

*Encuentros burocráticos de la diferencia: La  
configuración del Sistema Intercultural de Salud Propia  
Indígena del pueblo Kichwa en Bogotá*

Monografía de Grado  
Escuela de Ciencias Humanas  
Programa de Antropología  
Universidad del Rosario

Presentado por:  
Johan Sebastián Ariza Abril

Director:  
Juan Thomas Ordóñez Roth

Semestre I de 2018  
Bogotá, Colombia

## AGRADECIMIENTOS

No puedo empezar estas líneas sin antes darle mis infinitas gracias a cada una de las personas que hicieron posible este trabajo. Quiero empezar por mis padres, Helena y Hugo, a quienes les agradezco por su apoyo y fuerza incondicional, cada día me llenaron de motivación para seguir adelante. Les agradezco por su paciencia y por enseñarme que, a pesar de los problemas, no hay obstáculo que no se pueda derribar, ustedes son mi mayor inspiración y mi motor en la vida. Pero quiero especialmente darle las gracias a mi mamá, pues siempre estuvo a mi lado animándome y aconsejándome para dar el siguiente paso y no permitir que el miedo y la ansiedad se apoderaran de mí. Madre, te amo y te admiro, eres una luchadora, una guerrera de la vida y dedicarte estas líneas no se compara con todo lo que tú has hecho por mí.

Agradezco a todos los miembros del Cabildo Mayor Indígena Kichwa de Bogotá por abrirme las puertas de la institución y de sus vidas. Claramente este trabajo no sería posible sin su apoyo y ayuda. Valoro mucho los momentos que compartí con cada uno de ustedes porque, más que la información para este trabajo, me brindaron sus conocimientos, experiencias y aprendizajes en la vida, invitándome a ser no solo un mejor antropólogo sino también un mejor ser humano.

A mi director, Thomas Ordoñez, quiero agradecerle por su guía y acompañamiento. Gracias por cada uno de los comentarios que con tu tinte especial enriquecieron este trabajo. Pero sin duda alguna, debo darte las gracias por las risas y la motivación que me brindaste, siempre con tus consejos particulares lograste sacarme de la crisis y de la angustia llenándome de mucha motivación para continuar con esta tesis. De igual manera, quiero darle mis agradecimientos a la profesora Claudia Cortés, pues siempre estuvo dispuesta a ayudarme y a guiarme brindándome sus consejos, no solo en la realización de este trabajo, sino también en el camino corto que he hecho por lo que llamamos la antropología médica.

No puedo cerrar esta sección sin agradecerle a cada uno de mis amigos, compañeros en la vida, quienes han estado conmigo en los distintos momentos de realización de mi trabajo. A Yaneth y a Bania, les agradezco por estar siempre ahí, por la fuerza y los consejos que han sido vitales, debo decir que lo mejor que me ha dado la antropología ha sido su amistad y compañía, las quiero mucho. A Jessica que a pesar de la distancia siempre me ha apoyado y me ha llenado de confianza para creer en lo que soy capaz de hacer. Y, por último,

pero no menos importante, a Sergio por llegar a mi vida, quizás, en uno de los momentos más complejos, gracias por tu paciencia, por estar ahí a pesar de las crisis y por compartirme tus conocimientos ¡mi querido vino!

Finalmente debo agradecerle a la vida por ponerme en este camino. Gracias a la antropología he tenido la posibilidad de acercarme a distintas realidades, de ver el mundo desde otra óptica y lo mejor, de pensarme, entenderme y comprenderme en muchos aspectos. Sé que estos son los primeros pasos de un arduo camino de aprendizaje y reflexión, y hoy más que nunca estoy lleno de energía para afrontarlos y vivirlos de la mejor manera.

¡A todos muchas gracias!

## ***Índice***

<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	<i>Pág. 5</i>
Pero, ¿qué es el SISPI? .....	<i>Pág. 9</i>
Los Kichwas de Bogotá .....	<i>Pág. 17</i>
El SISPI y el cabildo Kichwa de Bogotá: .....	<i>Pág. 20</i>
Metodología .....	<i>Pág. 24</i>
¿ <i>SER O NO PARTE DEL SISTEMA?</i> .....	<i>Pág. 28</i>
La importancia de no alterar las prácticas de sanación y curación ancestrales: .....	<i>Pág. 31</i>
<i>En nuestra medicina está la solución: medicina ancestral para ganar espacios políticos y económicos dentro de las instituciones del Estado:</i> .....	<i>Pág. 40</i>
El cabildo como centro de negociaciones .....	<i>Pág. 48</i>
Las figuras de la medicina ancestral .....	<i>Pág. 52</i>
¿ <i>RECONOCIENDO O DESCONOCIENDO?: LOS TERAPEUTAS KICHWA AL</i>	
<i>SERVICIO DEL SISTEMA</i> .....	<i>Pág. 54</i>
De indígenas a burócratas. ....	<i>Pág. 57</i>
¿Dónde está la interculturalidad?.....	<i>Pág. 73</i>
Reconocer no es lo mismo que legitimar.....	<i>Pág. 79</i>
<i>CONCLUSIONES</i> .....	<i>Pág. 82</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	<i>Pág. 88</i>
Leyes, decretos y acuerdos: .....	<i>Pág. 94</i>

## INTRODUCCIÓN

Enero de 2017, era el último mes que tenía pensado para realizar labores de trabajo de campo con el cabildo indígena urbano CAMAINKIBO de la población Kichwa de Bogotá. Me encontraba con Mónica, técnica en salud del cabildo indígena, en el CAMI<sup>1</sup> de Las Ferias. Juntos habíamos tenido una mañana agitada pues estuvimos, con otros miembros del cabildo, realizando una visita domiciliar a una familia Kichwa en el marco de un proyecto relacionado con ‘reforzar la medicina ancestral’ de este pueblo indígena. Tras la visita tuvimos que ir rápidamente al CAMI pues Mónica debía entregar los avances del encuentro, y otros más realizados con anterioridad, a su jefa directa en la Subred Norte<sup>2</sup>, la coordinadora de la estrategia poblacional.

Ya en el CAMI, el reto para Mónica era encontrar a su jefa en alguno de los pasillos y salones llenos de personas que discutían y ordenaban carpetas con muchos papeles. Luego de unos cinco minutos de dar vueltas, Mónica encontró en un salón pequeño a la coordinadora quien, sentada en una esquina, atendía a las personas que la buscaban. Yo, que iba como observador, decidí sentarme en una de las sillas del salón esperando escuchar lo que Mónica hablara con su jefa. Mientras esperaba conocí a la coordinadora de los quilombos<sup>3</sup> a nivel distrital, ella también esperaba ser atendida, y al verme me preguntó por mi presencia en el lugar.

Lo que le respondí fue que estaba realizando una investigación sobre cómo se configuraba la política pública sobre el Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena (SISPI), impulsado desde la Secretaria de Salud de Bogotá, pero concentrado en la

---

<sup>1</sup> Según el Artículo 5, del Acuerdo 20 de 1990 (por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá), se crean los Centros de Atención Médica Inmediata CAMI 1 y 2 como unidades especiales de urgencias. Los CAMI 1 prestarán atención de partos de bajo riesgo, urgencias y consulta externa los CAMI 2 darán los mismos servicios más cirugía ambulatoria.

<sup>2</sup> En Bogotá con el fin de reorganizar el sector salud en la ciudad, y unificar las acciones realizadas por los hospitales públicos y la Secretaria de Salud del Distrito, se han creado cuatro subredes que están desplegadas geográficamente en la ciudad. Estas subredes son: Subred Norte (hospitales de: Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar); Subred Centro-oriente (hospitales de: Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara); Subred Sur (hospitales de: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal); y, Subred Sur-oriente (hospitales de Pablo VI Bosa, Del Sur, Bosa Fontibón y Occidente Kennedy). Debido a que el cabildo Kichwa y la gran mayoría de sus miembros, a pesar de ser una población dispersa en varias partes de la ciudad, se encuentran en la localidad de Engativá la subred que les corresponde es la subred norte (Acuerdo No. 20, 1990).

<sup>3</sup> En Bogotá bajo la conformación de proyectos de ‘salud intercultural’ se abrieron los quilombos como centros de atención en salud, en los cuales se tengan en cuenta los conocimientos de sanación y curación de la población Afrocolombiana asentada en la ciudad.

experiencia del cabildo Kichwa de la ciudad. Para mi sorpresa, la coordinadora de los quilombos levantó la voz, soltó una sonrisa y con cierto asombro me dijo: *¿El SISPI? ¿Pero si el SISPI ya no existe!*

La expresión me dejó frío, quizás por un segundo mi mente quedó en blanco, luego vino el pánico. ¿Cómo era posible que estuviera preguntándome por algo que no existe y no haberme enterado de semejante detalle desde un principio? ¿Qué había estado estudiando durante los últimos cuatro meses en mi labor de trabajo de campo? ¿De qué me hablaban las personas del cabildo Kichwa cuando les preguntaba por el SISPI? Todas estas eran preguntas que me invadieron en un solo instante; pero claro, inmediatamente traté de que la coordinadora me explicara más a fondo lo que me contaba:

*¡No, eso del SISPI ya se acabó! Eso ya no funciona, eso lo dejaron acabar porque al final nadie se puso de acuerdo con nadie, vea eso en esto de la medicina, unos tiran por un lado y otros por el otro, claro cada quien mirando sus intereses y lo que yo sé que pasó fue que, claro, los indígenas no iban a dejar ultrajar tampoco su medicina ancestral y, como le decía, esa articulación no hay de ninguna clase es trabajar uno al servicio de la hegemonía. (Relato de la coordinadora de los quilombos a nivel distrital)<sup>4</sup>*

Sabía que a la persona que tenía que buscar rápidamente era a Mónica, pues en ese momento era para mí la figura más cercana del cabildo Kichwa, por lo que apenas terminó la reunión con su jefa la abordé y le pregunté por lo que me contó la coordinadora de los quilombos. Su respuesta no fue para nada alentadora en esos momentos: “*Es cierto el SISPI ya no existe*”, dijo, con una expresión serena y como si no fuera algo nuevo de lo que me estuviera hablando. Hubo poco tiempo para que ella me pudiera explicar la situación, sin embargo, me contó que no hubo un acuerdo entre la población indígena y la Secretaria de Salud frente a la manera en la se crearía ese Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena en Bogotá.

El SISPI es una política pública que cobija al territorio colombiano, en la que se propone la creación de un sistema de salud que articule los saberes, prácticas y conocimientos de sanación y curación de los pueblos indígenas con los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del país. La pregunta que guio mi investigación fue ¿cómo se configura el Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena (SISPI) a partir de las

---

<sup>4</sup> A lo largo de este trabajo presentare diferentes fragmentos de charlas realizadas con las personas involucradas en mi investigación. Estas responden, por un lado, a conversaciones informales que detallé casi con precisión en mi diario de campo y, por otro, a entrevistas semiestructuradas pactadas con los involucrados.

relaciones entre el cabildo indígena Kichwa CAMAINKIBO de Bogotá y la Secretaría de Salud de la ciudad? Por ello, desde un inicio, mi interés sobre esta política estuvo centrado en su configuración, es decir, en los procesos y discusiones que podían librar las partes involucradas en la conformación de ese sistema de salud.

No obstante, cuando me enfrenté a esa inexistencia del SISPI en medio de la finalización del trabajo de campo, pensé que toda la información recolectada hasta el momento perdería peso y validez, pues al final estaban basadas en algo que no existe. No paraba de pensar que el rumbo de la investigación tomaría un cambio drástico al replantearse la existencia de lo que se estudia. Aun así, a pesar de que en ese momento sentí que mi trabajo había fracasado, este episodio marcó un momento importante en mi investigación, pues lejos de ser su final me plateó un escenario clave con relación a mi interés inicial sobre la manera en la que se configura el Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena (SISPI).

Pues bien, el día que hablé con la coordinadora de los quilombos con una gran angustia le pregunté a Mónica por todo lo que ella y sus compañeros del cabildo me habían contado sobre el SISPI, ¿cómo pudieron hablarme de algo que no existe! Mónica me respondió en medio de unas risas: *“No, pues es que en el cabildo le hemos contado lo que pensamos del SISPI, de unir la medicina ancestral con el sistema de salud, lo que usted nos ha preguntado... es que igual ese debate continúa...”*

En síntesis, el SISPI nunca ha existido materialmente en Bogotá. Aun es una idea, un plan en configuración, el cual ha y sigue generando una serie de encuentros y desencuentros entre la Secretaría de Salud de la ciudad y los pueblos indígenas asentados en ella. Por lo tanto, este sigue flotando en las relaciones entre la población indígena y las instituciones del Estado, desde los discursos de los funcionarios de la Secretaría de Salud, de los funcionarios de los cabildos y en las discusiones que tienen los unos con los otros sobre cómo o de qué manera se materializara esta política.

El SISPI si existe, solo que no es posible rastrearlo a partir de unos proyectos o instituciones en específico. No es aun ese Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena, pero lo que terminé entendiendo con mi trabajo de investigación es que el SISPI como política pública si está presente en otros escenarios que no son tan visibles y que son aún más interesantes. Estos escenarios son los que condensan las negociaciones sobre la política y los intereses que se tienen sobre esta, lo cual además nos habla de problemáticas más grandes

como el reconocimiento étnico en la ciudad y la complejidad de configurar y ejecutar políticas diferenciales en el país.

Por consiguiente, en el presente texto lo que me propongo hacer es analizar la configuración del SISPI basándome en un caso en específico, las relaciones entre el cabildo Kichwa CAMAINKIBO de Bogotá y la Secretaria de Salud de Bogotá (relación que se desarrollará a profundidad más adelante). A su vez, responder a ese interés me permitirá conocer los usos y valoraciones que en el cabildo Kichwa como en la secretaria de salud se tejen sobre el concepto de ‘medicina ancestral’. De igual manera, caracterizaré las relaciones que se materializan entre estas dos instituciones a partir de los encuentros y roles de sus funcionarios y, para terminar, problematizaré la idea de ‘la interculturalidad’ sobre la cual se basa el llamado SISPI.

De esta manera lo que muestro es que a pesar de la ausencia material del SISPI, la propuesta y discusión en torno a un sistema de salud que integre las comunidades indígenas al sistema nacional nos permiten ver una serie de tensiones y negociaciones que son centrales al reconocimiento étnico en Colombia. Dichas tensiones engloban discusiones frente al reconocimiento de la diferencia en la ciudad, el valor de las prácticas de sanación y curación como elementos centrales en la diferenciación cultural y las implicaciones de articular los saberes indígenas con las lógicas del Estado colombiano.

Por lo tanto, me concentraré en dos escenarios a partir de los cuales es posible acercarse a dichas tensiones y, en otras palabras, a esas manifestaciones invisibles del SISPI. Por un lado, las percepciones y los imaginarios que los involucrados en la configuración del SISPI tienen sobre la política pública y, por otro, los intentos por parte de la institucionalidad<sup>5</sup> en materializar acciones que permitan sentar las bases de ese Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena. Al concentrarme en la configuración de esta política, me acercaré entonces a los problemas del reconocimiento, los cuales, lejos de estar resueltos, aun cumplen un papel clave en discusiones como el valor de la salud y la medicina en estos procesos, así como en las relaciones que se tejen entre indígenas y Estado.

---

<sup>5</sup> Aquí me refiero a las instituciones del Estado, en este caso aquellas que representan al Distrito. En el caso puntual del SISPI es la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá la encargada de planear su ejecución y aplicación en la ciudad.

## **Pero, ¿qué es el SISPI?**

He empezado a describir al SISPI como una política pública que pretende la creación de un sistema de salud que articule los saberes de los pueblos indígenas sobre sanación y curación con los servicios del SGSSS. De igual manera, me he referido a elementos que se relacionan con el SISPI, como las implicaciones de la articulación de saberes indígenas con las lógicas del Estado colombiano y las discusiones sobre el reconocimiento de la diferencia cultural. Pues bien, estos elementos terminan definiendo en síntesis la esencia misma del SISPI.

El Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena nace como una política pública impulsada desde el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2012, la cual se propone privilegiar los conocimientos culturales de los grupos indígenas relacionados con la salud, la enfermedad y la sanación para la creación de un sistema de salud propio para esta población. Esta política encuentra su base en la Ley 691 del 2001 que plantea la necesidad de crear sistemas de acceso a la salud que respondan a la especificidad cultural de las distintas poblaciones presentes en la nación colombiana. Esta ley apunta a reglamentar y garantizar el derecho al acceso y a la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, fundamentando los programas de salud en criterios de “pluralismo médico, complementariedad terapéutica y la interculturalidad” (Ley 691, 2001).

No obstante, es a través del decreto 1953 de 2014, título IV, en el que el Ministerio del Interior hace una presentación oficial del SISPI y de sus objetivos. En síntesis, el decreto se refiere al SISPI como la creación de ese sistema de salud pensado por y para los pueblos indígenas del país, por lo cual se hace énfasis en la importancia del diálogo directo con las poblaciones en cuestión, siendo estas las principales constructoras del sistema con el apoyo de las instituciones del Estado. En este caso, se apunta a que el SISPI se basa en un trabajo en conjunto entre población indígena y Estado, representado este último a partir del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus instituciones. De esta manera, se hace referencia a una ‘articulación de saberes’ entre lo que se entiende como el ‘saber indígena’ y ‘el servicio institucional’ (Decreto 1953, 2014).

El decreto hace referencia a cuatro principios que deben regir el funcionamiento y el ser mismo del SISPI: accesibilidad; complementariedad terapéutica; reciprocidad; e interculturalidad. La accesibilidad aquí hace referencia a la garantía, que debe suponer el

SISPI, de acceder a la salud “de manera oportuna, adecuada, eficiente e integral como un derecho fundamental individual y colectivo de los pueblos indígenas, en armonía con el territorio y la cosmovisión de cada uno de ellos” (Decreto 1953, 2014: 40). Por su parte, con complementariedad terapéutica el decreto se refiere a que el cuidado de la salud se realizará a partir de una articulación entre la medicina propia de los pueblos indígenas con aquella brindada por el SGSSS.

Ahora bien, los principios de reciprocidad y de interculturalidad en el documento hacen referencia a las relaciones existentes entre los actores. La reciprocidad se refiere puntualmente a que las acciones tanto desde el sector indígena como desde el SGSSS deben propender por el cuidado de la salud como derecho fundamental, a través de un intercambio de saberes, en el cual entra en juego la interculturalidad. Este último principio se refiere a la “comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio” (Decreto 1953, 2014:41).

Gracias a estos principios el SISPI se propone como una herramienta que permita asegurar y facilitar que la población indígena acceda a servicios de salud en los que se tengan en cuenta su diferencia cultural. Por ello, se propone también como un camino que permita generar una mejoría en el estado de salud de esta población. Vale la pena aclarar que el SISPI se estipula de manera general para todo el territorio nacional, asegurando que son los entes territoriales y desde los territorios indígenas donde se debe generar su implementación y aplicación conforme a las especificidades de cada uno de estos.

Si enmarcamos esta política en un contexto más general, se puede vincular con el auge en la década de 1990 de las reformas constitucionales impulsadas en diferentes partes del mundo, como Colombia. Dichas reformas abrieron las puertas a la creación de políticas con un *enfoque diferencial* basado en la existencia de múltiples grupos sociales y étnicos. En América Latina para las décadas de 1940 y 1950, por ejemplo, en países como Bolivia y México, que cuentan con una alta presencia de población indígena, se empezaron a promover la conformación de ‘sistemas de salud híbridos’ en los cuales se respondiera a las necesidades culturales de la población indígena a la hora de acceder a los servicios públicos de salud (Lurduy, et al. 2016; Menéndez, 2017)

Estas iniciativas además de responder a los altos índices de mortalidad de población indígena para la época (Ramírez, 2014; Menéndez, 2016; 2017), se basaron en varias presiones generadas desde los colectivos indígenas que buscaban materializar el reconocimiento diferencial a partir de su participación en los sistemas de salud (Lurduy, et al, 2016). De igual manera, fue central la presión internacional representada por instituciones como la OMS o la OPS, las cuales empezaron a hablar de la necesidad de regular y controlar el uso de las medicinas alternativas o tradicionales (OMS, 2013), pues motivaron a que en varios países se pensara en mejorar los sistemas nacionales de salud a partir de la inclusión de estas medicinas generando, a su vez, una presunción de control y regulación sobre las mismas (Nigenda, 2001; Lurduy, et al, 2016; Segovia, 2011; Gonzales, 2010)

El SISPI es entonces una política que se deriva de este escenario, siendo parte de un amplio grupo de políticas ‘multiculturales’ que se generan, en el caso colombiano, con la configuración de la constitución de 1991, la cual expuso la existencia de una nación pluriétnica y multicultural. En este sentido, siguiendo los supuestos del llamado ‘multiculturalismo’<sup>6</sup>, esta política se basa en la idea de generar un derecho a la igualdad en medio de la diferencia (Restrepo, 2008:43). Es decir, garantizar la tenencia de los mismos derechos para todos los ciudadanos de una nación a pesar de su diferencia étnica o cultural. Lo que supone el SISPI entonces es la garantía del acceso a la salud en términos de igualdad, pero a su vez privilegiando los conocimientos y prácticas propias en sanación y curación de los pueblos indígenas reconocidos en el país.

