aborda desde la noción de García (2001). Pero, con el tiempo esta investigación fue alimentando comprensión a partir de otros autores. Algunos expresan las vicisitudes, otros las virtudes y otros, ambos aspectos del término. En todo caso, es importante mencionar algunos de ellos. Lo anterior permite aclarar algunos aspectos del mismo.

El concepto de hibridación también ha sido usado por ciencias diferentes a las sociales. Por ejemplo, se ha usado por la biología para explicar la creación de semillas que integran diferentes especies. Así, crean especies más resistentes o fuertes a cualquier inclemencia ambiental. Las ciencias sociales han tratado de incluir este concepto. Al respecto, Anthias (2001) indica que la hibridación *«It has been*

pointed out (Young 1996) that hybridity retains a cultural discourse of racial purity» (Pp. 625). Esta noción resulta contradictoria y más compleja si sumamos la siguiente afirmación: «Hybrids are not always the ‘new world of bricoleurs’ that Cornel West (1992, p. 36) talks about and may be tied to violence and alienation, as receivers or producers» (Pp. 628).

Teniendo en cuenta lo anterior, el concepto de hibridación resulta sumamente complejo. El concepto trata de contrarrestar la transgresión cultural que pueden sufrir las diferentes culturas al fusionarse. Pero, se olvida de los procesos de alienación, exclusión, violencia, y demás tensiones que pueden suceder en esta fusión.

Pieterse (2001) reconoce esta complejidad al señalar que: *«Hybridity, it is argued, is inauthentic, without roots, for the elite only, does not reflect social realities on the ground. It is multiculturalism lite...» (Pp. 221). Sin embargo, esta complejidad le permite afirmar «Hybridity first entered social science via the anthropology of religion, through the theme of syncretism. Roger Bastide defined syncretism as ‘uniting pieces of the mythical history of two different traditions in one that continued to be ordered by a single system» (Pp. 223). Lo valioso del trabajo de Pieterse es la recopilación de aspectos a favor y en contra de la hibridación. Esa recopilación se condensa en una tabla que equilibra los pros y los contras de la hibridación. Esta tabla se presenta a continuación:*

Table 2 Arguments for and against Hybridity

<i>Contra hybridity</i>	<i>Pro hybridity</i>
Hybridity is meaningful only as a critique of essentialism.	There is plenty of essentialism around.
Were colonial times really so essentialist?	Enough for hybrids to be despised.
Hybridity is a dependent notion.	So are boundaries.
Asserting that all cultures and languages are mixed is trivial.	Claims of purity have long been dominant.
Hybridity matters to the extent that it is a self-identification.	Hybrid self-identification is hindered by classification boundaries.
Hybridity talk is a function of the decline of Western hegemony.	It also destabilizes other hegemonies.
Hybridity talk is carried by a new cultural class of cosmopolitans.	Would this qualify an old cultural class of boundary police?
‘The lumpenproletariat real border-crossers live in constant fear of the border’	Crossborder knowledge is survival knowledge.
‘Hybridity is not parity’	Boundaries don’t usually help either.

Tomado de Pieterse. 2001: 225

Aparte de los autores mencionados, Bahabha (1994) y Kraidy (1995) también abordaron el término de hibridación. Ambos indican que la hibridez está relacionado o mejor, se da en el contexto de la migración. Pero Hibridación no es exclusivo al campo de la migración. Este concepto concuerda con

lo indicado por Valenzuela (2012). Él menciona un concepto que es importante para comprender la hibridación. Este concepto es el límite:

Los límites tienen que cumplir una característica que tiene un status primordial: deben permitir la integración con culturas ajenas a la propia y esa interacción... puede darse de dos formas, a) de forma física, real en tiempo y espacio, con contacto cuerpo a cuerpo y cara a cara y b) a través de las nuevas y otras no tan nuevas tecnologías de información... (Pp. 31).