Por consiguiente, para poder acceder a esta clase de políticas, primero se debe ser reconocido como un ‘otro étnico’, lo que ha desembocado en que uno de los retos de diferentes grupos sea la búsqueda del reconocimiento estatal, para ser incluidos diferencialmente dentro de los límites legales y políticos del Estado (Bocarejo, 2008; 2011;, 2007; Chávez y Zambrano, 2006; Del Cairo, 2005; 2011; Jaramillo, 2011; Rojas, 2011; Restrepo; 2008; Sevilla, 2007; Ordoñez; et al. 2014). En otras palabras, estas políticas han

---

<sup>6</sup> Siguiendo a Restrepo entiendo el multiculturalismo como un hecho jurídico y político que encuentra su configuración en los intentos de los Estados por condensar en la normatividad a ‘la diferencia cultural’. En este sentido, “se puede plantear que el multiculturalismo se refiere al conjunto de medidas o debates articulados explícitamente sobre la diferencia cultural en un marco jurídico – político determinado” (Restrepo, 2008; 38). Resulta valido comprender al multiculturalismo a través de las políticas del Estado dirigidas explícitamente al reconocimiento de la diferencia y a lo que se puede denominar “el derecho a la igualdad en la diferencia” (Restrepo, 2008; 43).

generado todo un escenario en el que el reconocimiento de las diferencias culturales se vuelve central, pues este termina garantizando el acceso a ciertos derechos y privilegios.

Precisamente, es en este escenario en el que se enmarca el presente trabajo, pues la configuración de esta política supone una serie de encuentros entre indígenas y Estado a partir de los cuales se negocia la clase de reconocimiento que los primeros reciben por parte del segundo, todo esto en el marco de sus prácticas de sanación y curación. Es decir, el SISPI, al querer articular una serie de elementos (que desde la política son entendidos como “indígenas”) con la institucionalidad estatal, plantea un escenario en el cual se disputa lo que se entiende como indígena.

En palabras de De la Cadena y Starn (2007), lo que se termina negociando son unos elementos que definen la indigeneidad, es decir, una serie de valoraciones e imaginarios que constituyen la manera en la que se entiende lo ‘indígena’. En el SISPI son los elementos de la sanación y la curación los que delimitan la diferencia entre lo que es indígena y lo que no lo es, pues se hace referencia a la existencia de una ‘salud propia’ inherente a la cultura y cosmovisión de cada pueblo y, por lo tanto, se entiende como un elemento diferenciador. En otras palabras, asume que todo pueblo indígena tiene una serie de prácticas y saberes que hacen referencia a un conocimiento ‘milenario’ o ‘ancestral’ que varía dependiendo su cultura (Decreto 1953, 2014).

Dicho entendimiento le da un rol central a las prácticas de sanación y curación en el marco de las luchas por el reconocimiento, pues se empiezan a entender como elementos desde los cuales se define la cultura en la institucionalidad (Martínez, 2009). Así, en el intento por demostrar su carácter indígena, los grupos que pretenden ser reconocidos como tal empiezan a acentuar esos elementos que para el Estado los define como ese “otro étnico” (De la Cadena y Starn, 2007; Martínez, 2009; Agudelo, 2012).

No obstante, en el SISPI al hablar de la salud propia indígena, a su vez, se hace referencia a la existencia de una ‘medicina propia’, haciendo uso de la terminología médica. En este trabajo se podrá ver que existen una serie de tensiones alrededor del uso de este término, pues se vincula con las prácticas alopáticas y la posición hegemónica que ocupan desde las lógicas del Estado (Baer, Singer et al., 2003; Martínez, 2009).

Desde el SISPI el término de ‘medicina’ hace referencia a algo que es legítimo para el Estado, el cual al articularse con los términos indígena; ancestral o propio, plantea un

escenario en el que el reconocimiento de la diferencia se materializa institucionalmente. Es por ello que entre los discursos que se movilizan sobre el SISPI resalta el de la ‘institucionalización de las prácticas de sanación indígenas’, pues se hace referencia a que con la articulación con el SGSSS y, al usar términos como *medicina propia*, o *medicina ancestral indígena*, se están transformando valores o características de estas prácticas al relacionarse al funcionamiento de las instituciones del Estado colombiano.

En este trabajo presento la experiencia del cabildo Kichwa CAMAINKIBO de Bogotá frente a esa llamada ‘institucionalización de las prácticas de sanación indígenas’. Por un lado, mostraré el temor, de los funcionarios y miembros del cabildo, frente a la posible pérdida de valores intrínsecos a las prácticas y conocimientos indígenas producto del contacto con las lógicas del Estado. Pero, también, discutiré el interés del cabildo por lograr una articulación con el Estado como símbolo de reconocimiento legítimo de la diferencia y, a su vez, como la posibilidad de ganar espacios políticos y económicos en la ciudad. Estas posturas, como se verá están, relacionadas con los nuevos escenarios que en la ciudad han emergido para la medicina ancestral, en los cuales se hace necesario resaltar la diferencia cultural, contando al tiempo, con el apoyo estatal.

Por este escenario es que entenderé el concepto de ‘medicina ancestral’ como una categoría con múltiples usos y definiciones. Por ejemplo, al servicio del Estado, la categoría de la medicina ancestral permite una suerte de identificación y control de la diferencia. En el caso de los pueblos indígenas, es una herramienta de diferenciación, pero a su vez una herramienta de reconocimiento e inclusión a los escenarios institucionales del Estado. Ante esto resulta clave resaltar que a lo largo de este trabajo se hablará de la manera cómo las prácticas indígenas se sitúan frente a la alopátia en relación a la posición jerárquica que esta ocupa desde la legitimidad del Estado, para analizar esos múltiples usos que se le dan a la categoría de medicina ancestral en el proceso de configuración del SISPI.

Este problema permite concentrarse en el rol que ocupa la interculturalidad a la hora de pensar una articulación entre saber indígena y Sistema de Salud, pues este componente se entiende como la herramienta que permite la comunicación ‘comprensiva’ entre las partes involucradas. Es decir, es la herramienta que permitiría desdibujar las relaciones de poder que puedan existir entre indígenas y Estado. Dicha definición de interculturalidad, desde el Decreto 1953, está basada en su entendimiento como un encuentro horizontal entre diferentes

culturas, el cual pretende borrar las jerarquías de poder que se derivan de un entendimiento colonial de la diferencia cultural<sup>7</sup> (Campos, 1999; Fernández, 2006; Caramés, 2006; Baixeras, 2006; Gonzales, 2006; Knipper, 2010).

Siguiendo a Walsh (2006; 2009) es posible reconocer varios tipos de interculturalidad, entre las que se encuentran: la interculturalidad relacional, que hace referencia al contacto entre personas, saberes, valores y tradiciones dejando intactas las condiciones de conflictividad y poder sobre las que se asienta dicho contacto. La interculturalidad funcional, la cual es definida como ese el discurso intercultural apropiado desde el Estado que al final no termina forjando ninguna acción contra-hegemónica y termina acogándose al orden social vigente. Y, por último, la intercultural crítica, que es entendida como la desnaturalización de los mecanismos epistemológicos y políticos que han construido la diferencia como desigualdad.

En distintas investigaciones relacionadas con la inclusión y articulación de prácticas de sanación y curación indígenas a los sistemas públicos de salud, se ha expuesto la interculturalidad como un elemento multifacético. Por un lado, se conceptualiza como herramienta política y discursiva desde la cual se paran los movimientos indígenas para promover ejercicios de descolonización en los que se haga un reconocimiento a su diferencia a partir de un dialogo que rompa con las jerarquías establecidas (Segovia, 2011). Pero por otro lado, se ha conceptualizado la interculturalidad como una herramienta que se ha quedado corta frente a la inclusión de los saberes indígenas en los sistemas de salud, pues se apunta a que los sistemas de salud institucionales basados en un saber científico se configuran a partir de esa idea de modernidad y veracidad que se le otorga a ese saber, por ende recae una relación jerárquica entre el conocimiento ‘científico’ y el indígena, en la que el primero cuenta con legitimidad y el segundo no (Lurduy, et al, 2016).

---

<sup>7</sup> Según Catherine Walsh (2006) la interculturalidad surge a partir de un principio en el que se supone librar una disputa en contra de las concepciones sobre la diferencia cultural construidas desde la colonialidad. Esta lucha se basa en la creación de un proyecto social, cultural, político, ético y epistémico que reconfigure las nociones de lo indígena a partir de unas relaciones contra hegemónicas que precisamente rompan con una serie de relaciones de poder. En este sentido, superar la colonialidad consistirá en la apuesta por una interculturalidad concebida como proyecto de transformación decolonial. Ante la presencia de una matriz colonial que bajo diversos procesos, dispositivos y actores ha podido reproducirse como modo predominante de estructuración del poder, la interculturalidad se instituye no solo como posibilidad de poner bajo la lupa crítica dicha matriz sino también como articulación de prácticas y concepciones dirigidas a fundar una sociedad «otra» (Walsh, 2009: 10).

En el caso del SISPI, al problematizar el componente intercultural se podrá analizar si alguno de estos tipos de interculturalidad está presente. Sin embargo, lo que se presentará en este trabajo es que el componente intercultural, lejos de ser una respuesta a la jerarquización de las culturas, marca una serie de relaciones hegemónicas (Menéndez, 2006; 2015; 2016; 2017; Ariza, 2007) que se materializan en los encuentros entre los funcionarios del cabildo con los funcionarios de la Secretaria de Salud.

Con respecto a estos actores, el Decreto 1953 de 2014 hace referencia a un componente político – organizativo que puntualiza en la “estructura orgánica y política de los pueblos indígenas” (Decreto 1953, 2014: 41), desde la cual se deben tomar las decisiones frente a los diferentes espacios de participación del SISPI. Esto en diálogo con la coordinación y funcionamiento del SGSSS. Es decir, recae sobre las instituciones, líderes o representantes indígenas la responsabilidad de ser puentes de comunicación entre los pueblos y las instituciones del SGSSS representadas por sus funcionarios delegados.

Esta característica da un tinte especial a las relaciones interculturales, pues dichos encuentros se realizan entre funcionarios y líderes/representantes indígenas, bajo unos protocolos basados en el funcionamiento burocratizado de las instituciones del Estado. En ese orden de ideas, las relaciones interculturales en el proceso de configuración del SISPI quedan inmersas en una serie de encuentros burocratizados expresados en una red jerarquizada de funcionarios públicos, tanto indígenas como no indígenas. Sobre estos personajes recaen los debates sobre la configuración del SISPI y, por lo tanto, son ellos quienes terminan movilizand o las ideas sobre la salud, la sanación, la curación y la indigeneidad.

Si bien me refiero a esas relaciones interculturales a partir del proceso de configuración del SISPI, vale la pena aclarar que, siguiendo a Eduardo Menéndez (2015), entiendo que esos encuentros de carácter intercultural anteceden a las políticas que se basan en esta categoría. Así, pensando puntualmente en las relaciones entre funcionarios y líderes/representantes indígenas, es posible afirmar que los encuentros interculturales siempre se han dado por el simple hecho de encontrar a diferentes grupos sociales en relación a una discusión o tema en común, el cual en muchos casos tiene que ver con el reconocimiento diferencial. Es por ello que antes del SISPI la interculturalidad ha estado presente y como desarrollaré es posible rastrearla a partir de una serie de itinerarios que se

materializan en los intentos entre funcionarios públicos e indígenas por articular sus saberes con la institucionalidad.

En este sentido, basándome en el concepto de ‘itinerarios burocráticos de la enfermedad’, postulado por Abadía y Oviedo (2009), que vincula la experiencia de la enfermedad con una ruta en la estructura jerarquizada del sistema de salud<sup>8</sup>, lo que propondré es la existencia de unos itinerarios burocráticos pero de la interculturalidad. Es decir, me referiré a que en la configuración del SISPI es posible vincular las relaciones interculturales con la estructura y funcionamiento del sistema de salud. Apuntaré que también es posible rastrear esos itinerarios, esa ruta en la estructura jerarquizada del Sistema, en las relaciones interculturales que se dan entre los actores involucrados en la configuración del SISPI.

Por lo tanto, los ‘itinerarios burocráticos de la interculturalidad’, entendidos como una categoría analítica, me permitirán problematizar las tensiones existentes frente a la interculturalidad y, a su vez, comprender la clase de encuentros que realmente genera la configuración del SISPI. En otras palabras, problematizaré las relaciones que se dan entre indígenas y Estado. De esta manera, a lo largo de este trabajo se podrán identificar una serie de encuentros, que basados en la estructura burocrática de las instituciones del Estado, terminan configurando todo un aparato burocrático indígena en el que se movilizan distintas nociones sobre la medicina ancestral, el sistema de salud y el reconocimiento de la diferencia cultural.

Ahora bien, no se debe olvidar que el SISPI ha sido pensado como una política que está dirigida a todos los pueblos indígenas reconocidos a nivel nacional, lo que hace de su aplicación diversa dependiendo el sector y los pueblos con los que se ejecute. Por este motivo, para acercarse críticamente a la configuración de esta política pública se hace necesario concentrarse en un caso en específico, el cual permita identificar los diversos escenarios antes expuestos. Es así como llego a la población Kichwa de Bogotá, la cual además de ser reconocida como un pueblo indígena del país, cuentan con un cabildo legalmente constituido y reconocido en la ciudad, lo que plantea un escenario aún más complejo: la ejecución del SISPI en una ciudad como Bogotá.

---

<sup>8</sup> Abadía y Oviedo (2009), se refieren a los itinerarios burocráticos de la enfermedad como una categoría teórica y metodológica, a través de la cual es posible “vincular las experiencias personales de la enfermedad con la estructura del sistema” (Abadía & Oviedo, 2009:1).

Desde el Decreto 1953 se apunta a que el SISPI debe ejecutarse en relación a ‘la cultura y el territorio propio’ de los pueblos indígenas, por lo que se asume la tenencia de estos dos elementos por parte de dichos grupos. Siguiendo el capítulo III del decreto, se acentúa la relevancia de ‘los territorios ancestrales indígenas’ como los espacios en los que se aplicará el SISPI conforme a las especificidades de los mismos. No obstante, Bogotá en su calidad de urbe no es usualmente pensada como un territorio indígena, pues se ha entendido como un lugar de paso, o transitorio, al que los indígenas migran pero que no es considerado su ‘territorio ancestral o de origen’ (Sánchez, 2004; Bocarejo, 2011; Chávez y Zambrano, 2006)

Aun así, en Bogotá, tras el reconocimiento de pueblos indígenas, como el pueblo Kichwa, que se han establecido en la ciudad y habitan permanentemente en ella, se han tenido que empezar a ejecutar políticas como el SISPI, lo que ha implicado una serie de retos que comprometen el entendimiento de la diferencia en estos espacios. Por consiguiente, en un contexto como el de la ciudad, el reconocimiento por la diferencia cultural; la apropiación de elementos culturales, como los de sanación, para dicho reconocimiento; o los encuentros entre indígenas y Estado, adquieren otro tinte. Además de esto, los Kichwa en Bogotá tienen otras particularidades, como ser de origen ecuatoriano, algo que hace el proceso de configuración del SISPI aún más interesante.

### **Los Kichwas de Bogotá**

Los Kichwa son un pueblo indígena originario de la región circundante a la ciudad de Otavalo, en la provincia de Imbabura, Ecuador. Este grupo se ha caracterizado por su fuerte relación con el comercio de textiles, no solo en su ciudad de origen sino en diferentes lugares, producto de la consolidación de densas redes migratorias que los han llevado a ubicarse en distintas ciudades alrededor del mundo (Ordóñez et al, 2014; Ordoñez y Colmenares, s.f). Dicha migración ha estado vinculada a la creciente saturación en los distintos mercados locales en los que se desempeñan los Kichwa, así como también a la saturación laboral que se vive en estos (Caicedo, 2010).

Sin embargo, para este grupo la migración no solo responde a razones meramente laborales o comerciales, ya que esta se ha configurado como un referente de la identidad étnica y cultural que los distingue de otros indígenas en el mundo (Maldonado, 2004; Caicedo, 2010; Ordoñez et al, 2014) Ante este escenario, los Kichwa se han caracterizado

por ser un grupo ‘transnacional’ que ha establecido rutas que los han llevado a asentarse en diferentes ciudades de Estados Unidos, Europa, Asia y diferentes países de Latinoamérica, entre ellos Colombia (Hernández, 2006; Caicedo, 2010; Ordoñez et al, 2014; Ordoñez y Colmenares, s.f).

La presencia de los Kichwa en Colombia se puede rastrear desde la década de 1940, lo que representa más de medio siglo de consolidación de redes migratorias de Otavalo a Colombia. Aunque otros registros apuntan a que la presencia de Kichwas en el país data desde la década de 1930 (Gracia, 2017). Este factor ha dado como resultado el establecimiento permanente de varios miembros de este grupo en las distintas ciudades del país, como Bogotá, en la cual ya se han identificado hasta tres generaciones de Kichwas, configurando el nacimiento de las primeras generaciones de Kichwas colombianos (Caicedo, 2010; 159; Ordoñez, 2017), y más puntualmente de Kichwas en Bogotá (Gracia, 2017; Ordoñez et al, 2014).

Siendo Bogotá un enclave en las redes migratorias Kichwas (Ordoñez et al, 2014) y tras los procesos estatales enmarcados en las políticas del multiculturalismo, para el año 2005 los Kichwa de Bogotá lograron la constitución de un cabildo indígena urbano, integrándose al grupo de las cinco comunidades indígenas que cuentan con cabildos legalmente constituidos en la ciudad (Bocarejo, 2011, Chávez y Zambrano, 2006). El cabildo Kichwa CAMAINKIBO de Bogotá representó para el grupo un avance en la lucha por ser reconocidos como pueblo indígena en Colombia haciéndose sujetos de derechos y deberes en el territorio colombiano. Además, supone un escenario interesante pues la figura del cabildo, como ente institucional, juega un rol clave en el entramado de relaciones que se configuran en los espacios de asentamiento de los grupos indígenas, ya que este se establece como un puente de comunicación entre la población y las instituciones oficiales del Estado (Molina, 2007).

No obstante, la configuración de este cabildo, lejos de ser un proceso habitual, ha sido conceptualizado como una paradoja frente al entendimiento de los indígenas en el país (Gracia, 2017), pues al ser reconocido en una urbe como Bogotá, rompe con la lectura institucional que encierra a los indígenas en los contextos rurales o alejados de las grandes ciudades (Sánchez, 2010; 2011; Bocarejo, 2011; Muñoz, 1994). Además, con relación al carácter transnacional de los Kichwas, la constitución del cabildo también supone un hecho

interesante, pues es el único pueblo indígena de Colombia que a pesar de encontrar sus orígenes en otra nación hoy en día son reconocidos como parte de la nación colombiana. (Gracia, 2017, Ordoñez et al, 2014)

Este escenario plantea una condición clave para entender a los Kichwas en Bogotá, pues a pesar de ser reconocidos como un pueblo indígena colombiano, y contar con instituciones como el cabildo, aún mantienen fuertes redes migratorias entre Ecuador y Bogotá (así como con otras partes del mundo) que propician la presencia de Kichwas extranjeros en la ciudad (Ordoñez et al, 2014). En este sentido, muchos Kichwas en Bogotá además de ser indígenas también son migrantes, lo que complejiza el acceso que pueden tener a ciertos derechos y servicios.

Aquí vale la pena señalar que producto de esta característica no todos los Kichwas que residen en Bogotá están vinculados al cabildo indígena, pues este solo puede estar al servicio de los Kichwas que cuentan con residencia legal en territorio colombiano<sup>9</sup>. Es decir, para ser parte del cabildo se necesitan una serie de requisitos que permitan identificar que el sujeto es colombiano o se encuentra legalmente en el país<sup>10</sup>. De esta manera, al contar con el amparo del cabildo, los Kichwas adquieren el carácter de ‘indígenas’, de no ser así y no haber

---

<sup>9</sup> Sin embargo, este no es el único factor que hace que el cabildo solo represente a una porción de los Kichwas en Bogotá, pues la legitimidad de este no es otorgada por todos los Kichwas presentes en la ciudad ya que este fue gestionado por un grupo de familias que ya tenían una trayectoria migratoria determinada (Ordoñez et al. 2014). Es decir, al existir diferentes redes migratorias que condicionan la movilización de los Kichwas alrededor del mundo, aquellos que no hacen parte de la red que configura el cabildo urbano simplemente no reconocen este como una figura legítima, por lo que “la organización política del Cabildo Kichwa va de la mano de los procesos migratorios de estos indígenas en la ciudad” (Gracia, 2017: 64)

<sup>10</sup> Retomando el Estatuto del Cabildo, el artículo 8 considera como miembros directos del Cabildo a los hijos de padre y/o madre indígena Kichwa nacidos en Colombia y que vivan de forma permanente en Bogotá D.C., además de familias cuyos miembros pertenezcan a pueblo Kichwa y que se encuentren radicados en Colombia. De la misma manera, son considerados como miembros adoptivos a personas no indígenas o de otras comunidades indígenas que estén casados(as) o que convivan en unión libre con un miembro directo del Cabildo (Gracia, 2017: 71).

El Cabildo tiene un censo de la población Kichwa en la Ciudad de Bogotá, el cual es un mecanismo del Ministerio del Interior para controlar cuántas personas pertenecen a la comunidad y así tener una muestra de la población Kichwa. Por tanto, este último tiene que reportar cada año al Ministerio la cantidad de población inscrita en el Cabildo que se encuentra en la ciudad. Para que las personas sean censadas necesitan tener nacionalidad colombiana o tener un estatus migratorio regular, el cual implica estar establecido permanentemente en Bogotá. Para ingresar al censo de Cabildo se necesita un formato de inscripción, documento de identificación y un recibo de un servicio público, para comprobar el estrado social. Específicamente, 16 los documentos válidos para la inscripción son: la cédula de ciudadanía colombiana, registro civil expedido en Colombia, pasaporte o cédula de extranjería. Mientras que no es posible ingresar al cabildo con cédula de ciudadanía ecuatoriana, registro civil ecuatoriano, pasaporte (vencido), cédula extranjería vencida o salvoconducto (Gracia, 2017: 72)

nacido en territorio colombiano serán reconocidos únicamente como ‘migrantes’ (Ordoñez, s.f).

Precisamente por esta característica el cabildo indígena adquiere centralidad en esta discusión pues es desde esta institución que se termina definiendo quien es o no un indígena (Ordoñez et al, 2014) y, adicionalmente, quien es un sujeto de derechos en Colombia. Producto de esta característica apunto que, para los Kichwas en Bogotá -principalmente para aquellos inscritos al CAMAINKIBO- es más funcional resaltar su carácter indígena y no migrante, pues es el primero el que abre la puerta a una serie de beneficios y derechos que brinda el Estado colombiano. Sin embargo, en el presente trabajo no me concentraré mucho en las múltiples discusiones relacionadas con el carácter migratorio de los Kichwas, por lo cual afirmaré brevemente que la doble condición de indígena/migrante dificulta el acceso a los servicios y beneficios otorgados por el Estado, ya que dicha condición resulta en una barrera para quienes no cuentan con una residencia legal en Colombia y quieren acceder al cabildo.

Es así como estar inscrito al cabildo permite el acceso *diferencial* a derechos y servicios como la educación o la salud, como también a otros beneficios que otorga el Estado colombiano a los grupos étnicos del país. Sin embargo, la configuración del cabildo, lejos de ser la solución a los distintos problemas que atraviesa la población Kichwa en Bogotá, se ha convertido en un espacio a través del cual se siguen librando luchas, negociaciones y transacciones que buscan ampliar el reconocimiento de la diferencia indígena a diversos espacios de la esfera social; entre los que se pueden nombrar los espacios de la sanación y la curación representados en políticas como el SISPI.

### **El SISPI y el cabildo Kichwa de Bogotá:**

En el cabildo Kichwa CAMAINKIBO se desarrollan distintos proyectos vinculados con las instituciones del Estado para el beneficio de la población inscrita. Dentro de los proyectos se pueden resaltar aquellos relacionados con la educación, la cultura y la salud (Gracia, 2017). Para cada uno de ellos se han delegado una serie de funcionarios y miembros del cabildo que, por su relación o experiencia con los temas, se encargan de su organización y ejecución.

En materia de salud son varios los personajes que en el cabildo se relacionan con el tema, desde funcionarios contratados en conjunto con otras instituciones, hasta actores

centrales en los conocimientos de salud como los Yachak<sup>11</sup> y las parteras. Entre los funcionarios se puede nombrar a la técnica en salud (Mónica<sup>12</sup>), contratada por el cabildo en conjunto con la Secretaria de Salud de Bogotá, quien se encarga del manejo general de todos los temas relacionados con esta materia; la promotora de salud de la EPS<sup>13</sup> (Gabriela), contratada por el cabildo y la EPS Unicajas<sup>14</sup>, encargada de la afiliación y las autorizaciones con la EPS de las personas inscritas al cabildo<sup>15</sup>; y el gobernador (Luis Alfonso Tutaquimba), quien por su posición debe estar al tanto de todos los proyectos que se desarrollan en la institución. Por otro lado, se encuentran los Yachak, o Sabedores, como se autodenominan ellos, (Fernando y Esteban), quienes han sido reconocidos por el cabildo como los portadores de los conocimientos en sanación y curación del pueblo Kichwa en Bogotá; y las parteras (Rosa Tade y Rosa de la Torre), que al igual que los sabedores, han sido reconocidas por el cabildo como las personas que portan los conocimientos de partería y, por lo tanto, pueden prestar esta labor dentro de la comunidad.

Por su relación con los temas de salud o por su posición dentro del cabildo, cada uno de estos sujetos se ha vinculado de alguna forma con la configuración del SISPI y hacen la función de la cara visible del cabildo. No obstante, esta política pública los toca de manera diferente en relación a la posición que cada uno ocupa, dentro de una escala burocrática, basada en el funcionamiento de las instituciones del Estado, que les permite relacionarse más de cerca con los funcionarios de la otra parte: la Secretaria de Salud de Bogotá.

---

<sup>11</sup> El Yachak es quien porta los conocimientos ‘ancestrales’ de sanación y curación del pueblo Kichwa. Se hace referencia a que su aprendizaje es heredado de generación en generación, dicho conocimiento se relaciona con el uso de las plantas y hierbas medicinales, así como con el uso de procedimientos que se encargan de reestablecer un equilibrio espiritual que en el pueblo es entendido como el estadio de bienestar y salud. (Ariza et al, 2007)

<sup>12</sup> A lo largo de esta tesis se utilizarán los nombres reales de las personas que aceptaron ser parte de este trabajo. El uso de sus nombres se realiza con la previa autorización de cada uno de los sujetos, quienes, en calidad de figuras públicas, del cabildo y de las instituciones distritales, accedieron a que sus nombres reales fueran utilizados.

<sup>13</sup> Entidad promotora de salud. Son las encargadas de promover los servicios de salud a los usuarios que se encuentran afiliados a estas. Es decir, son estas instituciones, a partir de su rol administrativo y comercial, las encargadas de asegurarse que sus usuarios reciban la atención en los servicios de atención médica y hospitalaria.

<sup>14</sup> Esta es la EPS a la que el Cabildo decidió afiliarse para que preste el servicio de atención en salud a su población inscrita.

<sup>15</sup> Básicamente lo que diferencia la labor de Mónica con la de Gabriela es que Mónica se encarga de los temas generales de salud del cabildo, como acceso, políticas en general sobre la materia, programas de salud con entidades estatales, cuadros epidemiológicos, etc. En su lugar, Gabriela se centra puntualmente en las relaciones que tienen la EPS con sus afiliados en el cabildo, asignación de citas, exámenes médicos, asignación de medicamentos, remisiones, etc.

Vale la pena anotar que entiendo la burocracia como la manifestación más clara del poder público en el día a día (Abrams, 1988; Hansen & Stepputat, 2001; Gupta & Sharma, 2006; Leal, 2006; Lipsky, 1980; Buchely, 2015), por lo que en esta se materializan las distintas relaciones que se tejen con el Estado. En este sentido, la burocracia puede ser entendida como una manifestación simbólica del Estado en la vida diaria de los sujetos por lo que, en el caso del SISPI, más allá de ser una red jerárquica, es un campo en el que se materializan las políticas públicas a través del rol de los distintos funcionarios que la conforman (Lipsky, 1980). De esta manera, el SISPI no está materializado en instituciones o proyectos concretos sino en esa densa red burocrática desde la que se discute y negocia su ejecución.

Así, en primera medida, son los llamados ‘funcionarios’ del cabildo (el gobernador, la técnica y la promotora de la EPS) quienes más se encuentran con los funcionarios de la Secretaria de Salud: la coordinadora de la estrategia poblacional de la Subred Norte (Jazmín Ulloa), encargada de los proyectos de carácter diferencial en esta Subred y, la referente étnica para la Secretaria de Salud de Bogotá (Johana Cabiativa) encargada de los temas de salud pública para la población étnica en Bogotá. Estos encuentros se dan principalmente a través de reuniones coordinadas entre las partes, la mayoría en el marco de un calendario establecido con anterioridad, pero también, si el caso lo amerita, de manera urgente saliéndose de lo pactado en el calendario.

Si puntualizo en las especificidades del SISPI, relacionado con mi entendimiento de la burocracia, es en estos encuentros entre funcionarios en los que se configura la aplicación de esta política pública. Sobre dichos personajes recae la responsabilidad de movilizar los distintos intereses que tengan las dos partes interesadas (indígenas e institucionalidad).

Sin embargo, en el caso de los sabedores y las parteras, la participación es diferente pues a pesar de que son quienes se ven directamente afectados por lo que negocien los funcionarios, son pocos los espacios directos de participación en los que puedan exponer sus posturas e intereses frente al SISPI. En esta medida, la participación de los sabedores y las parteras se da a partir de la mediación de los funcionarios del cabildo, que recogen y movilizan sus posturas. En teoría lo mismo sucede con la población inscrita al cabildo en

general, la cual, representada a partir del consejo de mayores<sup>16</sup>, transmite a los funcionarios del cabildo sus posturas frente al SISPI.

Esta serie de encuentros y relaciones expresan esos itinerarios burocráticos de la interculturalidad y lo que nos terminan mostrando es una estructura jerarquizada en la que se movilizan las distintas percepciones e intereses que se construyen sobre el SISPI. En la base de la estructura puede estar la población indígena en general, en este caso los miembros del Cabildo Kichwa de Bogotá, donde están los sabedores y las parteras quienes vienen siendo los directos implicados y afectados por políticas como el SISPI. Seguido de ellos se pueden ubicar a la técnica en salud o a la gestora de salud de la EPS, quienes son las primeras personas a las que pueden recurrir los miembros del cabildo ante cualquier problema relacionado con la salud, tales como acceso, afiliación, medicamentos, etc. Además, son ellas quienes directamente se dan cuenta de los efectos de los proyectos y políticas en la comunidad, por ello deben informar sobre los efectos a sus contratantes: el gobernador del cabildo y la coordinadora de la estrategia poblacional de la Subred Norte.

Así, el gobernador y la coordinadora son los siguientes en la estructura, siendo quienes reciben la información y empiezan a construir soluciones para los problemas que ellos identifican. Además, se encargan de la distribución de recursos que les llegan desde instituciones superiores como la Secretaria de Salud. Se debe tener en cuenta también, que por esta posición son quienes llevan la información al siguiente nivel de la escala, en este caso, representado por la Referente Étnica de la Secretaria de Salud. En este último punto, más cercano a las instituciones de gobierno y control del Estado, la Referente Étnica se encarga de recopilar problemáticas y realidades, analizarlas y proponer los posibles caminos para el mejoramiento de la salud de la población étnica presente en Bogotá.

Dicha escala puede seguir ascendiendo a espacios donde se asignan recursos, se aprueban proyectos y propuestas, se configuran políticas, etc. Sin embargo, para los intereses de este trabajo no fueron tenidos en cuenta, pues me concentré en las relaciones que

---

<sup>16</sup> De acuerdo con los estatutos del Cabildo Kichwa, el Consejo de Mayores está conformado por indígenas Kichwa mayores de 50 años quienes han hecho posible (aunque no exclusivamente) la existencia del pueblo en Bogotá (Estatutos del Cabildo Mayor Indígena Kichwa 2012: 10). La idea de este consejo es tratar las diversas agendas relacionadas con la presencia de los Kichwa en Bogotá. Así, desde esta junta se debaten posibles soluciones frente a las problemáticas en las que se ve inmersa la población inscrita al cabildo. Básicamente es en este espacio donde se toman varias de las decisiones colectivas que son de carácter central para el cabildo y para sus miembros (Gracia, 2017).

construyen los funcionarios del cabildo y estas llegan hasta la Referente Étnica de la Secretaría de Salud. Es decir, si bien sus posturas se movilizan en toda la red burocrática, los encuentros cara a cara llegan hasta dicha Referente, por lo que otros funcionarios salen del espectro de relaciones que se dan entre el cabildo y la Secretaria de Salud. Aun así, es posible dar cuenta de una red burocrática donde se movilizan entonces las diferentes percepciones sobre el SISPI y, a su vez, sobre las prácticas de sanación y curación Kichwas, la articulación con el SGSSS y el ser mismo de la indigeneidad.

### **Metodología**

Para acercarme al proceso de configuración del SISPI, a partir de las relaciones que se tejen entre los funcionarios de cabildo Kichwa CAMAINKIBO de Bogotá y las funcionarias de la Secretaria de Salud de la ciudad, realicé un trabajo de campo de cuatro meses durante el año 2016 y 2017. Este se llevó acabo en las instalaciones del cabildo indígena, así como en las instituciones donde se materializaban encuentros entre los funcionarios, como el CAMI de Las Ferias o las oficinas de la Secretaria de Salud de Bogotá.

Como he venido resaltando, me concentré en los funcionarios y miembros del cabildo que de alguna forma hacen parte del proceso de configuración del SISPI, pues son ellos quienes están involucrados en la configuración de la política. A lo largo de esta tesis, reconstruyo diversos testimonios y percepciones que cada de uno de ellos me otorgó sobre la política pública, los cuales fueron recogidos a partir de entrevistas semiestructuradas, como también por medio de charlas informales. Estas últimas fueron posibles gracias a la realización de un acercamiento etnográfico en las instalaciones del cabildo, de las actividades de sus funcionarios y de la manera en la que cotidianamente movilizan distintas percepciones a partir de la discusión de políticas como el SISPI.

Gracias a este ejercicio de acercamiento con el tiempo tuve la posibilidad de acompañar a los funcionarios a reuniones de carácter más privado, así como a los encuentros del consejo de mayores realizados en el cabildo. De igual manera, mi presencia en esta institución me permitió acercarme a los sabedores y parteras, inscritos y reconocidos en el cabildo, con quienes tuve la oportunidad de realizar un grupo focal con el propósito de conocer sus percepciones y experiencias sobre el SISPI, como también de entablar charlas informales mientras permanecían en el cabildo ejecutando sus labores.

A su vez, tuve la oportunidad de acompañar a los sabedores y parteras en sus labores en el marco de proyectos vinculados con la Secretaria de Salud y el cabildo indígena, los cuales pretenden ‘fortalecer la medicina ancestral’, además de sentar las bases para la consolidación del SISPI. Poder asistir a estas labores me permitió explorar aún más las percepciones que se movilizan sobre la política pública, así como las distintas tensiones que los intentos por concretarla generan.

Por lo anterior, y para poder desarrollar cada una de las discusiones presentadas en esta introducción, esta tesis estará dividida en dos capítulos. El primero, *¿Ser o no ser parte del sistema?*, explorará a través de esa pregunta una de las principales discusiones que se genera en la configuración del SISPI: los efectos de la articulación de los saberes indígenas con las lógicas institucionales del Estado, o, en otras palabras, la llamada ‘institucionalización de la medicina indígena’. En este capítulo, a partir de las percepciones de los actores involucrados en la configuración del SISPI, lo que se pretende es abordar el problema del reconocimiento de la diferencia en la ciudad, a partir de la importancia de las prácticas de sanación y curación con relación a su contacto con las lógicas del Estado, las cuales son rechazadas pero paradójicamente, al tiempo, añoradas.

Al indagar por las percepciones sobre el pilar del SISPI muestro que a pesar de que está política aún no se materializa en Bogotá, desde su configuración se movilizan distintas ideas sobre lo indígena y la medicina. Estas dos categorías terminan negociándose conforme a los diversos intereses que los actores tienen sobre la política pública y sobre los nuevos espacios de acción que la ciudad ha generado. Por consiguiente, las discusiones que se abordarán son el problema de la negociación de la indigeneidad desde el SISPI, y, los diversos usos y significados que la categoría de ‘medicina ancestral’ adquiere en dicha negociación.

En el capítulo dos *¿Reconociendo o Desconociendo? Los terapeutas Kichwa al servicio del Sistema*, me concentraré en una de las experiencias del cabildo relacionada con la vinculación de los sabedores y las parteras en un proyecto para reforzar la medicina ancestral desde la Secretaria de Salud. El proyecto, al que he llamado ‘30 Familias’, pretendió acercar a los sabedores y parteras del cabildo Kichwa a 30 familias inscritas a esta institución para prestar atención médica de primer nivel, y levantar información acerca del estado de salud de los sujetos, como también de la clase de acceso que ellos tenían al SGSSS. Este

proyecto fue pensado como un intento por sentar las bases de un SISPI al intentar articular la acción de los terapeutas indígenas con acciones necesarias para el SGSSS.

El proyecto de 30 Familias si bien no puede ser entendido como ese Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena, sirve como un elemento que les permite a los funcionarios del cabildo hacer predicciones sobre el SISPI. Básicamente esto se debe a que este proyecto se basa en el pilar del llamado SISPI: la articulación del saber indígena con el funcionamiento del Sistema de Salud. En este caso, se da desde una atención primaria que fue pensada como un programa piloto para dar los primeros pasos en materia de articulación en Bogotá. Por ello, he decidido analizar esta experiencia pues a través de esta se materializan muchas de las discusiones que luego se darán en los intentos de configuración del SISPI.

En este orden de ideas, lo que mostraré en este capítulo son las tensiones frente al reconocimiento y a la incapacidad del Estado por legitimar las prácticas de sanación indígenas y sus actores, ahora no desde las percepciones de los miembros del cabildo sino desde sus experiencias en el proyecto de las 30 Familias. En síntesis, lo que se mostrará, es que lejos de darse un reconocimiento al terapeuta indígena y sus labores, al final lo que se termina es configurando un nuevo funcionario, un nuevo burócrata, que responde a las necesidades e intereses de las instituciones del Estado, en este caso al SGSSS.

Por dicho motivo, en este capítulo será central la discusión con relación al componente intercultural, pues al ser entendido desde el SISPI como la herramienta que permita un diálogo directo con la población indígena es entendida también como un medio que debería facilitar el reconocimiento a sus prácticas y saberes. Sin embargo, lo que se verá es que este componente lejos de ser la solución para la articulación de lo indígena en la institucionalidad en un plano horizontal, lo que supone es más bien una articulación basada en las lógicas e intereses del Estado, por lo que la interculturalidad funciona más como una herramienta que materializa las relaciones de poder del Estado sobre los indígenas.

A partir de esta experiencia podrá hacerse énfasis en los itinerarios burocráticos de la interculturalidad, pues lo que se termina configurando es un aparato burocrático indígena que se relaciona con toda una red presente en las instituciones del Estado. Si bien no se está hablando propiamente del SISPI en este caso, al concentrarnos en la experiencia del proyecto de 30 Familias, se puede problematizar esa base que pretende articular conocimiento indígena

con las lógicas institucionales del Estado, apuntando a que ese funcionamiento burocratizado termina absorbiendo al terapeuta volviéndolo funcional a la estructura general del sistema.

En síntesis, lo que permitirán los dos capítulos de esta tesis es explorar las distintas tensiones que se derivan del proceso de configuración del SISPI a partir de la experiencia del cabildo Kichwa CAMAINKIBO en Bogotá. Mostraré que el SISPI se ha configurado como un escenario imaginado en el que se condensan las relaciones entre indígenas y Estado a la hora de hablar del reconocimiento de las prácticas de sanación y curación indígenas, de sus actores, de sus saberes, así como de los espacios y alcances que estos elementos pueden tener en un sistema burocratizado y jerarquizado como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Por ello, este trabajo a diferencia de otros que se han concentrado en la evaluación del éxito de programas interculturales en salud (Campos, 1999; Fernández, 2006; Caramés, 2006; Baixeras, 2006; Gonzales, 2006; Knipper, 2010; Segovia, 2011); o que pretenden remarcar las relaciones jerárquicas que se esconden detrás de los encuentros interculturales entre indígenas y sistema de salud (Menéndez, 2006; 2015; 2016; 2017; Ariza, 2007; Lurduy, et al, 2016), lo que plantea es un escenario en el cual es posible pensar la interculturalidad como un elemento más en la vasta red burocrática que está presente en las relaciones que se tejen entre indígenas y Estado. Así pues, a lo que apunto es que en esta clase de encuentros se plasman una serie de tensiones y desencuentros que van más allá de la idea de articular medicina indígena con el sistema general de salud de Colombia, pues a su vez esta discusión pone sobre la mesa los intereses de la población indígena por ser reconocida diferencialmente en distintos escenarios sociales, como los sistemas de salud, y, por otro lado, los intentos del Estado colombiano por definir y contener la diferencia cultural en categorías que le permitan hacerla funcional a su lógica y a sus intereses.

## CAPITULO 1

### ¿SER O NO PARTE DEL SISTEMA?

Una de las principales banderas del llamado Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena (SISPI) es la articulación de las prácticas de curación indígenas con los servicios ejercidos desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Ante esto, el Decreto 1953 de 2014 estipula que el SISPI se coordinará, articulará y complementará con el SGSSS, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que la vigilancia y control se regirá a partir de los principios generales del SGSSS y sus instituciones. Es decir, se articularán los saberes indígenas con los servicios institucionales bajo la jurisdicción y funcionamiento del Estado colombiano.

En el cabildo Kichwa CAMAINKIBO de Bogotá, esa articulación significa la posibilidad de ser parte del ‘Sistema’, como se le decía al SGSSS, por lo que cada vez que se hablaba del tema se terminaba discutiendo sobre las ventajas y desventajas de esa articulación<sup>17</sup>. Para los miembros del cabildo ser parte del Sistema podría llevar a la absorción de sus conocimientos y prácticas por la lógica y funcionamiento de las instituciones del Estado, lo que suponía poner en riesgo sus saberes, pero al tiempo, articularse al Sistema se contemplaba como la oportunidad para abrirse espacios en la arena institucional y así posicionar sus intereses e ideas en escenarios políticos y económicos claves.