Los límites y sobre todo los culturales se permean de forma imaginaria o real. Los límites no siempre separan y pueden ser impuestos. En todo caso, el concepto de hibridación es un concepto «que adquiere diferentes significados cuando se ubica en diferentes contextos culturales; esto lo que genera es una diversidad de formas híbridas» (Valenzuela. 2012: 32)

El autor hace una revisión teórica que le permite concluir que las mezclas que han existido y que se les ha definido como sincretismo, mestizaje e incluso pluralismo, entre otras, en últimas son procesos de hibridación:

A estos procesos de mezcla se les llamó de diversas formas... Eran procesos de hibridación que tenían por principal característica ser involuntarios y producto de la imposición... La característica de los procesos de hibridación cultural actuales es que se dan en un doble sentido, por un lado aquellos aspectos intersubjetivos que se mezclan, que se hibridan, de una forma intangible y además inconsciente; por otro lado aquellas hibridaciones que son elecciones totalmente racionales tomadas por los sujetos y que además tienen una función lógica (Valenzuela. 2012. Pp. 34- 35)

Latour (2007), también, discutió sobre la hibridación. Su insignia teórica indica que el proyecto de la modernidad cargó durante mucho tiempo viejos dualismos (Vaccari. 2008) Estos dualismos se diferencian y por ende se mantienen alejados los unos de los otros. Entre las dualidades cabe aquello que es moderno y aquello que no lo es. Sin embargo, la relación entre estos conceptos es a lo que se le denomina Hibridación (Latour. 2007)

Viveiros (1998) habla de las dualidades presentes en la cosmogonía de la Amazonía. En ella se presenta una relación entre lo humano-animal-espiritual. Este pensamiento fue comprendido por Viveiros (1998) como «perspectivismo amerindio». Este perspectivismo demuestra el tránsito entre estas subjetividades. El tránsito de las subjetividades o la relación entre los opuestos surge desde la metafísica de la predación. Para explicar este concepto, Viveiros (1998) usa el canibalismo para indicar que el hombre puede cazar a otros seres, así como convertirse en presa de otros. Esta situación permite tomar de las otredades los nutrientes para abarcar una comprensión amplia del mundo (Viveiros. 1998). Esto es hibridación.

Según Holbraad (2008), solo al disipar las dicotomías entre los itinerarios terapéuticos de la medicina tradicional como de la medicina moderna se puede hablar de hibridación en salud. Los itinerarios terapéuticos que surgen en este proceso no están en la medicina tradicional pero, tampoco en la occidental. Itinerarios terapéuticos que tienen elementos de la medicina tradicional como de la occidental es hibridación en salud.

Al reunir todos estos argumentos se puede concluir que lo evidenciado en La Chorrera da cuenta de un proceso de hibridación en salud. Paso de ser rígida a ser comprendida como híbrida. Los itinerarios terapéuticos modernos y tradicionales se mezclan con la intención de restablecer el estado de bienestar o la salud del paciente. Tanto los informes de Azicatch como de la OMS y el MSPS evidencian la separación entre la dupla moderno-tradicional. Ambos informes señalan que antes del Miapspi es imposible traspasar las fronteras entre lo moderno y lo tradicional (Ruiz. E. Et al. 2016).

Sin embargo, después del Miapspi se evidenció un giro ontológico que permitió a los itinerarios terapéuticos usados por los Uitoto de La Chorrera tener nociones de la medicina tradicional, así como de la medicina occidental. Tiene de ambas medicinas pero a la vez de ninguna. Esto es hibridación en salud. La medicina tradicional toma elementos de la medicina moderna. La medicina moderna toma elementos de la medicina tradicional a favor del enfermo. Entonces, la transformación de los itinerarios terapéuticos, más allá de las prácticas, reflejan y demuestran la existencia de un proceso de hibridación en salud.

Bibliografía

- Anthias, F “*New hybridities, old concepts: the limits of culture*”, *Ethnic and Racial Studies*, Vol 24. No 4. Pp. 619 – 641
- Asociación de cabildos y autoridades indígenas de La Chorrera -Azicatch (2006). Plan de vida de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce y Plan de abundancia Zona chorrera 2004-2008. La Chorrera.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Profamilia. 2015. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
- Barley, N (1989). *El antropólogo inocente. Notas desde una choza de barro*. Barcelona. Anagrama.
- Bhabha, H (1994) *El lugar de la cultura*. Buenos Aires. Manantial.
- Bromm, A. Tovey, P. (2007) *Therapeutic pluralism? Evidence, power and legitimacy in UK cancer services. Sociology of health an illness*. Vol. 29. No 4. Pp. 551-569
- Calle, H. Crooke, I (1969) *Revista Universidad Nacional (1944-1992)*. Número3. Pp. 80-95
- Carvajal, R (2016). *Parteras del Pacífico dialogan con el sistema de salud*. Revista Pesquisa. Pontificia Universidad Javeriana. Número 35. Marzo- mayo
- Casado, I (2016). *Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía*. En. Grafo Working Papers. Vol. 5. Pp. 1-30
- Chaparro, O (2007) *Construyendo agenda 21 para el departamento de Amazonas. Una construcción colectiva para el desarrollo sostenible de la Amazonía Colombiana*. Instituto Amazónico de investigaciones científicas. SINCHI. Ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial.
- Descola. F. Gíslí. P (2001). *Introducción a Naturaleza y sociedad. Perspectivas antropológicas México*. Siglo Veintiuno Editores.
- García, N (1997), *Culturas híbridas y estrategias comunicacionales*. En: *Estudios sobre las culturas contemporáneas. Época. II. Vol. III Núm. 5. Colima*. (Págs. 109-128)
- García, N (2001), *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Editorial Paidós.
- García, N (2004). *La cultura extraviada en sus definiciones*. En: *Diferentes, desiguales y desconectados*. Gedisa. Barcelona. España. Pp. 29-43.