Preguntarse por ser o no parte del Sistema implicaba entonces para los miembros del cabildo cuestionar lo que ellos mismos llamaban ‘la institucionalización de los saberes indígenas’, pero ese cuestionamiento se materializaba en el valor y en los posibles usos que les daban a sus prácticas de sanación y curación. En este sentido, sobre los elementos de la curación indígena o, en términos del SISPI, sobre la ‘medicina ancestral’ recaen una serie de discusiones que parten de los intereses de la articulación entre indígenas y Estado, pero que

---

<sup>17</sup> En este caso al referirme a ventajas y desventajas básicamente parafraseo lo dicho por los miembros del cabildo durante mi trabajo de campo, pues durante la realización de este al indagar por el SISPI fue posible delinear dos posturas, aquellas que se inclinaban por las cosas ‘positivas’ que podía dejar la política (esto en relación a los intereses de reconocimiento y aval estatal que tienen tanto los sabedores como las parteras), y las cosas ‘negativas’ (relacionadas con los miedos que los miembros del cabildo tenían ante el SISPI como la pérdida de valores que consideraban esenciales para su pueblo indígena, pérdida de características que para ellos lo hacía indígenas y básicamente pérdida de su figura diferencial al jugar con las reglas del sistema institucional. Esto lo desarrollaré como la ‘absorción de los saberes indígenas por las lógicas estatales’, ya que siempre se me hizo referencia a ese temor a ser igual que el Estado, a tener los mismos problemas de las instituciones estatales y a perder eso que los hacía diferentes frente a esa figura al jugar con las reglas impuestas por este.

al final lo que nos terminan mostrando son las formas en las que los indígenas buscan ser reconocidos y la clase de espacios que quieren ganar y aprovechar en el contexto de la ciudad.

Por ello lo que realizaré en el presente capítulo será analizar las distintas posturas que los involucrados en la configuración del SISPI tienen sobre la articulación entre saberes indígenas y servicio institucional. Primero, analizaré ese temor por articularse al Sistema, el cual se manifiesta en una necesidad por no alterar las prácticas de sanación y curación. Esto lo que termina resaltando es el valor de la medicina ancestral como una herramienta de diferencia cultural, pero más allá lo que se verá es que con la emergencia de nuevos espacios de difusión y aplicación de la medicina ancestral en la ciudad se acentúa la necesidad de diferenciarse de los servicios del Sistema de Salud, para posicionar a esta medicina como una alternativa terapéutica.

En segundo lugar, exploraré que a pesar de lo anterior existe una añoranza sobre el reconocimiento estatal, pues el trabajar con el apoyo del Estado implica ganarse una suerte de legitimidad y de financiación que permite la ejecución de la medicina ancestral en los espacios de la ciudad. Esa añoranza también responde a una serie de intereses que se movilizan en el cabildo indígena en los que se pretende posicionar tanto política como económicamente a esta institución, todo a partir de los usos y discursos relacionados con la medicina ancestral que en este caso funciona como una herramienta política y económica.

A partir de estas percepciones frente a la articulación de los saberes indígenas con los servicios del Sistema, será posible exponer las distintas nociones que se movilizan sobre la ‘medicina ancestral’ en la configuración del SISPI. De esta manera, lo que se resaltaré es que lejos de ser una categoría totalmente definida y delimitada, la concepción ante la medicina ancestral guarda unas tensiones y complejidades que permiten comprender los múltiples usos que recaen sobre esta categoría. Por ello, entenderé la medicina ancestral como una categoría con múltiples usos y definiciones, los cuales varían dependiendo el escenario desde el que se aborde.

Son entonces los usos, valores y discursos sobre la medicina ancestral una manera de negociar el reconocimiento diferencial, pero a su vez a través de estos se manifiestan las diversas lecturas que se tienen sobre las lógicas del Estado. Así, por un lado, estas se ven como una amenaza que pueden reducir la imagen de lo indígena y absorber sus especificidades, pero al tiempo, se ven como la posibilidad de ganar espacios de participación

en el Sistema de Salud, no solo en su ejecución sino también, como se verá, en su planeación y configuración, lo que al final en el cabildo se ha pensado como un oportunidad para ganar un reconocimiento de sus diferencias y contribuciones en la arena institucional.

La manera como se posiciona la medicina ancestral ante esas lógicas estatales termina resaltando unas figuras puntuales de indigeneidad que se pueden vincular a la necesidad de diferenciarse en la ciudad y, al tiempo, aprovechar espacios políticos y económicos resaltando esa figura. Por lo tanto, lo que subyace de la discusión por la articulación de los saberes de sanación y curación indígena con el SGSSS es una disputa por el reconocimiento diferencial como pueblo indígena en la ciudad, una tensión sobre la indigeneidad.

Por este motivo, en este capítulo también mostraré que estos elementos se relacionan y se reproducen a partir de una serie de actos performativos, los cuales pretenden resaltar la diferencia cultural. Con performatividad hago referencia a la construcción del sujeto a partir de la reiteración de normas socialmente establecidas (Huarcaya, 2015). En otras palabras, comprendo este término como un proceso a partir del cual el sujeto representa una serie de valores establecidos a su figura que son asignados socialmente (Huarcaya, 2015; Bigenho, 2007; Agudelo, 2013;).

En el caso puntual de la población Kichwa en Bogotá, se puede hablar de una performatividad en la que los sujetos constriñen su figura bajo los imaginarios que recaen sobre lo indígena. Dicha performatividad está fuertemente influenciada por elementos de indigeneidad que son definidos socialmente por el no indígena, quien configura una serie de características que le permite identificar y definir la diferencia cultural (De la Cadena & Starn, 2007; Bigenho, 2007; Martínez, 2009). Sin embargo, se debe tener en cuenta que la performatividad lejos de ser un proceso acabado, se encuentra en constante transformación y configuración producto de las distintas dinámicas presentes en los escenarios sociales (Huarcaya, 2015; Nagel, 2010; Bigenho, 2007; Agudelo, 2013)

Ahora bien, en la reproducción de todas estas percepciones, acciones y discursos la figura del cabildo resulta central como lugar desde el cual se negocia la diferencia y se define lo indígena. Es entonces el cabildo un espacio central en la configuración del SISPI, pues desde allí se empiezan a movilizar los diversos intereses que los indígenas tienen ante el reconocimiento diferencial que plantean políticas como el Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena. Así pues, arrancaré analizando los temores de articularse al sistema, para

luego pasar a la otra cara de la moneda, las ventajas de esa articulación, lo que al final permitirá problematizar el papel del cabildo en toda la discusión y las definiciones de la medicina ancestral como símbolos de la construcción del sujeto indígena en la ciudad.

### **La importancia de no alterar las prácticas de sanación y curación ancestrales:**

En el cabildo Kichwa CAMAINKIBO los funcionarios, los sabedores y las parteras hablaban de una ‘medicina ancestral’ que definían como propia, de su pueblo, y una ‘medicina occidental’, que se entendía como diferente, ejercida desde el Sistema de Salud conforme a sus lógicas y directrices, una medicina que al ser ‘occidental’ se distanciaba de lo indígena, de lo ancestral. Por ejemplo, Esteban, uno de los sabedores ancestrales del cabildo, quien se reconoce como *experto en sobandería*<sup>18</sup>, me decía en una ocasión que existen grandes diferencias entre lo que él hace en su labor como sabedor y los servicios que se prestan desde el SGSSS.

Como si tuviera una larga lista en su mano, ese día el sabedor me empezó a decir un montón de características que hacían diferente a su medicina ancestral de la occidental. Dentro de esos elementos nombró la concepción del ser humano, no como un objeto sino como un complemento entre espíritu y cuerpo; el entendimiento de la enfermedad como un desequilibrio espiritual desde la medicina ancestral y el entendimiento de esta como un simple virus desde la occidental; la relevancia para la medicina ancestral de atender con tiempo y dedicación a los pacientes y no con apuros o tiempos cortos como en la occidental, y, básicamente, la diferencia entre las reglas de funcionamiento de una con la otra.

Hablando de la articulación de los saberes indígenas con los servicios del Sistema de Salud, Esteban me dijo con contundencia que: *¡A mí no me gusta que nos tengamos que acoplar a sus reglas, es que nuestra medicina es diferente a la medicina occidental [...] si nos toca con esas reglas dejamos de ser medicina ancestral, ya no es medicina indígena!* Con esto el sabedor me aclaraba que para él una posible articulación de sus conocimientos con el Sistema de Salud ponía en riesgo los valores y las características que hacen diferente a su medicina.

---

<sup>18</sup> El mismo Esteban, así como los funcionarios del cabildo, afirman decir que la especialidad de Esteban es la atención de problemas musculares y óseos, por lo que se habla de la especialidad en sobos o, como él lo dice, en sobandería.

Hacer referencia a esos elementos que para ellos los diferencia de los servicios prestados desde el Sistema de Salud, más allá de representar un intento por definir sus concepciones sobre la salud y la enfermedad, puede ser entendido como un intento por remarcar la diferencia que existe entre lo que ellos realizan a la hora de atender y curar a un paciente en relación a lo que hace el Sistema de Salud. Pensar en el riesgo de perder lo que los hace diferentes al Sistema, al trabajar con este, reflejaba un temor por dejar de ser ‘medicina ancestral’ por ajustarse a las reglas y lineamientos del Sistema de Salud.

Pero yendo más allá, en las percepciones de los sabedores y parteras, es posible entender que el temor por la pérdida de valores y prácticas indígenas puede ser entendido de dos maneras. Primero, se teme a perder elementos que los definen y representan como sujetos diferenciales y, segundo, se tiene una desconfianza sobre el Sistema de Salud, su lógica y funcionamiento, por lo que hay una marcada necesidad por querer ser diferentes a ese Sistema. En otras palabras, en este caso el proceso de articulación en lugar de generar en la población indígena la necesidad de buscar similitudes entre sus saberes y los del Sistema de Salud, lo que ha generado es que se remarque la necesidad de marcar las diferencias culturales para no estar ligados explícitamente a un Sistema que se considera precario y caótico.

Los dos elementos toman gran fuerza en el contexto de la ciudad, pues es en ella donde se termina acentuando la necesidad por reproducir, a partir de diversos elementos, una diferencia cultural para así ser reconocidos como sujetos de derechos diferenciales (Sevilla, 2007; Bocarejo, 2011). Pero además, son los nuevos espacios que está ocupando la medicina ancestral en la ciudad los que motivan a los terapeutas indígenas a marcar una diferencia entre lo que ellos practican y los servicios que se prestan en el SGSSS.

La importancia de no alterar sus valores y prácticas hacen de la medicina ancestral un elemento a través del cual es posible remarcar lo que es diferente culturalmente, por lo que, como analizaré, se termina configurando todo un discurso y una performatividad que toma a esta medicina como un elemento de materialización de una idea sobre lo indígena, es decir, como un elemento que define la indigeneidad. Resaltar esa indigeneidad les permite a los indígenas urbanos abrirse a nuevos espacios que, como en la salud, buscan en lo indígena una alternativa a los modelos institucionales ya establecidos.

Para explorar mejor esto describiré un poco la historia de vida de Fernando, uno de los sabedores del cabildo Kichwa, en relación a su formación como sabedor y al ejercicio de

esta labor en la ciudad. Según los funcionarios del cabildo, él es una de las personas que más sabe sobre medicina ancestral dentro de la institución, por lo que ejerce sus labores como terapeuta indígena con el aval del concejo de mayores. Además, dentro del cabildo el sabedor también tiene un rol central en la ejecución de proyectos, principalmente en los de salud, por lo que se le consulta antes de determinar diferentes decisiones relacionadas con ese tema.

Fueron pocas las veces que Fernando y yo nos cruzamos en el CAMAINKIBO, pues siempre me decían que estaba en Bosa adelantando proyectos de medicina ancestral con la población Kichwa y Muisca del lugar; que se encontraba dictando alguna charla sobre medicina ancestral, o que estaba concretando proyectos relacionados con salud. Sin embargo, un lunes, día en que generalmente el cabildo está abierto al público, el gobernador nos presentó y me dijo: *Aquí está el famoso Fernando, aprovéchelo, él aquí es uno de los que más sabe de toda nuestra medicina, ¡aprovéchelo!*

Parados en la recepción, el sabedor me contó que todo lo había aprendido por las enseñanzas de su madre, quien le heredó sus conocimientos sobre el uso de plantas medicinales y los procedimientos para sanar distintas dolencias. En esa charla Fernando resaltó el valor ‘ancestral’ de su labor, producto de la herencia de generación en generación, pero al final me terminó diciendo mucho más:

*Permítame y le digo algo, usted desde que me vio me está hablando de la medicina tradicional, pero es que la medicina tradicional no existe, lo nuestro es un saber ancestral. Es que ni medicina, porque ese es un término inventado por ustedes, pero bueno con ese ya no hay nada que hacer. Pero lo que practicamos nosotros los Kichwas es un saber ancestral, un saber que ha sido pasado de generación en generación. [...] lo ancestral viene con conocimientos milenarios, no que lo conformamos en este momento, sino que viene de los antepasados. Ahorita yo soy un portador de estos saberes, pero donde yo muera seguirá la medicina, ¿sí? Por eso decimos ancestral, porque la tradición de pronto en este festival no pegó tal tradición, entonces para el próximo festival lo quitan, pero lo ancestral siempre va a seguir. [...] es que nuestra medicina habla de nuestra cultura, de la importancia para nosotros de hallar un equilibrio del ser con la naturaleza, con lo que tiene a su alrededor ¿sí? (Relato de Fernando, sabedor ancestral del cabildo Kichwa)<sup>19</sup>*

Queda claro entonces que las prácticas de sanación y curación son un elemento central para la historia del pueblo Kichwa según Fernando. A través de estas, al igual que la migración o la comercialización, es posible entender el grupo indígena al que pertenece pues

---

<sup>19</sup> Producto de esta apreciación en el presente trabajo me refiero a medicina ancestral indígena y no tradicional. A su vez por la misma razón me refiero a los ‘terapeutas del cabildo’ como Sabedores Ancestrales.

estas no cambian y terminan reafirmando lo que es ser un Kichwa en el mundo. En esta medida, las prácticas de sanación y curación empiezan a tomar una característica de identificación cultural, como propias de un grupo en específico (Cardona, 2012). Aun así, si se tienen en cuenta las especificidades del pueblo Kichwa esto apunta a otras discusiones.

Los Kichwas de Bogotá al ser un grupo indígena urbano se han visto enfrentados a las lógicas particulares de los espacios de la ciudad. Muchos de ellos migran en bastas redes transnacionales que comprenden grandes ciudades del mundo, por lo que los Kichwas lejos de la imagen del indígena alejado de los grandes centros urbanos están más bien cercanos a las dinámicas de estos espacios. Por ello, la lectura que hacen de los espacios de la ciudad en la que se encuentran es central a la hora de definir la posición que quieren ocupar dentro de esta.

Fernando, que como muchos Kichwas en Bogotá se estableció en la ciudad como migrante, afirma que su llegada a Bogotá no ha implicado que deje la práctica de la medicina ancestral a un lado, a pesar de la complejidad que en el espacio se presenta para ejercer *'como se debe'* las prácticas de sanación y curación de su pueblo<sup>20</sup>. En Bogotá, y tras la creación del cabildo urbano, los sabedores y parteras Kichwas encontraron nuevos espacios en los que aplicar sus conocimientos, los cuales no necesariamente están vinculados con la atención a un paciente, sino, por ejemplo, en espacios dedicados a la difusión de sus saberes como charlas, encuentros de comunidades indígenas, foros sobre medicina indígena, constitución de proyectos de salud, entre otros.

Por ejemplo, Fernando tiene una participación central en varias de las charlas que mensualmente se hacen en el cabildo por la Secretaria de Integración Social o la Secretaria de Salud. Estas se relacionan con temas de salud y autocuidado, como *'las buenas prácticas alimenticias y la cocina tradicional'*; *'los cuidados para los primeros 12 meses del bebe'*; *'salud reproductiva y uso del condón'*<sup>21</sup>, entre otras. En estas, las funcionarias de las instituciones distritales que dirigen la discusión, buscan la figura del sabedor ancestral porque

---

<sup>20</sup> Tanto los dos sabedores como las dos parteras que participaron en la presente investigación afirmaron que ejercer sus conocimientos en la ciudad es mucho más complicado, pues en este lugar no cuentan con la variedad de plantas y elementos con los que se hacen remedios y rituales. Además, muchas de sus prácticas se realizan mejor en espacios abiertos relacionados con la naturaleza, aspecto que de igual forma en la ciudad es muy complicado de realizar. No obstante, se han ajustado a las condiciones y han tratado de seguir ejerciendo sus prácticas conforme a los escenarios que la misma ciudad les propone.

<sup>21</sup> A estas charlas tuve la posibilidad de asistir durante mi trabajo de campo en el cabildo Kichwa CAMAINKIBO en Bogotá

lo entienden como una manera de acercar los temas expuestos a la población a la que se dirigen.

La dinámica de estas charlas consiste en una exposición magistral del tema por parte de la funcionaria experta, luego se busca a Fernando para que use sus conocimientos de sanación para explicarlo de nuevo. Sin embargo, cuando el sabedor no asistía se recurría a otra cabeza del cabildo como el gobernador o a alguno de los funcionarios de la institución que estuviera presente y participara con sus apreciaciones en la actividad. A pesar de que en muchas ocasiones Fernando prácticamente repitiera lo mismo que decían las funcionarias, su figura, en este caso, simboliza el carácter diferencial y el reconocimiento al pueblo. Es decir, la figura del sabedor ancestral es clave pues es entendido como un representante del pueblo y de la cultura Kichwa, pero a su vez como un símbolo del cabildo.

Son entonces esta clase de espacios que han emergido en la ciudad, y gracias a la existencia del cabildo urbano, los que han otorgado un valor simbólico al sabedor ancestral. El hecho de que los terapeutas indígenas sea buscados como puente de comunicación entre los funcionarios del Estado y la población étnica genera que se conviertan en representantes de su pueblo y, por lo tanto, ocupan una posición de prestigio y reconocimiento ante los escenarios institucionales.

Pero además, el hecho de que deban contar con el aval del cabildo y que en este ocupen una posición clave a la hora de hablar del reconocimiento diferencial, nos remite a un escenario en el que resaltar esas figuras ante el Estado permite marcar una identidad como pueblo y un auto reconocimiento como sujetos diferenciales. Es entonces el terapeuta indígena un actor sobre el que recae la responsabilidad de representar la indigeneidad en la ciudad.

Por ejemplo, Fernando también asiste a otra serie de foros y encuentros a nivel distrital relacionados con medicina indígena. Él va como representante del cabildo Kichwa CAMAINKIBO y, a su vez, como representante del pueblo Kichwa de Bogotá. Es en estos espacios donde el sabedor resalta su rol como médico ancestral, rol que ya no solo tiene que ver con el uso y conocimiento de ciertas prácticas, sino también con la identidad de un pueblo:

*“Yo voy a esos conversatorios, esas charlas que me dicen: venga Fernando necesitamos a alguien que hable de medicina ancestral y yo voy. Pero es que lo que mucho antropólogo piensa que la medicina ancestral es de todos igual, porque todos*

*los indígenas, por ejemplo, acá hay 102 o 106 grupos indígenas a nivel nacional, pero todos los indígenas tenemos nuestras particularidades, por más indígenas que sean [...]. Entonces yo voy a mostrarles, sí que la medicina ancestral, pero yo hablo por los Kichwas y eso que esos médicos a uno no le ponen cuidado hasta que uno empieza a decir: sí que nuestra acupuntura es con la ruda<sup>22</sup>, pero nosotros no le decimos así, pero para que ellos se interesen toca hablares así''.* (Relato de Fernando Tituaña, sabedor ancestral del cabildo Kichwa)

Es así como fuera del cabildo la medicina ancestral sirve como representación de la institución y como elemento de diferenciación de un grupo étnico, ya que se busca que los no indígenas y otros indígenas conozcan los saberes Kichwa. Aquí básicamente lo que se expone es un proceso en el que la indigeneidad se configura con relación a un otro no indígena (De la Cadena & Starn, 2007), pero no se puede olvidar que en dicho proceso de indigeneidad, a su vez, también se produce una diferenciación frente a ese otro indígena que cuenta con otras especificidades.

Por ejemplo, cuando Fernando se refiere a la necesidad de llamar la atención del médico alopático afirma la necesidad de tener que decir cosas como: *sí que nuestra acupuntura es con la ruda*. Esto puede interpretarse de dos maneras, como un intento por validar sus prácticas ante otros profesionales asociándolas a prácticas más reconocidas, como la acupuntura. Pero al tiempo, se puede ver como un intento por resaltar el carácter rustico y natural de sus saberes.

De esta manera, se traza una diferencia cultural a partir de la percepción social que existe acerca de los indígenas cercanos a los poderes de la naturaleza (Agudelo, 2013), como el uso de hierbas y productos naturales, como la ruda. En este caso, la percepción es reforzada por los mismos indígenas al recurrir a elementos que son visualmente diferenciadores en sus prácticas (Agudelo, 2013). En síntesis, es la ruda el elemento diferenciador que se utiliza para definir la medicina ancestral, pero más que esto, se utiliza como marcador cultural, el cual define la práctica de un pueblo en específico.

Ahora, no solo es a través de charlas y encuentros en los que los terapeutas como Fernando resaltan su rol diferencial, pues estos espacios son apenas una arista de lo que la ciudad ha ofrecido a estos actores en relación con los nuevos espacios de la medicina ancestral. Pues bien, tanto los sabedores y las parteras son conscientes que en ciudades como

---

<sup>22</sup> La Ruda, o Juda en el Ecuador, es una hierba utilizada en las prácticas de curación Kichwa. Principalmente se emplea en las limpias espirituales a manera de infusión para contrarrestar el contacto con malas energías o depurar el organismo, pues se entiende que esta hierba tiene un efecto limpiador en los riñones.

Bogotá sus prácticas de sanación y curación se han vuelto atractivas a un mercado que busca responder a las necesidades de salud de las personas, ante una insatisfacción por los servicios prestados por el Sistema de Salud.

Desde el cabildo, los funcionarios y los terapeutas reconocen la existencia de una llamada ‘*crisis de la salud*’, en la que se refieren a la precarización de los servicios del Sistema. Esa crisis, para su fortuna, ha abierto la posibilidad de que población no indígena se interese por alternativas de curación, como la medicina indígena, para buscar solución a sus problemas de salud. Este contexto ha generado que se busque acentuar esa diferencia entre el funcionamiento de la medicina ancestral indígena y la medicina occidental, pues al ser diferente la medicina ancestral se convierte en esa opción terapéutica alterna.

Las ganas por representarse como diferentes al Sistema es posible verlas a través de las percepciones que tienen los terapeutas kichwas sobre el consultorio médico adecuado en el cabildo por la Secretaría de Salud, en el marco de un proyecto que buscaba reforzar la medicina ancestral indígena. La primera vez que entré al consultorio fue para realizar un grupo focal con los sabedores y las parteras; el espacio es pequeño y está equipado con un escritorio, una camilla y una vitrina en la que había un estetoscopio, un tensiómetro y varios frascos similares a los usados para envasar medicamentos. Todos estos elementos fueron exigidos por la Secretaría para que el cabildo pudiera poner en funcionamiento el consultorio.

El espacio se asemejaba a los de atención médica del Sistema de Salud. La asepsia, los elementos y la distribución de estos, daban la sensación de estar en un consultorio de medicina alopática. Lo único diferente era un dibujo en la pared, de lo que Fernando me explicó, era el Imbabura<sup>23</sup>, rodeado de mucha vegetación y acompañado de un cielo azul y nubes blancas. Pero era claro que eran los elementos exigidos por la Secretaría los que generan un malestar en el cabildo:

*“Nos están volviendo occidental, por ejemplo, a un sabedor lo están adecuando a lo occidental porque no lo dejan adecuar a lo propio, a lo nuestro. Por ejemplo, ¿cuándo nos consultaron a nosotros para esto (el consultorio)? si al caso... porque nosotros queríamos cosas de madera, ¿sí? Y no esto de metal (señala el escritorio ubicado en una esquina) porque se nos va la energía... dejarnos hacer una estera, o tener una cobija, o hacer un tendal como nosotros hacíamos para atender, pero como*

---

<sup>23</sup> La provincia de Imbabura es una de las 24 provincias presentes en Ecuador. Muchos de los Kichwas asentados en Bogotá o reconocidos por el Cabildo indígena provienen de esta región u alrededores, por lo que el dibujo hace referencia al lugar de origen del pueblo Kichwa. En el dibujo se puede apreciar el volcán Imbabura y una amplia zona verde que lo rodea.

*los lineamientos dijeron que era así, entonces ¿quién nos está ganando? Pues los occidentales y nosotros no tenemos esa fuerza para decir... apenas nos dejaron poner un dibujo ahí del Imbabura, entonces desde ahí nuestros principios, nuestros usos y costumbres se violentaron''.* (Relato de Fernando, sabedor ancestral del cabildo Kichwa)

Aquí aparece nuevamente la noción del occidental como ese otro ‘no indígena’, pero también aparecen una serie de elementos que conducen a una performatividad de la diferencia. La madera, la estera o la cobija, hasta el mismo dibujo del Imbabura, harían del consultorio un espacio apto para ejercer la medicina ancestral, pero de igual manera, son elementos que diferencian aquella medicina de la prestada en las instituciones del Estado. Son estos elementos, centrales en sus prácticas de sanación, y su puesta en escena lo que los diferencia de ese otro no indígena (Martínez, 2009), un otro que además es institucionalizado y regulado bajo las lógicas del Estado.

Remarcar esos elementos son los que permiten mostrarle a esa población no indígena que lo que ellos practican no es medicina occidental, no es lo mismo que los servicios prestados por el Sistema de Salud. Esa diferenciación les permitiría entonces ganarse ese espacio en la ciudad en los que pueden ofrecer sus conocimientos, saberes y prácticas culturales, lo cual les permite seguir moviéndose en la ciudad conforme a las lógicas del mercado que esta ofrece sin dejar de ser indígenas.

De esta manera las prácticas de sanación y curación indígena no son solo para los indígenas, sino que al ser medicina ancestral se vuelve accesible para otros grupos de la sociedad. El occidental, tal como se refieren los Kichwa del cabildo a ese no indígena, ha llegado a la medicina ancestral buscando esas nociones de lo natural y lo espiritual que están detrás de esta (Agudelo, 2013). El hecho de no alterar esos valores, y usos sobre la medicina ancestral permite precisamente vender esa idea de alternativa terapéutica.

Pero como se ve en la tensión del consultorio, al articularse con el Estado, a través de proyectos pequeños como la creación de un consultorio o por medio de políticas nacionales como la configuración de un sistema de salud indígena asociado con el sistema general de salud del país, implica para los terapeutas una relación cercana con ese Sistema que esta crisis. Que ese Sistema sea concebido como ineficiente y precario por los miembros del cabildo, refuerza el imaginario que al articularse con este se terminaría constriñendo las prácticas de sanación y curación indígenas a esas nociones negativas, cerrando por lo tanto

la posibilidad de ganarse espacios que esa misma crisis ha generado en los contextos de la ciudad.

La lógica del Estado, el funcionamiento burocratizado de sus instituciones, son pues elementos a los que se teme por lo que simbolizan. Por ejemplo, para Rosa Tade, una de las parteras, el gran problema del Sistema de Salud era el procedimiento que se tenía que hacer para poder llegar al servicio, las filas, la espera, la zozobra, y al final: *¿a quién van a atender bien en 15 minutos? que apenas lo miran y le preguntan que tiene y ya... el médico ni le explica bien que es lo que usted puede tener*. Por esto, para ella su medicina que *es rápida, mira en los problemas de las personas y la gente ve mejoría*, es algo que no debe cambiar y, como me dijo Esteban en su momento, *no volverse occidental*.

En la configuración del SISPI, al pensar en ser o no parte del Sistema, se resalta pues esta tensión en la que existen unos discursos que marcan una dicotomía entre las prácticas de sanación y curación indígenas y los servicios prestados por el SGSSS. Hablar de una medicina ancestral propia funciona al final como herramienta que permite la movilidad en la ciudad aun siendo ese otro ‘no occidental’, por eso sobre esta recae un valor inamovible y se marca la importancia de no alterarla.

Sin embargo, en lo que va de esta sección también hay una paradoja interesante. Fernando me aseguraba la característica no cambiante de lo ancestral, pero al aceptar el término ‘medicina’ termina refiriéndose a una nueva categoría denominada ‘medicina ancestral’, la cual nos está hablando de una transformación que responde al contexto en específico en la que se produce. Es decir, la paradoja aquí está en que ese elemento inamovible, ese saber ancestral que no se puede alterar, en la ciudad se termina transformando en ‘medicina’, haciéndose una apropiación de un término que es entendido, por los sabedores, como externo a la cosmovisión Kichwa.

El término de medicina o médico hace referencia a la alopática (Baer, Singer et al., 2003:8), por lo que podría afirmarse que el uso de esa terminología supone equiparar las prácticas de sanación y curación indígenas con aquellas aplicadas en la medicina alopática (Martínez, 2009:33). Además, el uso de esta terminología también puede responder a los intentos por alejarse de imaginarios de charlatanería, de falsa medicina que recaen sobre las prácticas indígenas, en especial en contextos como la ciudad (Miranda, 1984; Martínez, 2009). Sin embargo, más allá del problema terminológico, lo que es posible es “desentrañar

la manera como una práctica se sitúa frente a la alopátia, hasta el punto de considerarse a sí misma susceptible de nombrarse en estos mismos términos, por lo que se evidencia el papel preponderante de la biomedicina moderna en su alianza con el Estado (Martínez, 2009: 34).

Tal como lo asegura Martínez (2009), desde el reconocimiento estatal al indígena se han configurado una serie de elementos que para el Estado definen a esta figura diferencial, y al hacerse referencia al término de medicina ancestral pareciera existir una añoranza por ese reconocimiento estatal. Por consiguiente, los términos ‘medicina’ y ‘ancestral’ responden a un escenario de reconocimiento clave, el primero relacionado con lo que se considera legítimo institucionalmente y, el segundo, con lo que se considera diferente culturalmente.

Es posible entonces ver que la medicina ancestral pasa de ser exclusivamente una herramienta de identificación y diferenciación cultural, para ser también una herramienta política y económica que permita ganar ciertos espacios en la ciudad. En otras palabras, como se verá en el siguiente apartado, la medicina ancestral abre paso a todo un ‘nicho cultural’ desde el cual se pueden empezar a ganar ciertos espacios en la ciudad como, por ejemplo, hacer de esta medicina una opción viable que responda a los múltiples grupos sociales presentes en la urbe. Es aquí donde la articulación con el SGSSS empieza a verse con otros ojos.

***En nuestra medicina está la solución: medicina ancestral para ganar espacios políticos y económicos dentro de las instituciones del Estado:***

En mis primeras visitas al cabildo, el gobernador me contó lo bueno que le parecía tener su propia EPS indígena, pues estas instituciones daban el paso para ir creando un *verdadero sistema de salud indígena*. El SISPI siempre fue muy problemático para él pues consideraba que si el Sistema de Salud en general falla y no cumple con sus objetivos, la creación de un sistema indígena aliado a este tendría los mismos problemas. Por ello, desde su posición, el gobernador siempre resaltó que el camino podía estar en la creación de una EPS indígena, que manejada desde el cabildo permitiera sentar las bases para ir participando en el Sistema poco a poco.

Una tarde el gobernador tuvo la oportunidad de reunirse con el director de la EPS Unicajas para proponerle la idea de montar una EPS indígena que estuviera vinculada al CAMAINKIBO. En la reunión el representante del cabildo expresó que ante la importancia de la medicina ancestral para su pueblo, y la apertura de esta a otros sujetos no

necesariamente indígenas, era central posicionarla de alguna manera desde el cabildo, por lo que conformar una EPS sería central. Sin embargo, el director de Unicajas no le dio muchas esperanzas pues informó que el cabildo necesitaba un capital económico base, el cual no tenía, para poder constituir esa institución.

Aun así, esta iniciativa, lejos de ser un elemento aislado en la configuración del SISPI es, más bien, un elemento central en el que se contempla la posibilidad de la articulación al SGSSS. El hecho de querer posicionar la medicina ancestral a partir de una institución relacionada con el Sistema de Salud responde a un contexto puntual en el que se contempla la posibilidad de trabajar en conjunto con el Estado y sus lógicas.

Desde el SISPI no se hace referencia a la creación de EPS indígenas<sup>24</sup>, pues básicamente estas figuras se pueden configurar con o sin SISPI en tanto sus gestores cuenten con los recursos económicos necesarios para su ejecución. Una vez creadas su servicio se centra en la población indígena pero, de igual manera, es posible extender sus servicios a otra clase de población. Por este motivo, el gobernador no solo veía en la EPS la posibilidad de empezar a generar una atención diferencial en salud para su pueblo, sino también abrir el espacio para difundir aún más este servicio a otras esferas sociales<sup>25</sup>.

Tal como explicaba en la sección anterior, la medicina ancestral indígena ha encontrado en la ciudad un espacio en el que ubicarse como opción terapéutica de las personas que buscan alternativas a los modelos convencionales de atención de los sistemas de salud y de la medicina alopática. Como afirma Agudelo (2013), esto responde a un interés de las personas en las ciudades por curar, lo que ella llama, ‘los males de la civilización’, apuntando a que la medicina indígena se configura como una alternativa a las nuevas tecnologías en salud, como el alto uso de medicinas químicamente alteradas. Por lo tanto, la medicina ancestral indígena funciona “en la ciudad, como instrumento terapéutico necesario para curar los males de la civilización, del hombre moderno, una ilusión de los ciudadanos de volver a lo natural” (Agudelo, 2013; 159).

---

<sup>24</sup> Sin embargo, se debe tener en cuenta que según lo estipulado en el Decreto 1848 de 2017 se contempla el funcionamiento de las EPSI amparadas por el SGSSS mientras se realiza la transición de estas al SISPI. Es decir, una vez configurado el SISPI se piensan las EPSI como parte de la estructura organizacional de dicho sistema. Por lo tanto, al final la constitución de esta clase de instituciones no está tan alejada de la configuración del Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena.

<sup>25</sup> Para mayor información se puede consultar el Decreto 1088 de 1993; el Decreto 330 de 2001 o el Decreto 1848 de 2017 que contienen las disposiciones para la constitución y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI)

Un claro ejemplo de esto fue la vez que Fernando coordinó con la Técnica de Salud del cabildo Muisca de Bosa una cita para realizarle una ‘Limpia’<sup>26</sup>, pues la mujer afirmaba sentirse *cargada de malas energías*. Casualmente para ese mismo día Gabriela y yo acordamos realizarnos una Limpia con Fernando, lo que para mí significaba acercarme más a las prácticas de sanación y curación del pueblo Kichwa. No obstante, el primer turno fue para la funcionaria, pues llevaba más tiempo esperando a Fernando en el cabildo.

Mientras esperábamos la mujer me contó que se había estado sintiendo muy enferma de *malestar general*, se sentía con mucho estrés, por lo que necesitaba la Limpia Espiritual para poder librarse del peso que tenía y sentirse mejor física y anímicamente. La funcionaria ya había tenido una experiencia de Limpia con Fernando y quedó tan contenta con el resultado que decidió volverlo a buscarlo y no acudir a los terapeutas del cabildo para el que trabaja. Incluso la mujer me contó que prefería acudir a la medicina indígena y no a su EPS, pues no estaba contenta con la atención que recibía en esta.

*“no yo a la EPS voy solo para alguna urgencia, que pereza uno mamarse toda la espera para que le den a uno una cita, y fuera que sirviera para algo pero no, si yo voy y digo lo que siento me dan acetaminofén y ya, igual vuelvo y le digo... a mí me sirven mucho las Limpias con Fernando, de verdad siento que algo en mi interior cambia, me relaja [...] obvio mejor que con ellos todo es natural, uno sabe que le sentara mejor porque son remedios naturales”*. (Relato de la Técnica en Salud del Cabildo Muisca de Bosa)

Retomando a Agudelo (2013), se puede entender que la funcionaria ejemplifica esos ‘malestares de la civilización’ y cómo la medicina ancestral indígena está ahí para curarlos. Por un lado, se refiere a la presencia de estrés y cansancio producto de la exigencia de su trabajo, lo que puede desembocar en malas energías que se necesitan extraer; por otro, se resalta el valor de lo natural sobre lo químicamente alterado, como un acetaminofén, por lo que la medicina ancestral indígena se convierte en ese elemento natural, más sano y más efectivo, que no solo sana el cuerpo en su parte física sino también en un campo espiritual – emocional.

---

<sup>26</sup> Es un procedimiento ritual realizado únicamente por el medico tradicional utilizando varias hierbas como Ruda, chilca y otros elementos de la naturaleza como el huevo y el clavel. Se realiza principalmente cuando hay una exposición a malas energías de la naturaleza, en donde se aumenta el riesgo de que el espíritu que reside en cada ser humano se pierda, porque un sitio, una persona o un animal que tiene la mala energía se quede con el espíritu. Se desencadena principalmente cuando el espíritu está débil o vulnerable, por peleas, rabias, violencias, resentimientos y principalmente algunas horas del día entre las 6pm y las 6am. (Ariza *et al*, 2007; 93)

Por ello pesar de que la funcionaria me contó no querer ir a su EPS, ser atendida por un indígena cambia la situación y esto es lo que se ha sabido leer desde el cabildo por lo que montar una EPS indígena, a pesar de funcionar con el Estado, puede ofrecer otro servicio diferente al del acetaminofén o al medicamento químicamente alterado. La EPS indígena se entiende como una posibilidad legítima desde el Estado en la que el cabildo podría controlar el funcionamiento de la medicina ancestral, obtener un beneficio económico y, al tiempo, ganar un espacio político desde el cual reafirmar su posición diferenciada en la ciudad.

*“nosotros queremos iniciar ese proceso, porque mira, con o sin SISPI nosotros podemos crear una EPS, eso es lo de menos, pero yo pienso que por ahí puede estar el camino, porque es que sí, no sabemos qué tan bueno sea meternos al sistema, pero es que ahí están también las soluciones. Yo no estoy muy de acuerdo de que seamos un sistema aparte porque nos estaríamos autoexcluyendo y esa no es la idea, la idea es difundir más nuestra medicina [...] El cabildo si tuviera los recursos podría encargarse de eso y desde acá liderar esos procesos y así sí vamos construyendo un sistema porque hablamos del sistema de salud propio indígena, pero para eso falta mucho por hacer y es importante trabajar a la par con el Distrito que mal que bien nos da el recurso”.* (Relato del gobernador del Cabildo Kichwa)

Esto es paradójico frente a la idea de no querer articularse al Sistema porque nos termina mostrando una añoranza por tener el reconocimiento y la legitimidad estatal, no mantenerse al margen de esas ofertas que genera el Estado, no *autoexcluirse*. Articularse al Estado y ganarse esos espacios legítimos institucionalmente apelando a la medicina ancestral permite acceder a servicios como el de salud o el de educación como habitantes de la ciudad con la categoría de ‘indígenas’. Pero más allá, estas acciones apelan también al interés de vincularse a los sectores económicos y mercantiles de la ciudad, como al mercado de la salud.

Ligando este interés con aquel desarrollado en el primer apartado del capítulo, se pretenden configurar espacios “donde el performance de la cultura trabaja como estrategia de visibilización y pedagogía de la diferencia” (Bocarejo, 2011:19), como a su vez abre nuevos espacios de participación en la arena económica e institucional. En este sentido, la diferencia cultural materializada, a partir de la medicina ancestral, se convierte en una herramienta clave para obtener ese reconocimiento del Estado y reafirmar esa ‘ciudadanía plural’ en la ciudad (Sevilla, 2007; Bocarejo, 2011). Por tanto, es la ciudad donde se renegocian espacios de la diferencia constituidos como nuevos espacios indígenas en los cuales los líderes indígenas y los grupos reconocidos se imaginan. Dichos espacios no están exentos de las discusiones sobre “la clase social, la igualdad social y la movilidad

económica, así como también los reclamos de la diferencia cultural que juegan un rol en la construcción de la ciudadanía ‘plural’ en Bogotá” (Bocarejo, 2011:11).

Sin embargo, a pesar de que “la creación de EPS indígenas [...] podrían llegar a ser espacios de gran importancia para el campo de acción de los indígenas en el Sistema de Salud” (Puerta, 2004:109), se debe reconocer que por las lógicas del mismo sistema la configuración de estas instituciones resulta compleja. Según el Decreto 330 de 2001, las asociaciones de autoridades tradicionales o cabildos podrán constituir sus propias EPS indígenas, si disponen de “un patrimonio mínimo equivalente al valor de 150 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada 5.000 subsidios administrados” (ley 691 de 2001), “no obstante, muy pocas veces los resguardos o asociaciones cuentan con dicho patrimonio” (Puerta, 2004:111).

El día de la reunión con el director de la EPS Unicajas, el gobernador del cabildo ratificó esta información que ya conocía con anterioridad. Aun así, para él, lo anterior no es un imposible pues cree que de alguna manera puede salir el dinero, solo que el proceso tomaría más tiempo. Ante esto, arrojó una crítica frente al Sistema de salud y la dificultad que les pone a ellos, como pueblo indígena, para poder coordinar de cierta manera su propio acceso a la salud y la entrada a esos nuevos espacios de mercado, afirmando que: *todo este Sistema está en crisis y nosotros en definitiva no podremos hablar de un sistema indígena de salud hasta que no hayan cambios en ese Sistema.*

En campo la famosa crisis fue reforzada desde varios puntos. Desde la perspectiva de Gabriela, se puede identificar en la lentitud del Sistema al responder a solicitudes y autorizaciones de atención a los usuarios de la EPS Unicajas que van a buscarla. Por parte de los sabedores y las parteras a partir de la ineficacia de la atención médica a la hora de atender las enfermedades de los pacientes. Desde el gobernador ante los escenarios complejos que el mismo sistema plantea para poder configurar escenarios de atención indígena, como la EPS. Para las funcionarias de la Secretaria de Salud con el desorden en la ejecución de proyectos de intervención en materia de salud en la ciudad; etc.

Vuelve entonces esa crisis de la salud, expresada en las lógicas del Estado que no permiten que el indígena saque provecho de ciertas circunstancias que le permitan movilizarse bajo el carácter diferencial de su figura. Lo que es diferente en este caso es la reacción frente a esa crisis, pues si bien al principio genera temor de articularse con el

Sistema, en esta oportunidad invita a articularse con el SGSSS pero para sacar provecho de la situación dentro de las mismas instituciones del Estado.

Johanna, la referente étnica de la Secretaria de Salud me decía que ella como funcionaria cercana al Sistema, reconocía que el movimiento indígena de Bogotá tenía que aprovechar la crisis de la salud. Para ella, la medicina indígena tiene los elementos necesarios para generar cambios estructurales en el funcionamiento del Sistema de Salud, por lo que una articulación con el SGSSS terminaría beneficiando a los indígenas en la ciudad, eso sí teniendo en cuenta esos elementos que hacen diferente a la medicina ancestral de la medicina occidental.