- Giménez, C (2003). Pluralismo, multiculturalismo e interculturalidad. *Revista Educación y Futuro*. Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas N°8, CES Don Bosco-EDEBĚ. Abril
- Glavich, E (1995). Nunca hemos sido modernos. Ensayo de Antropología simétrica. Universidad Nacional de Quilmes. *Revista Redes*. Pp. 208-2212. Artículo disponible en: <https://ridaa.unq.edu.ar>
- Gómez, L. (2013). Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. *Revista Manguare*. Vol. 27. N°2. Julio- diciembre. Págs. 21-61.
- González, S (2015). Antropología y el estudio de las ontologías a principios del siglo XXI; sus problemáticas y desafíos para el análisis de la cultura. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*. Vol XX. Número 42. Noviembre. Pp. 39-64.
- Grimson, A (2006). *Interculturalidad y comunicación*. Grupo editorial Norma.
- Guber, R. (1991). La observación participante: nueva identidad para una vieja técnica. En: *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos aires. Paidós. Pp. 109-121.
- Herrera, X. L. (1989). Salud, medicina y antropología. *UNI: HUM*. Vol. 18 N° 30. Bogotá. Colombia. Enero - junio. Pp. 13-23.
- Holbraad, M (2008). *Definitive Evidence, from Cuban Gods. The Journal of the royal Anthropological Institute*. Vol 14. Septiembre. Pp.93-109. Artículo disponible en: <https://www.jstore.org/stable/20203800>
- Holbraad, M (2014). Tres provocaciones ontológicas. *University College London*. Ankelegi. 18. Pp. 127-139.
- Hostil O.R. (1969) *Content analysis for the social sciences and humanities*. Addison Wesley
- Husserl, E (2007). Phenomenology and the crisis of philosophy as a rigorous science. En: Cabello, Martha. Zúñiga, José. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*. Vol X. N° 2 de Abril– Junio. Pp. 183- 188.
- Larrión, J (2019). Teoría del actor red. Síntesis y evaluación de la deriva postsocial. *Revista Española de Sociología*. N° 28. PP. 323-341. Pamplona. España.

- Latour. B (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Siglo Veintiuno Editores. Buenos aires. Argentina.
- Latour. B (2009). *Perspectivism: 'Type' or 'Bomb'?* *Anthropology Today*. Vol 25. N° 2 Abril. Pp.1-2. Artículo disponible en: <https://www.jstore.org/stable/20528210>
- Latour. B (2016). Si nunca fuimos modernos, ¿Qué nos pasó? *Cuadernos de Antropología social*. 43. Pp. 17-20. Buenos Aires. Argentina.
- Mosquera, M (2007). Médicos y Antropólogos que descifran y tratan males. El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. En: *Desacatos*. N° 23. Enero- abril. Pp. 225-250
- Murdock, G (2014), “Los medios, la cultura y los tiempos modernos: investigaciones sobre las ciencias sociales”, Pp. 85-113
- Perdiguero, E (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Fernández, Gerardo. Ediciones Abya- Yala. Quito Ecuador. PP. 33- 49
- Pereira, L (1995) *Antropología de la Enfermedad: Teoría, Práctica y Aportes para el Debate Antropológico*. II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.
- Pia, M (2012). Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones del cuidado de la salud: Una mirada de los familiares. *Revista de Saúde colectiva, Rio de Janeiro*. N° 22. PP. 1063- 1083
- Pieterse. J (2001). *Theory, Culture & Society 2001* (SAGE, London, Thousand Oaks and New Delhi), Vol. 18(2–3): 219–245 [0263-2764(200104/06)18:2–3219 –245; 017488]
- Puerta. C (2010). Pueblos indígenas y sistemas de salud: participación local en el contexto de las fronteras neoliberales y multiculturales de Colombia. En: *Textos y sentidos*. No 1. Enero/junio. Pp. 39 -61.
- Restrepo, E (2007). La entrevista como técnica de investigación social: Notas para los jóvenes entrevistadores. En: Caicedo, Alhena. *Técnicas cualitativas y etnográficas*. Cali. ICESI. Pp. 1-8.
- Rojas, A (2011) *Gobernar (se) en nombre de la cultura*. *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 47(2), julio –diciembre. Pp-173-198