*Casi yo digo que estamos tan en crisis que el movimiento indígena puede aprovechar y coger fuerza porque ¿quién nos dice cómo sería?... pues los indígenas, ¿qué medicina podría ser? ... pues medicina tradicional, preventiva, curativa, sana. Creo que podríamos coger ventaja de esa crisis. Parte de las construcciones comunitarias se hacen en la crisis, en el conflicto, entonces yo creo que si como movimiento aprovechamos eso podríamos llegar a hacer cambios estructurales en el sistema, y no a beneficios de solo los indígenas si no a benéficos de las comunidades en general. [...]Decirle al occidental, este es un sistema inhumano, pues entonces acerquémoslo a la gente, seamos más conscientes de las necesidades de la gente. Además, que la salud no es solo lo que se ve o pasa en el cuerpo, sino que se debe tener en cuenta el componente espiritual de las personas. Que las gestantes van a la partera y que tienen una relación de confianza con ella, porque es que el mismo sistema violenta a las mujeres por buscar a sus parteras y no ir a un médico que en muchos casos las violenta. Entonces si ves en nuestra medicina esta la solución. (Entrevista a Johanna Cabativa, Referente de etnias de la Secretaria de Salud de Bogotá)*

Queda claro que se empieza a proponer la medicina ancestral como una opción terapéutica, pero al hablar de la articulación con el SGSSS se plantea esta medicina como la solución de la crisis de la salud, es decir como una herramienta para realizar cambios estructurales dentro del mismo sistema. Esto se puede entender como un interés por posicionarse políticamente en las instituciones del Estado, ya que los indígenas pasarían de ser uno grupo al que van dirigidas las acciones de lo institucional a ser creadores y moldeadores de las estructuras de este. El discurso político queda explícito con la idea de que son la solución para los problemas institucionales, en este caso de la salud, generando un cambio no solo para su población sino para la clase de servicios que recibe la población en general.

No obstante, el interés de querer articularse al Sistema no solo radica en posicionar los discursos indígenas en la arena institucional, ya que si se problematiza la manera como

se ejecuta la medicina ancestral en Bogotá es posible encontrar otras razones que apuntan a esa añoranza al trabajo con el Estado. Pues bien, producto de las características de las urbes el ejercicio de la medicina indígena en general se vuelve más complicado por la falta de un territorio ancestral desde el cual ejecutarla y, al tiempo, existe una mayor complejidad en conseguir ciertos elementos necesarios para su realización (Baixeras, 2006; Callahan, 2006; González, 2010; Cardona, 2012).

Adicionalmente, se deben nombrar las múltiples necesidades que la ciudad empieza a crear en la vida de los indígenas, como el pago de arriendos, servicios públicos, transporte, entre otros gastos. Por lo general estos no estaban presentes en sus territorios de origen, tal como me contaba Johanna, quien me hablo de un ‘recobro de la medicina ancestral’ en Bogotá, precisamente por los nuevos ritmos de vida de los indígenas.

*“una cosa es la salud en su territorio donde el medico está ahí, donde su lugar está ahí, su territorio está ahí, y otra es Bogotá donde el médico no puede ejercer porque tiene que trabajar, tiene que comer. ¿Si ves? Entonces no es tan fácil decir hacemos medicina. No, hacer medicina en Bogotá cuesta. Entonces claro el tema del saber recobra un valor diferente al que es en territorio. Los médicos nos dicen...: es que en territorio tú vas atiendes a la gestante y te da la gallina, te da el almuerzo y te dice toma llévate esto y el médico se va contento porque lleva qué de comer [...]. Pero además camina una hora y no... hum... Pero en Bogotá tienes que pagar arriendo, tienes que pagar servicios y si no tienes plata no comes... transporte para movilizarte a donde vayas a atender... O sea, si no tienes plata cómo vas a ir a atender... no puedes. Por más que tengas el saber y por más que quieras. Entonces recobra un valor y ese es el valor que Bogotá tiene que generar y eso hace que también tengamos dificultades en los procesos de reivindicación de la medicina ancestral, porque casi que la medicina termina recobrando valores y lamentablemente es así”.* (Entrevista a la Referente étnica de la Secretaria de Salud de Bogotá).

La ciudad como nuevo espacio de asentamiento genera entonces un cambio en el funcionamiento de las prácticas de sanación y curación indígena. El cobro y la misma relación con los pacientes se transforman, producto de la necesidad de recibir una ganancia monetaria. Básicamente esas relaciones comunitarias en la ciudad se transforman (Sevilla, 2007) pues giran en torno al recobro que genera ésta en la vida de los indígenas, y si tenemos en cuenta el carácter itinerante del pueblo Kichwa, basado en fuertes redes de comercio, en ciudades como Bogotá esos valores monetarios de sus relaciones cobran aún más fuerza para movilizarse no solo en la urbe sino también en las mismas redes migratorias.

El recobro de la medicina ancestral indígena en la ciudad es el que precisamente también empieza a generar la necesidad de una articulación al SGSSS, o referirse a la

necesidad de trabajar en conjunto con el Estado. Este último se contempla como el actor que otorga el recurso para poder ejercer las distintas prácticas de sanación y curación indígenas, por lo que trabajar con este se empieza a volver atractivo para asegurarse una entrada económica que permita constituir la medicina ancestral como una labor de la que vivir en la ciudad.

Por ejemplo, volviendo al día en el que me realicé la Limpia, Fernando ofreció hacerme el ritual sin ningún costo a pesar de que me dijo: *a los miembros de la comunidad yo no les cobro, les digo que me traigan las cosas que necesito, pero a ustedes (los no indígenas) si les digo que además de los insumos me den algo por el procedimiento, pero bueno a usted porque me cae bien se la dejo gratis, consígame las cosas y le hago la limpia.* Dentro de los elementos que tuve que comprar para el ritual se encontraban hierbas como ruda, yerbabuena, eucalipto; flores blancas y rojas; un huevo; velas blancas; dos clases de esencias, un litro de aguardiente y tabaco (o una caja de cigarrillos en su defecto). La suma total de la compra de estos productos fue de aproximadamente veintiún mil pesos, a lo que se le podría sumar el cobro que Fernando pueda hacer por su ‘mano de obra’, que usualmente esta entre los veinte mil a treinta mil pesos, según el procedimiento a realizar.

Hacerse una Limpia puede salir por unos cincuenta mil pesos. Esto es lo que tendrían que pagar aquellos no inscritos al cabildo, es decir, esas personas que buscan a Fernando de manera independiente, porque en el caso de la población inscrita a la institución es diferente pues el sabedor tiene la obligación de prestar una atención gratuita en el marco de proyectos institucionales en los que se paga a los terapeutas indígenas por su trabajo. En este sentido, acogerse a una política o proyecto que tenga como foco de atención la medicina ancestral indígena se convierte en una oportunidad para ganar dinero necesario para la ejecución de la práctica, y, al tiempo, para solventar algunos costos que el contexto de la ciudad genera. A pesar de esto, las condiciones de pago parecen no ser las más indicadas según los terapeutas Kichwas:

*“A nosotros nos pueden contratar, pero no nos dan nada, pero porque nosotros no somos magos y nos toca desde nuestro pecuño para comprar ciertas cositas, porque nos toca comprar plantas, hierbas, ciertas cositas, esencias, pero yo puedo poner... por ejemplo 10.000 pesos, pero por cada limpia se gasta unos 30.000 o 50.000 en una persona, ¡una persona! Y haga de cuenta 50 y si son 10 personas son 500.000, yo no puedo sacar de mi pecuño 500.000 y aparte pasajes, tiempo que estamos acá, ¿si ve? Entonces yo lastimosamente sí, yo no puedo gastar de mi bolsillo, sino colabóreme el Estado que le da al profesional sus 4’000.000. Si vamos a hablar de*

*un SISPI tienen que darnos nuestros recursos y ahí sí''.* (Relato de Fernando, Sabedor en medicina ancestral de Cabildo Kichwa)

Lo que queda es que la medicina ancestral se convierte en una herramienta económica para subsistir como un indígena en la ciudad, por lo que esta se termina mercantilizando conforme a la demanda que el contexto ofrece. Aquí la articulación al SGSSS se empieza a ver con otros ojos al contemplarse el factor económico como un elemento central, sin embargo este escenario supone otra clase de problemas relacionados con los insumos que se otorgan para los proyectos relacionados con la medicina ancestral y con el pago que reciben los sabedores por su labor, pero esta discusión será abordada con mayor claridad en el capítulo dos en el que se analizaran esos efectos de articular el saber indígena con las lógicas del Estado.

Son entonces esos intereses políticos y económicos los que terminan por cambiarle la cara a la moneda de vincular saberes indígenas con los servicios del Sistema de Salud. Articularse al SGSSS se empieza a contemplar como una opción cuando se evalúan esos intereses y esos otros escenarios que la ciudad genera, por lo que los valores que se le dan a la medicina ancestral cambian también. En este proceso el cabildo como institución indígena tiene una labor central, pues es el lugar en el que se movilizan todas estas ideas y en donde al final se debate la importancia de ser o no parte del sistema.

### **El cabildo como centro de negociaciones**

Para poder consolidar los espacios tanto políticos como económicos que se derivan de una posible articulación con el Sistema de Salud la figura del cabildo toma mucha importancia, más aún en la configuración de políticas como el SISPI. Tal como lo afirma Molina (2007), el cabildo como ente institucional juega un rol clave en el entramado de relaciones que se configuran en los nuevos espacios de asentamiento de los grupos indígenas, ya que este se establece como un puente de comunicación entre la población y las instituciones oficiales del Estado. Por lo tanto, este es determinante para comprender la manera en la que los indígenas movilizan sus intereses en relación con lo que ofrece Estado.

Una tarde de lunes en el cabildo tuve la oportunidad de ver el caso de una joven que necesitaba afiliarse a la EPS, por lo que para ello llegó buscando a la promotora de Unicajas. Gabriela en todos los procesos de afiliación debe asegurarse que la persona que solicita el procedimiento, primero, se encuentre al día con la afiliación del cabildo, es decir, tenga al

día sus documentos<sup>27</sup>, se haya estado presentando a las distintas actividades que se hacen en la institución, como las charlas sobre autocuidado, y, segundo, que no se encuentre afiliada a otra EPS. En esta revisión la joven no salió registrada en el censo del cabildo, por lo que Gabriela no podía afiliarla a EPS.

Ante la situación, la joven alegó que sí estaba afiliada al cabildo desde hacía un año, sin embargo, Gabriela le preguntó si había pasado los papeles para el nuevo censo del año en cuestión. La joven guardó silencio. En ese momento salió el gobernador de su oficina, preguntó por la situación y afirmó: *ustedes saben que tienen que pasar sus datos para el censo de cada año sino salen del cabildo y saben que si no salen en el censo no puede acceder a los privilegios que tenemos de salud y educación.*

Al final, la solución que dio el gobernador fue otorgar una carta en la que constara que la joven hacía parte del cabildo por si ella necesitaba una atención de urgencia. Pero lo que le aconsejaba era ir con la carta a la sede principal de la EPS Unicajas, comentara su situación y afirmara que, una vez entregados sus papeles, el cabildo actualizaría su afiliación. Con estos pasos, posiblemente Unicajas podría afiliarla mientras ella hacía el proceso de actualizar su estatus en el cabildo.

Este episodio permite identificar la importancia del cabildo indígena para el acceso de derechos y servicios de carácter diferencial. Aquellos que no se encuentren cobijados por esta institución se ven enfrentados a más problemas para poder acceder a servicios como el de salud, y en este sentido, también a eventuales programas como los de medicina ancestral indígena, lo que hace al SISPI una iniciativa que en teoría no cobija a todo aquel identificado como indígena, pues es el cabildo un requisito indispensable para, en últimas, ser reconocido como tal.

Se debe resaltar entonces que no todos los miembros del pueblo Kichwa se pueden beneficiar del cabildo pues este no representa a todos los sujetos de la población que habita en Bogotá. Es por esto que al ser esa institución en la que se negocian los derechos y el acceso a servicios en nombre de “la igualdad en la diferencia” (Restrepo, 2008), contar con un cabildo indígena legalmente constituido es una ventaja política

---

<sup>27</sup> Dichos documentos varían dependiendo el estatus migratorio de la persona. Para los ciudadanos colombianos se pide el registro de nacimiento y la fotocopia del documento de identidad. En el caso de ciudadanos migrantes, se les exige la fotocopia del permiso de estadía en el país, Visa o cedula de extranjería vigente.

Esto le da un papel central al cabildo a la hora de definir para el Estado quien es o no un indígena, por lo que adquiere centralidad en los procesos institucionales de reconocimiento de la diferencia cultural. Sin embargo, si tenemos en cuenta el carácter transnacional del pueblo Kichwa esto también puede pensarse en el escenario de la migración. Por ejemplo, en el caso de la joven ella debía demostrar su permanencia legal en el país, es decir, demostrar que no era una migrante ilegal para poder acceder a los servicios de la institución. Al ser el cabildo indígena el lugar en el que se recibe y acepta esta documentación se hace de esta institución un centro que, a su vez, regula la migración.

Dicho escenario, también desemboca a que en el caso de la población Kichwa de Bogotá se busque la pertenencia al cabildo pues este termina otorgando la categoría de indígena. Pertenecer a esta institución marca la categoría de indígena para el acceso de derechos y servicios que al ser un migrante no se podrían obtener. El SISPI y las políticas de salud diferencial entrarían en ese interés pues como migrantes la población Kichwa tiene un acceso limitado a los servicios de salud, mientras que como indígenas gozan de una serie de privilegios a los que se pueden acceder gracias a la gestión del cabildo.

Pero ahora, con la apropiación de los discursos sobre medicina ancestral se puede comprender a esta institución más que como una entidad de regulación, desde la que se define y controla la diferencia y la migración, como un centro político y económico. Esos intereses en articularse al Sistema para realizar cambios estructurales en este, crear un EPS indígena para difundir la medicina ancestral o querer inmiscuirse en las lógicas del mercado de la salud, responden a intereses claros que se movilizan en el cabildo sobre el reconocimiento de la diferencia, los cuales al final terminan configurando este centro como un lugar político en el que se configuran unas ideas sobre lo indígena y, a su vez, una empresa en la que se comercializa con la diversidad cultural.

Unos meses antes de que iniciara mi trabajo de campo, el cabildo Kichwa CAMAINKIBO participó en un proyecto de la Secretaria de Salud, el cual buscaba, en colaboración con el SENA<sup>28</sup>, formar a los distintos terapeutas indígenas de los cabildos de Bogotá en la producción de pomadas terapéuticas para su posterior comercialización. Al

---

<sup>28</sup> El Servicio Nacional de Aprendizaje fue el encargado de dirigir los cursos y fueron trabajadores de esta institución quienes se encargaron de dictar los talleres de realización de pomadas naturales. Las pomadas estaban realizadas con hierbas naturales

parecer, por lo que me contaron Mónica y Johanna, la idea era capacitar a los sabedores en una actividad que a futuro les pudiera generar un ingreso económico adicional.

Sin embargo, una vez otorgados los recursos no se sabía cómo proceder con la operación del proyecto, en términos de la obtención de la materia prima y la futura comercialización del producto. Ante el problema el cabildo Kichwa se ofreció como operador, por lo que se encargaron de toda la organización de producción y comercialización de los productos, los cuales en el momento de mi trabajo de campo aún se vendían por veinte mil pesos, ganancias que eran pensadas para el pago a los terapeutas:

*[...] teníamos la idea de que de alguna manera se pudieran otorgar los recursos para que los pueblos mismos usaran y vendieran sus pomadas naturales, lo que iba bien hasta que se pensó cómo se iban a producir, porque desde la secretaria en conjunto con el SENA se capacitó a varios sabedores de las comunidades, entre ellas Kichwas, para hacer las pomadas. [...] El cabildo Kichwa trascendió en eso, porque se ofreció como operador, entonces ellos dijeron déjeme ser operador de esos recursos... ¿Quién más los va a comprar? ¿Quién más los va a procesar? ¿Quién más garantiza que sin tantos problemas le llegue al médico?... pues el cabildo, la misma organización. (Entrevista a Joanna Cabiativa, Referente de etnias de la Secretaria de Salud de Bogotá)*

Esta participación del CAMAINKIBO muestra precisamente esos intereses económicos que se van negociando mientras se discuten los intentos por acceder a derechos diferenciales. Es el cabildo entonces esa figura que negocia, a partir de sus funcionarios y representantes, con otras instituciones, como la Secretaria de Salud. En las negociaciones se discuten los lineamientos y las condiciones sobre las cuales se llevarán a cabo la aplicación de políticas y proyectos basados en la diferencia cultural. Por lo cual, a partir de estas se movilizan concepciones sobre lo indígena, la medicina ancestral y al final la materialización de intereses e ideas pensadas para abrirse campo en los nuevos espacios de la ciudad.

Así las cosas, la configuración del SISPI es una arena clave en la que se puede identificar precisamente el rol que cumple el cabildo indígena y el uso que se le da a la medicina ancestral en esta institución. Pensar en una EPS, por ejemplo, busca posicionar institucionalmente al cabildo, lo que se entiende como la oportunidad para ganar participación en la estructura del sistema y, por qué no, ganar espacios que permitan una suerte de alcance político que modifique dicha estructura.

La ganancia de esos espacios dentro de la estructura también significa un beneficio económico, pues se cuenta con la financiación estatal. Esto desemboca en una lectura

mercantil de las prácticas de sanación y curación que son vistas como esa opción terapéutica que se puede abrir paso tras la llamada crisis del Sistema de Salud.

Aquí básicamente las negociaciones por el reconocimiento indígena están materializadas en la negociación del reconocimiento de la medicina ancestral y del aval del Estado para el ejercicio de esta práctica en la ciudad. Al utilizar la medicina ancestral indígena como un elemento que permite la identificación y diferenciación cultural en la ciudad, también se puede tomar esta como una herramienta política y económica desde la cual se negocia la cultura para ganar ciertos espacios en el contexto urbano. Por lo tanto, “el reconocimiento de las comunidades indígenas urbanas no es expedito, sino que está sujeto a transacciones y negociaciones con otros actores políticos (organizaciones indígenas y entidades estatales)” (Sevilla, 2007:8) que son las que terminan movilizand o todas las percepciones anteriormente expuestas.

### **Las figuras de la medicina ancestral**

A manera de conclusión, lo que se puede identificar es que existen una variedad de percepciones, con respecto a la articulación de la medicina ancestral indígena con el SGSSS en el marco de la configuración del SISPI. Estas percepciones están mediadas por los intereses y concepciones que cada uno de los actores tiene sobre la medicina ancestral indígena, por lo cual esta, como categoría analítica, resulta clave a la hora de develar las múltiples tensiones existentes al hablar de una articulación de la medicina indígena con el Sistema General de Seguridad Social en Salud del país.

Lo que permite ver esta complejidad y multiplicidad en los usos y definiciones de la medicina ancestral indígena es que se configuran distintos modos de ser indígena en la ciudad (De la Cadena & Starn, 2007; Bigenho, 2007). Por un lado, existe una marcada necesidad por acentuar la diferencia cultural, a partir de elementos que hacen alusión a la cultura, como la medicina indígena, desde la que se busca resaltar el carácter natural, humano y espiritual que rodea a sus prácticas, configurándose un discurso que va en contravía del funcionamiento del SGSSS para acceder a un mercado de la salud como alternativa terapéutica. No obstante, a su vez, también se busca al Sistema para ganar espacios de reconocimiento y legitimidad institucional, representado en la asignación de proyectos y recursos que permitan la ubicación en espacios económicos donde la diferencia cultural se vuelve el *commodity* central (Bolados, 2012).

Es así como, se pretende participar con las lógicas del Estado, resaltando dentro de esa igualdad la diferencia de las prácticas y de las concepciones ideológicas (Puerta, 2004:116). No obstante, esto apunta a que, tal como lo afirma Martínez (2009), dichos procesos más que reducirse en un instrumentalismo de la cultura como una herramienta política y económica, representan también la construcción de “nuevos ordenes de realidad” (Martínez, 2009:29) sobre lo ‘ancestral’ y sobre el ser indígena en la ciudad.

A través del proceso de configuración del SISPI, y de las tensiones entre el ser o no parte del sistema, es posible identificar a la medicina ancestral no solo como el objeto sobre el que recae la política, sino precisamente el elemento en el que se juegan todas las cartas de los actores involucrados. Por ello, desde la medicina ancestral es posible identificar los intereses y los imaginarios que cada actor tiene sobre la diferencia en la ciudad y, los múltiples escenarios que existen en esta última relacionados con la salud y la curación

Lo anterior muestra cómo el SISPI, a pesar de no estar materializado en la ciudad de Bogotá, engloba una serie de discusiones centrales en los procesos de reconocimiento indígena. Este acercamiento al SISPI está basado en esas negociaciones y tensiones existentes entre funcionarios y miembros del cabildo con los funcionarios de la Secretaria de Salud. Por esto la política ha generado unos espacios en los que la diferencia se negocia en nombre de la medicina ancestral indígena.

No obstante, en Bogotá se han realizado una serie de proyectos que pretenden sentar las bases y generar las primeras experiencias de articulación de medicina ancestral indígena con el SGSSS. Son estas experiencias, que a pesar de no ser consideradas enteramente SISPI, las que nos pueden hablar de otra serie de tensiones en el proceso de configuración de esta política pública en el caso del cabildo Kichwa. En este sentido, en el siguiente capítulo me concentraré en dichas experiencias pues es posible problematizar aún más las relaciones entre indígenas y Estado, todo en el marco de la configuración del SISPI, lo que complejiza su aplicación en la ciudad de Bogotá, las tensiones por el reconocimiento y la figura de la medicina ancestral en todo esto.

## CAPITULO 2

### **¿RECONOCIENDO O DESCONOCIENDO?: LOS TERAPEUTAS KICHWA AL SERVICIO DEL SISTEMA**

La configuración del SISPI va más allá de una discusión frente a la manera en la que se pueden articular los saberes indígenas con las lógicas del SGSSS. Como se analizó en el capítulo anterior, las tensiones y negociaciones en torno al SISPI comprometen distintas lecturas que se dan sobre la medicina ancestral indígena y, a mayor escala, sobre la indigeneidad y su valor en la ciudad en el proceso de articulación entre indígenas y Estado. Por ello, la configuración de esta política termina estableciendo un escenario en el que se negocia el reconocimiento diferencial, basado en la manera en la que el Estado reconoce las prácticas de sanación indígenas y la forma en la que se genera su articulación al Sistema de Salud estatal.

No obstante, en Bogotá ante la dificultad por materializar el SISPI en acciones concretas, resulta complejo analizar las implicaciones de esta política en el ejercicio de la sanación y curación indígena y, en síntesis, en los diversos espacios de la cotidianidad de los sujetos relacionados con estas. Pero son precisamente las discusiones que se han llevado a cabo en el proceso de configuración de la política las que nos muestran el porqué de la dificultad de materializar y ejecutar ese Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena.

En este sentido, lo que me propondré en el presente capítulo es explorar las distintas discusiones y tensiones que se han generado entre funcionarios y miembros del cabildo indígena Kichwa CAMAINKIBO de Bogotá ante los intentos, por parte de la Secretaria de Salud de la ciudad, por empezar a sentar las bases del llamado SISPI. Dichos intentos se han enmarcado en la ejecución de proyectos que, si bien no pueden ser leídos como ese sistema indígena de salud propia, bajo la idea de ‘reforzar la medicina ancestral’ sí suponen para la institucionalidad experiencias que pretenden articular la medicina ancestral indígena con el Sistema de Salud, por lo que se entienden como las bases que permitirán la construcción del llamado SISPI.

Al concentrarme en estos proyectos indagaré por la clase de reconocimiento que desde el Estado se hace de las prácticas de sanación y curación indígena. Será posible entonces encontrarnos con la lectura del Estado sobre la “medicina ancestral” y sus efectos en la vida cotidiana de diferentes actores. Me refiero a este punto como una tensión, pues

existen una serie de desencuentros e insatisfacciones por parte de los indígenas ante el reconocimiento y el lugar que ocupan en los proyectos institucionales de medicina ancestral.

Vale la pena aclarar que me referiré al Estado desde la ‘burocracia’, comprendiendo que esta es la manifestación más clara del poder público expresado en el día a día. Así, varios autores entienden la burocracia como la manifestación simbólica del Estado (Abrams, 1988; Hansen & Stepputat, 2001; Gupta & Sharma, 2006; Leal, 2006; Lipsky, 1980; Buchely, 2015). La burocracia, sin embargo, es más que una simple red jerárquica de poder, sino también debe ser entendida como una red desde la cual se materializan las políticas públicas a través del rol de los distintos funcionarios públicos que la conforman (Lipsky, 1980).

En este orden de ideas, me basaré en dos discusiones. Por un lado, me referiré a un proyecto de prevención y promoción, al que he decidido llamar ‘30 Familias’, impulsado desde la Secretaria de Salud de Bogotá y ejecutado en el cabildo, para exponer las tensiones del reconocimiento desde la categoría con la que se incluye a los sabedores y las parteras en el aparato institucional: *Gestor Étnico*. Además, será clave problematizar las funciones que desde esta categoría se asignan a los contratados para afirmar que lo que se termina por constituir es una especie de ‘aparato indígena burocratizado’ (Barraza, 2015:52), el cual debe acercar el sistema de salud a dicha población. Por otro lado, retomaré la discusión de los recursos económicos destinados para el pago de los sabedores y parteras, la cual permite acercarse a los problemas que ha tenido el Estado para definir los elementos que engloban a la medicina ancestral, limitando el impacto y el alcance ‘diferencial’ de los proyectos enfocados en esta medicina.

Al abordar estos casos es necesario problematizar el factor intercultural que rodea a todos estos procesos, pues desde el SISPI se entiende como la herramienta que permite una negociación no jerarquizada entre indígenas y Estado a la hora de definir los términos de la articulación al Sistema. No obstante, lejos de ser una herramienta de diálogo que permita la ruptura de jerarquías de poder (Campos, 1999; Fernández, 2006; Caramés, 2006; Baixeras, 2006; González, 2006; Knipper, 2010), al final esos encuentros interculturales terminan imbuidos en una compleja red burocrática en la que están inmersos los procesos del reconocimiento.

Apuntaré a que la interculturalidad termina configurándose como un elemento más que permite la movilización en el campo burocrático. A esto lo llamaré, ‘itinerarios

burocráticos de la interculturalidad’, los cuales entiendo como la manera en la que las relaciones interculturales entre funcionarios indígenas y no indígenas se vinculan con las estructuras del Sistema de Salud. De esta manera, los itinerarios en la red burocrática que tienen los involucrados en la configuración del SISPI nos muestran los efectos de las lógicas del Estado en la cotidianidad de los Sujetos y, en los encuentros interculturales que se tejen en el proceso de configuración de la política pública.

Si bien en el primer capítulo me concentré en las percepciones que los indígenas movilizan sobre las lógicas del Estado, en este me enfocaré en los efectos de dichas lógicas para analizar las relaciones que se tejen entre indígenas y Estado. Son los itinerarios burocráticos lo que permitirán comprender, como categoría analítica, la manera en la que se están articulando los indígenas al Estado, su posición ante las lógicas del Sistema y la manera en la que se movilizan las nociones sobre la medicina ancestral, la diferencia y el reconocimiento étnico.

Ahora bien, no sobra indicar que las relaciones interculturales que rastreo hacen parten del proceso de configuración del SISPI, más no del sistema como tal, ya que este aun es una idea no materializada. Por ello, estos encuentros interculturales anteceden a lo que pueda llegar a ser el SISPI, lo que sin embargo no impide que se pueda problematizar la manera en la que es apropiado este concepto desde la política pública, pues desde el Decreto 1953, como dije en la introducción, se define la interculturalidad como la herramienta que permite un dialogo entre iguales entre indígenas y Estado a la hora de ‘definir’ y ‘construir’ el SISPI, es decir es un elemento central en su configuración.

Por otro lado, me concentro en el proyecto de 30 Familias porque, a pesar de que este no sea propiamente el SISPI, es a través de esta experiencia que los miembros del cabildo se refieren al SISPI y a la posibilidad de trabajar o no con el Sistema de Salud estatalizado. Esto se puede explicar en que el proyecto 30 Familias comparte la misma base del SISPI: articular el saber indígena con las lógicas del Sistema de Salud, lo que le permite a los funcionarios, sabedores y parteras del cabildo Kichwa hacer predicciones de lo que puede pasar en el SISPI. Además, vale la pena resaltar que la representate étnica de la Secretaria de Salud define este proyecto como una experiencia que no es propiamente SISPI pero que si está ligado a esta figura en el sentido en el que: *pretende sentar las bases para iniciar son la*

*aplicación de la política pública.* En síntesis se puede entender este proyecto como parte de la configuración del llamado SISPI.

De esta manera, al concentrarme en esta experiencia será posible comprender las limitaciones que existen a la hora de tratar de articular el saber indígena con la labor de las instituciones del Estado. Apuntaré que desde esta experiencia reconocer los saberes y prácticas de sanación indígenas no es lo mismo que legitimarlas desde el Estado, y a pesar de existir una serie de iniciativas que pretenden construir un reconocimiento estatal a estas prácticas, lo que sucede realmente es que surgen una serie de ‘trampas del reconocimiento’, en las cuales “el reconocimiento de la diferencia y la obtención de derechos específicos se encuentran condicionados al cumplimiento de definiciones estatales que promueven concepciones muy restrictivas de lo indígena” (Bosa, 2015:24). Por consiguiente, el reconocimiento de las prácticas de sanación y curación indígenas termina constreñido bajo la lógica burocrática de las instituciones estatales, así como en los intereses de estas por gobernar la diferencia cultural (Watt, 2003; Bolados, 2012).

De esta manera, iniciaré explorando cómo el proyecto de 30 Familias permite encontrar un escenario en el que la figura del indígena es articulada a los servicios del Sistema de Salud. Acá, será claro que frente al reconocimiento diferencial, en este proyecto, el Estado imprime una serie de intereses que terminan modelando la figura del indígena en la institucionalidad conforme al funcionamiento burocratizado del Sistema de Salud.

### **De indígenas a burócratas.**

Usualmente cuando iba al cabildo me sentaba en la recepción, junto a los escritorios de Gabriela y Mónica que se encuentran en la entrada de la institución. Escogí este lugar porque además de ser el puesto de dos funcionarias centrales en el tema de salud, es donde ocurren la gran mayoría de las discusiones de ‘pasillo’ que se dan entre los funcionarios y las personas que acuden al cabildo. Presenció de esta forma muchas de las problemáticas que se discutían en el CAMAINKIBO.

Una mañana estaba junto a Mónica haciéndole unas preguntas generales sobre los lineamientos del SISPI y sus problemas de ejecución, cuando casualmente llegó Rosa Tade, una de las parteras, quien con voz baja preguntó: *¿Mónica qué ha pasado con lo mío?* La Técnica en Salud del cabildo guardó silencio, como pensando a qué se refería Rosa con su pregunta, al caer en cuenta abrió sus ojos y sorprendida le rebotó la pregunta a la partera:

*Ahhh sí ¿me trajo todos sus papeles?* La partera, un poco desorientada dijo que no. Mónica respondió: *Rosita tiene que venir rápido y traerme su fotocopia de la cedula de extranjería; del pasaporte; fotocopia del Rut; hoja de vida; pasado judicial y cualquier certificado que usted tenga sobre cursos o charlas que tengan que ver con la partería.* Rosa, salió apurada después de decirle a Mónica que trataría de traerle esos papeles ese mismo día.

Al momento me enteré que el tema discutido por las dos mujeres tenía que ver con la contratación oficial por parte de la Secretaria de Salud de las parteras y sabedores del cabildo en el marco de un proyecto enfocado en ‘reforzar la medicina ancestral’. Dicho proyecto contemplaba la contratación de los terapeutas indígenas para la realización de 30 visitas domiciliarias a 30 Familias, escogidas por el cabildo, en las cuales se hubiesen identificado problemas relacionados con la atención y el acceso a la salud. Básicamente, la tarea de los sabedores y las parteras se contemplaba, en palabras de Mónica, ‘*para la promoción y prevención en salud en los casos de estas familias*’<sup>29</sup>.

Sin embargo, mientras Mónica me contaba los detalles del proyecto, la abordó una mujer, quien había llegado desde muy temprano a reunirse con el gobernador. La mujer afirmó: *Ay Mónica que pena te escuché hablando sobre el proyecto de contratación de los médicos y las parteras, es que imagínate que en el Cabildo Inga hubo tremendo problema porque están exigiéndoles a los médicos dizque diploma de bachiller y pues tú sabes... ¡ellos no tienen eso! ¿A ustedes no les han exigido eso?*

Mónica respondió que dentro de los requisitos si se le había hecho rara la solicitud de certificados de cursos o conversatorios que tuvieran que ver con el ejercicio de la medicina ancestral, sin embargo, alegó no ponerle mucha atención a esto pues sabía que los sabedores y parteras del cabildo cuentan con algunos certificados gracias a unos cursos que tomaron en años pasados. Ante la discusión, salió el hermano del gobernador quien no ocultó su descontento por el tema: *No, pero cómo van a pedir eso, ¿qué les pasa? Si ellos saben que*

---

<sup>29</sup> El Ministerio de Salud define las acciones de Promoción y Prevención como los procesos para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud.

*ellos tienen otro tipo de formación, qué certificados y qué bachillerato. Tras de que son personas mayores, nosotros aquí les avalamos el conocimiento de otra manera.*

Al pasar los días y al indagar por el asunto me enteré que estos requisitos fueron anulados, pues desde los cabildos se alegó que los terapeutas indígenas no tenían los certificados que se estaban pidiendo. Se argumentó que esto iba en contra de sus especificidades culturales, pues, a diferencia de la profesionalización occidental, ellos no otorgaban certificados o diplomas para legitimar su conocimiento, ya que este es legitimado desde el pueblo.

Se afirmó que, en estos casos, el cabildo como representación de las poblaciones y tras el consenso comunitario se avalaba a X o Y persona para ejercer las prácticas de medicina ancestral. Así pues, las contrataciones para el proyecto se hicieron conforme el aval de los cabildos sobre sus médicos y parteras. No obstante, esto lejos de solucionar el problema simplemente responde a un alegato puntal frente al reconocimiento y la legitimidad de las prácticas de sanación y curación indígenas, pues el problema se reproduce en otros espacios relacionados con los proyectos de medicina ancestral

*No creo que haya un verdadero reconocimiento en todos estos proyectos que nos dicen. No... no sé si decirlo así... pero para mí estás prácticas son nombradas casi como ilegales desde la Secretaría de Salud y cualquier altercado los responsables son el que prestó la atención y quien la buscó, porque ellos no se hacen responsables. Ellos solo... digamos que... basan y respaldan las prácticas, pero desde lo que estipulen, ¿sí? O sea, lo que digan los lineamientos de turno y ya, cualquier cosa que se salga de eso ya no tiene que ver con la Secretaría. Mmm... por eso yo digo que esos reconocimientos que ellos dicen que hacen son más bien contradictorios porque solo se reconocen unas figuras específicas y se les asigna unas labores específicas conforme a lo permitido y estipulado por la Secretaría. (Relato de Mónica, Técnica en Salud del cabildo Kichwa)*

El proyecto de promoción y prevención en salud de las 30 Familias inscritas al cabildo Kichwa, según los lineamientos de la Secretaría de Salud, debía empezar en el mes de octubre del año 2016. Este tendría una duración de un mes, por lo que se suponía que en noviembre de dicho año se deberían entregar los resultados a la institución distrital. Sin embargo, ante la irregularidad de diferentes aspectos en la propuesta, solo se pudo ejecutar el proyecto en enero del 2017. En este participaron los sabedores y las parteras reconocidos por el cabildo, mientras que la elección de las familias las hizo Mónica, quien conocía diferentes perfiles que se ajustaban a la propuesta de la Secretaría.

El proyecto 30 Familias tenía como objetivo dos cosas. Primero reforzar la medicina ancestral a partir de la contratación de los terapeutas indígenas de cada cabildo y acercar a estas figuras al resto de su población. Segundo, acercar al Sistema de Salud a la población indígena, pues se partía de la idea que esta población no asistía a los hospitales, centros de salud o clínicas debido a una desconfianza al Sistema. Por ello, la presencia de los terapeutas indígenas además de servir como un elemento para reforzar la medicina ancestral, también servía como una herramienta para que el Sistema llegara a la gente a través de figuras más cercanas.

Básicamente el proyecto consistía en la visita por parte de los terapeutas a 30 Familias que tuvieran la necesidad de una atención personalizada y, además, pudieran tener problemas de acceso a los servicios públicos de salud presentes en Bogotá. El cabildo revisó su censo, y junto con la información que tenían Mónica y Gabriela, identificó 30 casos de familias con problemas de salud crónicos, madres gestantes, y que en algún momento hayan tenido limitaciones para acceder a los servicios del Sistema de Salud, principalmente por complicaciones en la afiliación o en la remisión a centros de salud especializados. Las familias estaban desplegadas en diferentes partes de la ciudad por lo que se coordinaron dos grupos para la cobertura de toda la población. Uno estuvo conformado por Fernando y Rosa de la Torre y el otro por Esteban y Rosa Tade.

No obstante, una de las irregularidades en la propuesta inicial fue, precisamente, la solicitud de certificados de cursos sobre medicina indígena o partería, así como la tenencia del diploma de bachillerato. Tal como lo describía al inicio, para Mónica los certificados no eran un problema debido a que sabía que los sabedores y las parteras del cabildo Kichwa CAMAINKIBO tenían algunos de estos documentos, producto de unos cursos en los que habían participado. Por ejemplo, uno de ellos fue la capacitación que hizo el SENA sobre la realización de pomadas naturales para usos terapéuticos, como también una charla abierta que se realizó en Bogotá con parteras de diferentes pueblos indígenas para compartir conocimientos y experiencias. Aun así, era de conocimiento general en el cabildo que en otros pueblos indígenas la experiencia era diferente y muchos no tenían dichos documentos.

Esta clase de episodios permiten identificar las tensiones existentes a la hora de hablar de lo legítimo de un conocimiento para el Estado y, en contraposición, lo legítimo en la cotidianidad de los pueblos indígenas (Agudelo, 2013). Tal como lo expresan Santamaría y

Pardo (2015), hoy en día es completamente válido hacer referencia a la existencia de un fetiche sobre los títulos académicos en diferentes esferas de la sociedad, principalmente aquellas relacionadas con las instituciones estatales. Así, los títulos académicos que otorgan las instituciones que cuentan con aprobación estatal, como las universidades, por ejemplo, sirven de “moneda universal de cambio” que permite el acceso a escenarios específicos de la sociedad, como los laborales (Santamaría & Pardo, 2015: 227).

De esta manera, recae sobre los títulos una suerte de legitimidad que avala un conocimiento aprendido, permitiendo su ejecución en los escenarios de la vida social. Son los títulos, diplomas o certificados, documentos que tienen una fuerte carga simbólica para las instituciones estatales a la hora de legitimar una práctica y, más concretamente, a un profesional. Por tal motivo, en este caso, a pesar de que estos requisitos fueran anulados con posterioridad del proyecto de las 30 Familias, lo que queda aquí es la dificultad de las instituciones estatales por comprender las prácticas de sanación y curación indígenas y, de igual manera, a sus actores, producto de la falta de mecanismos de legitimación más cercanos a su propia lógica y a la realidad social en la que se inscriben.

Siguiendo a Nigenda (2001), en América Latina, la falta de mecanismos que permitan la legibilidad de las prácticas y actores de la medicina ancestral ha generado que las políticas estén apuntando más a un intento por generar mecanismos de control y regulación, como los títulos académicos. En estos intentos se termina configurando una relación de asimetría de poder entre quienes controlan (dependencias gubernamentales) y quienes son controlados (terapeutas indígenas) (Nigenda. 2001: 48).

Básicamente esto implicaría que los entes gubernamentales generen una definición de criterios mucho más precisos, que incluyan aspectos como la experiencia y la evaluación de los usuarios de los servicios prestados por los terapeutas indígenas (Nigenda, 2001: 49). Sin embargo, esto termina mostrando otra de las limitaciones de las relaciones interculturales materializadas entre indígenas y Estado, en las que se contempla la población indígena como un grupo homogéneo y monolítico sobre el cual es posible hacer una serie de generalizaciones que permitan ajustar políticas que ignoran su vasta heterogeneidad (Menéndez, 2015).

Es claro que las prácticas de medicina indígena no necesitan del aval estatal para funcionar en los espacios de la vida diaria, pues tal como lo expresa Agudelo (2013), estas

prácticas funcionan a partir de una legitimidad basada en la experiencia del terapeuta indígena y del carácter generacional de sus conocimientos, es decir de su aprendizaje a partir de la herencia. Ahora bien, si nos trasladamos al contexto de la ciudad, son los elementos de diferenciación cultural, como abordábamos en el primer capítulo, que inmersos en un acto de performatividad, dan legitimidad a las prácticas. Es decir, es el ‘poder de la diferencia’, expresado en lo natural, espiritual y ‘ancestral’, lo que termina legitimando una práctica como indígena para el no indígena en la cotidianidad de la urbe (Agudelo, 2013).

Sin embargo, al hablar de la institucionalidad y, más aún ante un escenario de posible articulación de la medicina indígena con el SGSSS, la legitimación del conocimiento termina constreñida en la lógica institucional que da poder a los documentos (Gupta, 2012). Por esto mismo es que se puede hablar de unos intentos de la misma institucionalidad en ‘profesionalizar’ la medicina ancestral, expresados estos en, los cursos y charlas a los que se refiere Mónica que asistieron los sabedores y parteras del cabildo.

A pesar de que los certificados expedidos en dichos cursos sean legítimos para el Estado, el problema del reconocimiento no termina ahí, pues si profundizamos más en el proyecto de las 30 Familias se podrán encontrar más tensiones con relación a la manera en la que se reconoce a los sabedores y las parteras. Una de las tensiones más grandes se da en torno a la figura con la que son contratados los terapeutas indígenas, ya que para el proyecto la contratación no se les efectuó como sabedores o parteras indígenas sino como ‘Gestores Étnicos’, lo cual generó un fuerte desencuentro entre los nuevos trabajadores y la Secretaría de Salud.