- Rojas (2010), Interculturalidad, políticas culturales y cultura política. En: Interculturalidad y bibliotecas públicas. Memorias del primer encuentro de Interculturalidad y Biblioteca pública. Bogotá. Ministerio de cultura. Pp. 25-47
- Ruiz, D, Del Cairo, C (2016). Los debates del giro ontológico en torno al naturalismo moderno. Revista de estudios sociales. No 55. Enero- marzo. Pp. 193-204
- Ruiz, R. G. P (2016). Itinerarios terapéuticos para el cuidado de la salud en la primera infancia en los pueblos de Cundinamarca y Boyacá. Revista Investigaciones Andina. N° 32. Vol. 18. PP. 1551-1564.
- Ruiz, R. R. P. C (2016). Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la Interdisciplinariedad. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Pp. 380-388.
- Sabogal, M (2013). Subjetividades caníbales. El pensamiento en perspectiva. *Cuadrantephi*. Revista de estudiantes de filosofía. Pontificia Universidad Javeriana. N°26- 27. Bogotá.
- Sahlins, M (2001), “Dos o tres cosas que sé sobre el concepto de cultura”, Pp. 290-327.
- Sennett, R (2000). La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona. Anagrama.
- Sowell, D (1997). Miguel Perdomo Neira: Healing, culture and power in the Nineteenth- Century Andes. Anuario Colombiano de Historia social y de la cultura. Vol 24.
- Suárez, R. G. V (2004). Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural: una aproximación al caso colombiano. Revista Colombiana de Antropología, 40, 185-212.
- Vaccari. A (2008). Reensamblar lo social: una inducción a la teoría del actor- red. Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior. N° 11. Vol 4. Julio. Argentina
- Viveiros, E (1998). *Cosmological Deixis and Amerindian Perspectivism. The Journal of the royal Anthropological Institute*. Vol 4. No 3. Septiembre. Pp.469-488. Artículo disponible en: <https://www.jstore.org/stable/3034157>
- Wade. P (2002) Race, nature and culture: an anthropological perspective. Pluto Press. Londres.

Artículos en línea:

- El espectador. La reconciliación de un etnocidio. Disponible en <http://www.semana.com/educacion/articulo/etnocidio-casa-arana/442158-3>.

Departamento administrativo de estadística nacional DANE. Perfil municipal La Chorrera Amazonas. Departamento administrativo nacional de estadística. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.

Departamento administrativo de la función pública. Mejores experiencias de Gestión en la administración pública colombiana. 2012-2011-2010. Diciembre de 2012. Premio nacional DAFP. Disponible en: <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1616.pdf/4e3f7408-71b6-4718-a0e4-d619ae91cfb8>

Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 1973 de 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201973%20de%202013.pdf

Canyes, M (1989). Última carta Pastoral. Disponible en: http://normalleticia.blogspot.com/2014/02/carta-pastoral-bibliografia-de_monsenor_html?m=1

Sitio oficial de la Gobernación de Amazonas. Zona no municipalizada La Chorrera. Disponible en: http://www.amazonas.gov.co/mapas_municipio.shtml?apc=bcxx--1364491&x=1364434. Consultado el 10 de noviembre de 2016.

Sitio oficial del Sistema Nacional de Información Cultural – Ministerio de Cultura. (Población: Amazonas – Etnias presentes) <http://www.sinic.gov.co/SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&COLTEM=216&IdDep=91&SECID=8>

Trabajo de grado: Caminando entre médicos y Chamanes. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11702/52989061-2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valenzuela, A (2012). Jóvenes yanquis e hibridación cultural. Pp. 20-35. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/ddigital/tesis/docs/22895/Capitulo2.pdf>

Walsh, Catherine. Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. Tomado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/viewFile/4663/3641>

Walsh, Catherine. Interculturalidad crítica y educación intercultural. Tomado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pFEUA4kyIJJ:www.uchile.cl/docu>

mentos/interculturalidad-critica-y-educacion

intercultural_110597_0_2405.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

Anexos

Tabla N° 1 Marco legal colombiano 1997-2014

Norma	Disposiciones
Acuerdo 57 de 1997	Se conforman los Consejos territoriales de Seguridad social en salud en el que se deberá contar con un representante de las comunidades Indígenas.
Decreto 330 de 2001	Constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.
Ley 691 de 2001	Reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el SGSSC.
Acuerdo 326 de 2005	Adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas. Afiliaciones colectivas, Traslados colectivos, Adecuación del Plan Obligatorio
Ley orgánica de Salud 2006	Regular las acciones que efectivicen el derecho universal a la salud con enfoque de derecho intercultural
Decreto 4972 de 2007	Reglamentan las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas.
Ley 1122 de 2007	Se hacen algunas modificaciones al SGSSS y se dan otras disposiciones. En lo relacionado con la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud. Creo la comisión de Regulación en Salud (CRES).
Ley 1438 de 2011	Reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones' Artículo 1°. Objeto. Fortalecimiento del SGSSS, a través de la estrategia Atención Primaria en Salud. Artículo 6°. Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de salud elaborará dicho plan con amplia participación en el marco de la APS, y se pondrá en vigencia en enero de 2012.

2012	Ministerio de Salud y protección social impulsa la política pública SISPI.
Decreto 1841 de 2013	Se adopta el Plan Decenal de Salud pública.
Decreto 1973 de 2013	Se crea la Subcomisión de salud de la mesa permanente de concertación con los pueblos y organizaciones indígenas que pretende orientar, formular y contribuir en la construcción de políticas públicas en salud dentro del marco del Sistema indígena de Salud propio e intercultural SISPI.
Decreto 1953 de 2014	El ministerio del Interior Presenta oficialmente el SISPI.

Tabla N° 2: Información censal del área no municipalizada de La Chorrera, actualizada a noviembre 2016

COMUNIDADES	STA. ROSA	SAN ANTONIO	SAN FRANCISCO	ASOCIACIÓN NATIVA	VEGGSAM	SABANA	CAISAM
MENOR DE 1 AÑO	1	5	1	0	2	1	1
DE 1 AÑO	4	2	3	2	3	2	2
DE 2 A 4 AÑOS	15	13	6	2	6	2	9
DE 5 AÑOS	3	1	2	2	1	2	1
DE 6 A 10 AÑOS	17	10	16	4	9	1	13
VPH	14	6	14	7	7	2	14
MUJER EDAD FERTIL	17	18	21	10	15	4	19
GESTANTES	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	44	32	50	23	27	9	38
ADULTO > 56 AÑOS	14	12	8	9	13	2	12
TOTAL POBLACION	129	99	121	59	83	25	109
NÚMERO DE VIVIENDAS	28	18	24	11	13	4	18
NUMERO DE FAMILIAS	29	23	28	14	19	5	13

Fuente: Secretaría de salud de Amazonas

Tabla N° 3: Información censal del área no municipalizada de La Chorrera, actualizada a noviembre 2016

COMUNIDADES	STA. MARÍA	CABILDO CENTRO - (CASCO URBANO)	SAN ISIDRO SAN GABRIEL	VISTA HERMOSA	MILAN	CAIR	OKAINAS-ORIENTE	CORDILLERA
MENOR DE 1 AÑO	0	1	1	0	0	2	1	3
DE 1 AÑO	1	15	3	0	4	1	4	3
DE 2 A 4 AÑOS	7	31	6	4	6	2	4	13
DE 5 AÑOS	3	8	2	1	4	0	3	3
DE 6 A 10 AÑOS	8	41	13	7	7	6	8	18
VPH	6	45	14	7	6	7	5	7
MUJER EDAD FERTIL	17	77	13	5	16	7	14	18
GESTANTES	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	30	181	39	12	27	15	34	31
ADULTO > 56 AÑOS	18	40	15	2	7	2	10	8
TOTAL POBLACION	90	439	106	38	77	42	83	104
NÚMERO DE VIVIENDAS	23	87	22	7	12	7	14	14
NUMERO DE FAMILIAS	27	100	24	7	14	7	18	20

Fuente: Secretaría de salud de Amazonas

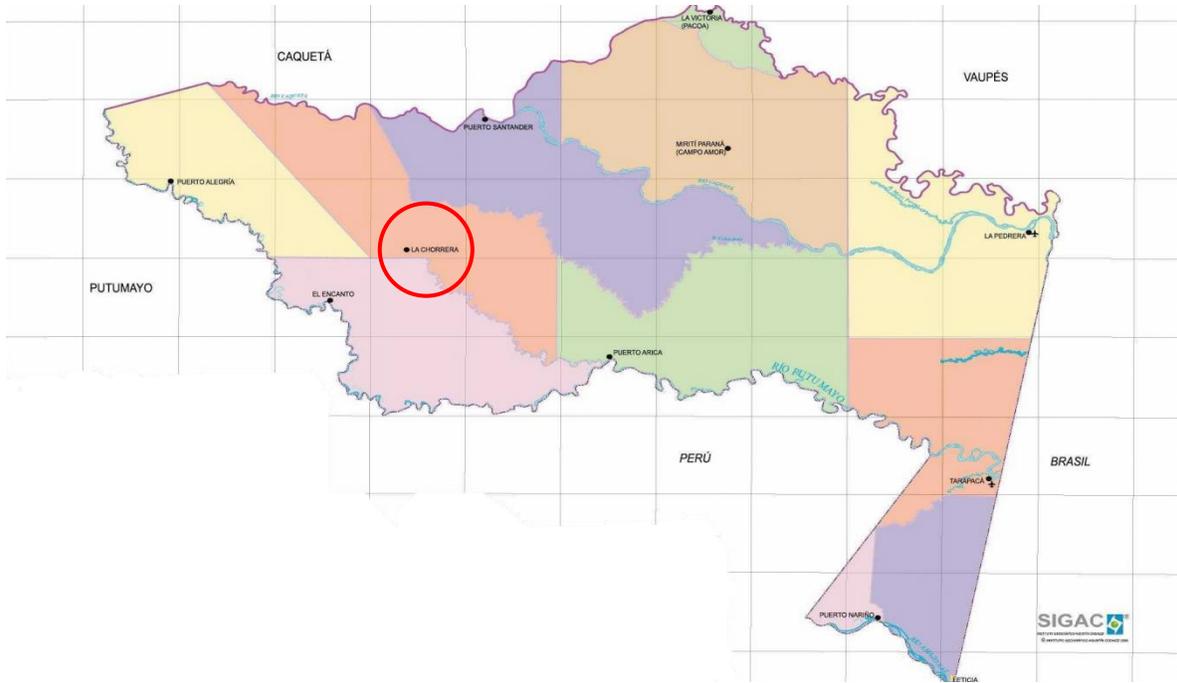
Tabla N° 4: Información censal del área no municipalizada de La Chorrera, actualizada a noviembre 2016

COMUNIDADES	MUE	OCIM-PORV-BARILOCHE-PTO RICO	PROVIDENCIA	PETANI	CRIS	LAGO GRANDE	TOTALES
MENOR DE 1 AÑO	1	1	2	0	4	0	27
DE 1 AÑO	2	1	9	2	8	2	73
DE 2 A 4 AÑOS	15	8	24	4	11	5	193
DE 5 AÑOS	3	0	8	4	8	1	60
DE 6 A 10 AÑOS	22	6	27	7	20	10	270
VPH	18	7	18	6	19	5	234
MUJER EDAD FERTIL	19	12	30	7	28	10	377
GESTANTES	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	41	39	79	26	58	13	848
ADULTO > 56 AÑOS	13	8	17	6	12	2	230
TOTAL POBLACION	134	82	214	62	168	48	2312
NÚMERO DE VIVIENDAS	23	14	32	10	26	9	416
NUMERO DE FAMILIAS	27	18	46	12	30	12	493

Tabla N° 5 Distancia entre las comunidades donde hay auxiliares de salud pública al Casco urbano de La Chorrera

Comunidad donde hay presencia de auxiliar de salud pública	Horas de viaje en motor de 20 a casco urbano chorrera
Santa Rosa	8 horas
San francisco	3 horas
Cordillera	4 horas
Mué	5 horas
Providencia	7 horas
Cris (Soledad)	10 horas
Lago grande	12 horas

Gráfico N° 1: Mapa geopolítico del departamento de Amazonas



Fuente: Tomado de <http://www.colombiamapas.net/mapa/mapa-amazonas-mapa.html>