Para los terapeutas del cabildo Kichwa el haber sido contratados como Gestores Étnicos incurre, en lo que Fernando llama un ‘falso reconocimiento’, pues eran adheridos a la institucionalidad, pero no en calidad de sabedores o parteras, o en su defecto médicos ancestrales, por lo cual no sentían que su labor fuera realmente reconocida:

*Entonces el Gestor Étnico es la persona encargada como... como la compañera (señala afuera a Mónica), pero dicen que nos ponen a todos gestores étnicos igualmente para que nos paguen igual. Porque es que si nos ponen como médico ancestral nos tienen que pagar más, es como el medico profesional no puede ganar lo mismo que el enfermero. Igual hay un presupuesto, ya se tiene un presupuesto y eso ya está estipulado así, pero eso a nosotros no nos sirve, porque sí, yo puedo estar haciendo lo que está haciendo la niña (señala a Gabriela) y estar ahí recibiendo papeles ahí y ordenando, rico. Pero la energía, mi energía se desgasta cuando yo atiendo a un paciente porque estamos ayudándole, y no nos duele porque eso nos*

*gusta, pero no nos ponen como médico ancestral porque no ganaría 1 millón debería estar ganando por lo menos 2 millones y medio, ¿sí? [...] entonces a qué estamos jugando. Esto no es igualitario. Y si nos ponen, según ellos, como nombres propios, que sabedor ancestral, sabedor en partería, que el presupuesto nos va a bajar de 1 millón 200, pero si nos va a bajar yo no le hago más a esto, yo no le camino, porque este proyecto yo diría no le hago más porque no me sirve, primero me sacan de un proyecto; voy a dar foros, voy a dar conferencias como gestor étnico, pero si a mí me muestran y me dicen no que este es un proyecto de medicina ancestral yo digo no, eso no es medicina ancestral, eso es para ser gestor étnico, nada más, y que me demanden y pero el gestor étnico es diferente, eso no es lo que yo debería hacer según ese reconocimiento que dicen, para mí eso es más un falso reconocimiento, yo diría que eso es más presupuestal, para no pagarnos lo que es. (Relato de Fernando, sabedor ancestral del Cabildo Kichwa)*

Para Fernando claramente la categoría de Gestor Étnico no representa un reconocimiento a su oficio como sabedor ancestral y lo que permite ver su postura es la asociación de dicho reconocimiento con el salario que recibe. En general para los cuatro participantes del proyecto de las 30 Familias, ser reconocidos como Gestores Étnicos responde a un interés económico en el que se responde a la obligación de adherir mano de obra indígena a la institucionalidad, pero con pagos salariales bajos o que, para ellos, no se ajusta a lo que en realidad deberían estar ganando por el oficio que practican.

Siguiendo a Martínez (2009) si problematizamos la manera en la que las prácticas de sanación y curación indígenas se sitúan frente a la alopátia, es posible comprender que el papel central de esta medicina en las relaciones con el Estado influye en cómo los indígenas quieren ser reconocidos. En el caso de la contratación y pago de los Gestores Étnicos, lo que se hace es una asociación con el médico alópata, pues se cuestiona su postura frente al salario que recibe. Se hace referencia a una posición jerárquica y hegemónica de la medicina alopática con relación al reconocimiento estatal, pues el médico alópata gana mucho más al ser reconocido como tal, mientras el terapeuta indígena gana mucho menos al ser un Gestor Étnico.

Esto a su vez nos habla de la manera como la biomedicina ha penetrado en la vida de los indígenas pues aspectos como, por ejemplo, su terminología o los imaginarios que recaen sobre el médico están presentes en la vida cotidiana de la población, incluida la vida laboral de los curadores ancestrales (Menéndez, 2015). En otras palabras, en esos procesos de articulación entre saber indígena y Sistema de Salud, en esos encuentros interculturales se presentan unos procesos de ‘biomedicalización’ de los terapeutas indígenas, en los que la

biomedicina toma parte en su cotidianidad, bien sea como estrategia de supervivencia profesional (Menéndez, 2015) o como estrategia de búsqueda de una suerte de legitimidad estatal.

Es por ello que, más allá del pago que representa en pocas palabras el reconocimiento que hace la institucionalidad sobre el oficio que prestan los sabedores y las parteras, esta tensión sobre la contratación se resalta a la hora de hablar de las funciones que tiene el Gestor Étnico. Para Fernando, y para sus compañeros de trabajo, la labor que prestaban en el proyecto de las 30 Familias no era medicina ancestral y, por lo tanto, *no es lo que debería estar haciendo*. De alguna manera se hace una relación con las labores prestadas por Mónica y Gabriela, quienes cumplen un rol más administrativo y de acceso en los temas de salud del cabildo y no propiamente están vinculadas con el ejercicio de las prácticas de sanación y curación indígenas. Por consiguiente, se piensa que el Gestor Étnico funciona más como una figura de la red administrativa que como un actor terapéutico.

Una mañana tuve la oportunidad de acompañar al equipo conformado por Esteban, Rosa Tade y Mónica, quienes tenían programada una de las visitas del programa de 30 Familias. El encuentro del equipo fue en el cabildo, porque Mónica debía alistar unos papeles antes de salir, ya que después de la visita se tenía que dirigir al CAMI de Las Ferias para reunirse con su jefe, la coordinadora de la estrategia poblacional de la Subred Norte, para hablar de los avances en el proyecto. Mientras Mónica se alistaba, Esteban y Rosa la esperaban en la recepción por lo que nos pusimos a dialogar sobre las visitas ya realizadas. Resultó ser que esta visita sería apenas la segunda del proyecto y la primera para este equipo, pues la que ya se había hecho fue realizada por Fernando y Rosa de la Torre.

Pude notar que el sabedor y la partera portaban cada uno una carpeta plástica, en la cual llevaban las planillas que tenía para condensar una serie de datos en el momento de la visita. Estas planillas luego serían entregadas a Mónica, quien en un folder dedicado al proyecto las pondría en el historial de los terapeutas para luego presentarlas en la Subred Norte, lugar desde el que se llevarían a la Secretaria de Salud.

Lo único que difería en esta nueva planilla eran las preguntas del contexto familiar y el acceso a la salud, pues se indagaba por los miembros de la familia y por la última vez que se asistió al hospital o al médico alopático. La planilla parecía ser de carácter central en la visita pues, en el momento en el que Mónica se levantó de su puesto de trabajo les preguntó

a los terapeutas: *¿trajeron sus planillas?* Los dos le mostraron sus carpetas por lo que Mónica dijo: *¡Listo, perfecto vámonos!*

La casa de la familia a visitar resultó ser muy cerca del cabildo por lo que nos fuimos en un taxi. El viaje fue de unos 15 a 20 minutos. La idea era llegar y tomarle los datos a una pareja de esposos que recibirían la atención. Mónica me recalcó que su presencia en la visita era central para el diligenciamiento de las planillas, pues muchas veces los sabedores se enredaban con ellas y no las llenaban correctamente, o, en el caso de Rosa quien no sabía escribir, necesitaba de un apoyo total. Tras obtener los datos, el sabedor revisaría al esposo quien decía tener un dolor de espalda y Rosa se encargaría de la esposa quien tenía 5 meses de embarazo. Una vez realizado el chequeo se terminaría la visita.

De esta manera, la visita duró alrededor de una hora. Mónica le contó a la pareja el motivo y los intereses del grupo, les afirmó que se trataba de un trabajo en conjunto entre la Secretaría de Salud y el cabildo para ‘reforzar’ la medicina ancestral y para acercar a los sabedores ancestrales a su comunidad. Tras su presentación, Mónica empezó a llenar las planillas de los dos sabedores y me pidió el favor que le ayudara con la de Esteban.

En rasgos generales, la pareja se dedicaba al comercio de textiles de manera independiente e informal en las calles de Bogotá. Su familia estaba compuesta por dos hijos quienes se encontraban en el colegio en ese instante. Mónica preguntó por el estado de salud de los dos niños a lo que sus padres contestaron que se encontraban en perfectas condiciones.

Al indagar por su última visita al médico, la madre gestante contó que una semana atrás fue atendida por el médico y que le habían hecho una remisión a especialista, sin embargo, a los del cabildo les extrañó que no la habían remitido al Materno Infantil sino a un hospital en el barrio La Victoria. Mónica, le aconsejó ir al cabildo y hablar con Gabriela pues sabía a qué hospital se refería y que muchas madres se habían dirigido al cabildo para quejarse por la atención en ese lugar. Continuando con el protocolo, se le preguntó a la mujer por sus últimas experiencias con el médico, si se había sentido mal o inconforme con la atención, ella respondió: *No... pues normal, eso que le preguntan a uno le revisan y ya, todo normal.*

Por su parte, el esposo contó no haber asistido al médico desde hace casi 3 meses, su última visita fue por un malestar en la garganta que no le quería pasar, en ese momento le recetaron un antibiótico que fue efectivo. Aun así, el hombre se quejó de sentir un dolor en

la espalda producto de un frío o mal viento que se le metió. Esteban lo interrumpió y le preguntó si el dolor había aparecido con el malestar de garganta o fue mucho después, el hombre respondió que era algo muy reciente. Mónica, al igual como lo hizo con la mujer, le preguntó al esposo cómo se había sentido en sus últimas atenciones, él respondió que *muy normal solo que un poco agotado por la espera para ser atendido*. Yo no sabía dónde anotar esa información por lo que Mónica me indicó que la pusiera en la pregunta que indagaba por la última visita al médico.

Al terminar de llenar las planillas se les dio paso a los terapeutas para que procedieran a hablar con la pareja. La charla entre ellos se dio en runasimi<sup>30</sup> por lo que no logré comprender que fue lo que dialogaron. Esteban levantó la camisa del hombre, tocó su espalda y realizó unos leves masajes, por su parte Rosa se sentó junto a la gestante y dialogaron mientras la partera tocaba suavemente la barriga de la mujer. Esta charla duró aproximadamente 15 a 20 minutos.

Como yo tenía la planilla de Esteban él se me acercó y me comentó lo que el hombre tenía para que lo anotara en el registro. Básicamente el diagnóstico fue *dolor de espalda por mal viento y fuerza mal hecha*, pues al parecer el hombre en su trabajo debía alzar unos bultos con mucho peso. Lo indicado en el procedimiento realizado fue sobo<sup>31</sup> en la espalda y recomendación de alejarse del frío. Rosa hizo lo mismo con Mónica, sin embargo, no logré enterarme cuáles fueron las indicaciones que ella contó.

Con esta pequeña revisión se dio por terminada la visita, por lo que le pregunté a Mónica si era normal terminar tan rápido y que la atención de los terapeutas fuera tan corta, ella me respondió que tuvo que terminar la visita más temprano por su cita en el CAMI. Sin embargo, también dijo que no había mucha diferencia entre esta y las otras visitas, pues aclaró:

*Es que igual la atención de los sabedores es de promoción y prevención, ellos no pueden hacer mucho porque igual tampoco hay insumos para que ellos puedan hacer más cosas, por ejemplo, algo para que Esteban sobara al señor y eso. Igual ellos*

---

<sup>30</sup> El runasimi es la lengua del pueblo Kichwa. Esta hace parte de la familia de la lengua quechua. En su traducción del quechua al español 'runasimi' hace referencia a 'lengua de la gente'. En el cabildo Kichwa se han ejecutado distintos proyectos que buscan mantener el uso del runasimi dentro de la comunidad, por lo que una de sus consignas ha sido que entre los miembros de la comunidad se utilice esta lengua como método principal de comunicación

<sup>31</sup> Por lo observado en la visita el sobo consistió en los masajes que Esteban le realizó al hombre. No usó ninguna pomada o ungüento especial y se concentró en las zonas en las que al parecer el hombre manifestaba más dolor, alternando entre masajes suaves y masajes fuertes.

*cuadran otras visitas, pero eso ya no con el proyecto, aparte... por ejemplo Rosita ella sigue atendiendo a sus gestantes sin que sea con lo del proyecto y eso, a ella la buscan [...] Nosotros como cabildo les decimos que lleven un registro de esas atenciones que hacen por su parte para que nosotros tengamos como mostrar que nuestros sabedores y nuestras parteras trabajan y se mueven. (Relato de Mónica, técnica en salud del cabildo)*

Lo interesante en este episodio es que es posible empezar a ver esos itinerarios burocráticos en los que terminan inmersos los indígenas al trabajar en conjunto con las instituciones del Estado. El paso a paso de la visita permite problematizar que todo funciona más como un proceso burocrático basado en la obtención de información por parte del equipo del cabildo sobre la familia. A pesar de que van un sabedor y una partera, en el momento de la visita no es central la atención que estos actores puedan prestar, pues se reduce al final a un chequeo rápido y la programación de una posible futura visita. El encuentro al final está basado en un protocolo que responde a unos itinerarios específicos que se encaminan a la obtención de la información.

Es así como, por un lado, en este ejercicio amparado por la Secretaría de Salud y, por lo tanto, de carácter público, parece primar la obtención de información sobre el estado de salud y el tipo de acceso que las personas tienen al Sistema. Pero, por otro lado, la verdadera atención terapéutica que pueden prestar el sabedor o la partera queda relegada a la esfera privada, en la que ya la Secretaría no tiene incidencia pues no está contemplada en el marco del proyecto, por lo que es dejada en manos de los acuerdos que los terapeutas hagan con sus posibles pacientes para atenciones en un futuro.

Entonces el itinerario desde esta visita se puede contemplar en el primer encuentro que el Gestor Étnico tiene con la población indígena. Las relaciones entre la población inscrita al cabildo con los Gestores Étnicos son la base de esa red burocrática, que arranca precisamente con ese primer encuentro. Esta característica puede responder al porqué en la actualidad la participación de los terapeutas indígenas en la atención pública en salud está contemplada en la atención de primer nivel<sup>32</sup> y en las acciones de promoción y prevención

---

<sup>32</sup> Según la Resolución No. 5261 de 1994 los servicios de salud tienen niveles de responsabilidad y de complejidad de la atención, los cuales se dividen en tres: el primer nivel hace referencia a la atención de medicina general y/o personal auxiliar, y otras profesionales en salud; el nivel dos se refiere a la atención de medicina general con interconsulta, remisiones y/o asistencias personalizadas o de recursos especiales; el nivel tres se refiere a procedimientos de medicina especializada. La Ley 1438 de 2011 establece que la Atención Primaria: “es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la

de la salud. Son esos primeros pasos lo que empiezan a construir las relaciones ‘interculturales’ conforme a las lógicas y funcionamientos del Estado, lo cual se analizará con mayor profundidad en el siguiente apartado.

Por lo pronto, lo que se puede seguir problematizando es que poniendo un poco más de atención a los hechos desde la salida del cabildo hasta el término de la visita es posible identificar una ruta burocrática, en la cual los viajeros son las planillas que portan los terapeutas indígenas en un inicio y que, se supone, deben llegar con la información hasta la Secretaría de Salud. Es este elemento el que simboliza los intereses del Estado sobre el control de la diferencia cultural. Las planillas terminan siendo esos documentos cargados de un gran valor para el Estado (Gupta, 2012), pues condensan la información necesaria para ejercer un control sobre la relación entre la población indígena y el Sistema de Salud, conociendo la percepción de los sujetos sobre ese Sistema y la manera como este les llega a ellos.

En su análisis clásico de la burocracia, Weber ([1922] 2002) resalta varios elementos que la constituyen, entre ellos la existencia de un orden basado en leyes y deberes establecidos; un principio de jerarquía que configuran un sistema de sobre y subordinación; una administración ejecutada a partir de archivos, documentos y proyectos; una amalgama de funcionarios encargados de dichos objetos cargados de información, entre otros. Si nos basamos en estas características resulta claro que todo el proceso descrito con anterioridad se puede entender como una estructura o red burocrática en la que quedan inmersos los sabedores y las parteras a la hora de ser contratados por la institucionalidad.

Analizando este escenario ante la tensión del reconocimiento diferencial, es desde la institucionalidad donde se crea la figura del Gestor Étnico como respuesta ante la incapacidad de legitimar, bajo las lógicas estatales, la figura del médico ancestral indígena. En su lugar entonces se constituye una figura que puede ser leída por el Estado y, además, que es funcional para el ejercicio del control y vigilancia de la diferencia desde la ejecución de

---

rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Para ver más se puede consultar *el informe de la Política de Atención Integral en Salud 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social*.

proyectos que, como el de 30 Familias, pretenden acercar el Sistema a las personas en su cotidianidad.

Por ejemplo, para Johanna Cabiativa, proyectos como el de 30 Familias, escudados en los argumentos de ‘reforzar la medicina indígena’ y ‘articular a los actores de esta medicina a la institucionalidad’, lo que pretenden también es acercar el Sistema de Salud a la población indígena. Esto, según ella, y otros funcionarios del cabildo, responde a la suposición desde la institucionalidad de la falta de confianza que tienen las poblaciones indígenas para acceder a los servicios de salud que se ofrecen desde el Estado:

*Te voy a hablar un poco de lo que hace la salud pública, porque claro lo que dice la salud pública es cómo en salud primaria yo puedo atender a través de equipos extra modales hago promoción y prevención de la salud en las comunidades, eso es lo general de Bogotá. Cómo le llego a la población vulnerable... que no se me enferme, que acceda. En ese modelo nos metimos nosotros, entonces dijimos si necesitamos talentos humanos extra modales propios de las comunidades que hagan salud y promoción de la salud en las comunidades porque en Bogotá están llevados y el sector no les está llegando, no les está llegando a los lugares. Pero no les llega no porque no quiere sino porque no les llega de la mejor forma y al no llegar de la mejor forma pues quien sabe cómo llegarle, o quién sabe dónde está la gente... pues la misma gente.*

*Entonces lo que hicimos fue generar un proyecto pequeño que estaba en el marco del SISPI, pero que permitiera que tuviéramos homogeneidad con todos y hoy Bogotá tiene operando una estrategia de salud, primaria se podría decir... con equipos extra modales indígenas, ni siquiera indígenas sino étnicos, donde llegamos a comunidades, a familias de los pueblos indígenas a generar acciones de prevención y promoción primaria. Eso digamos si logra tener un acierto de trazabilidad en el tiempo, en el que logramos que todos estén en la misma sintonía a pesar de sus particularidades, pero tú vas a encontrar equipos Muisca, Pijaos, Kichwas, Uitoto, 14 pueblos haciendo la misma acción, pero en la operación es diferente, pero estamos concentrados en eso, en hacer atención, promoción y prevención primaria. (Entrevista a Johanna Cabiativa, Referente Étnica de la Secretaría de Salud)*

En esta medida, es posible ver como la estrategia, desde la institucionalidad, para articular la diversidad de terapeutas indígenas que se presentan en la ciudad se da configurando una categoría general, la cual es funcional para la articulación y para los intereses del sistema de salud: llegar a la población diferencial. Sin embargo, esto no implica una legitimidad a las prácticas de sanación y curación indígenas pues, en primera medida no se considera la figura del médico indígena y, segundo, el trabajo de los llamados gestores se constriñe a los lineamientos y condiciones que son previamente concretados desde la institución estatal.

Sobre este carácter radica la tensión, pues se termina reconociendo la existencia de las prácticas diferenciadas de la salud, de sus actores y de sus lógicas. No obstante, siguiendo a Bolados (2012), lo que esta clase de escenarios permite ver es que el reconocimiento de la existencia no implica que desde la institucionalidad se legitime la realización de estas prácticas en la arena pública, pues lo que se acepta es aquello realizado por el Gestor Étnico no por el sabedor o la partera, funciones que cómo se ha visto tienen serias diferencias para los terapeutas indígenas.

Es posible entonces identificar el poder creador del Estado (Bourdieu, 1997), pues a partir del ‘nombramiento oficial’, de la creación de categorías y figuras públicas que participan en la red burocrática está creando formas de ser en la sociedad que son reconocidas por la institucionalidad. Al anunciar con autoridad lo que un ser, cosa o persona, es en verdad en su definición social legítima, es decir, lo que está autorizado a ser, lo que tiene derecho a ser, el ser social que tiene derecho de reivindicar, de profesar, de ejercer (en oposición al ejercicio ilegal), el Estado ejerce un verdadero poder creador (Bourdieu, 1997). Por consiguiente, al hablar del Gestor Étnico se habla de lo que se les ha permitido ser a los terapeutas indígenas en el marco de la institucionalidad, de la función que entraran a cumplir en unos itinerarios burocráticos creados para generar vínculos entre indígenas y Estado.

Básicamente la figura del Gestor Étnico es clave en la red burocrática pues se constituye como el puente que permite la relación entre la institución y la población. Es posible entender al Gestor Étnico como un ‘burócrata cercano al ciudadano’ (Lipsky, 1980), el cual “por sus labores se encuentra, como el nombre lo dice, más cercano a las acciones cotidianas de los sujetos” (Lipsky, 1980:182). En cierto sentido, los burócratas cercanos al ciudadano median implícitamente en los aspectos de las relaciones constitucionales de los ciudadanos con el Estado, en síntesis, tienen la llave de una dimensión de la ciudadanía. (Lipsky, 1980:184)

La figura del Gestor Étnico funciona de esta manera porque a pesar de que no está contemplado como un actor constante en el entramado burocrático<sup>33</sup> debido a que su contratación depende del proyecto de turno, cumple la función central de acercar la institucionalidad a los sujetos que hacen parte de su población. Así, reconocer la participación

---

<sup>33</sup> El cual grosso modo condensa las relaciones de la población Kichwa con el Estado a través del cabildo o las instituciones del Distrito, contando con funcionarios como sí lo son la técnica en salud; la promotora de la EPS; el gobernador, entre otros.

indígena en la red burocrática condensa ese interés por acercarse a ese otro diferente a partir de figuras que sean cercanos a este, como los sabedores y las parteras.

En esta medida, los dos sabedores y las dos parteras kichwas, además de ser terapeutas, pasan a ser burócratas encargados de recoger información, portar los documentos, acercarse a su población y servir como cara visible del Estado (Gupta & Sharma, 2006). La clase de encuentros que se realizan en el proyecto de las 30 Familias, por lo tanto, ilustran varias cosas del Estado, pues “las actividades habituales de elaboración de registros, [...] son prácticas cruciales del gobierno que ayudan a reproducir el Estado y su autoridad vertical (y en este caso) la realización de encuestas es un método burocrático de intervención en la vida familiar (Gupta & Sharma, 2006:152).

A pesar de que sean sujetos del mismo pueblo indígena quienes realizan el acercamiento a las familias, esta relación no deja de ser vertical, pues se despliega el poder del Estado representado en la planilla, haciendo uso de la figura diferencial como instrumento que pretende invisibilizar dicha relación. Así los sabedores y las parteras del cabildo no se auto identifiquen como trabajadores del Estado, al ser reconocidos como Gestores Étnicos y no como ‘médicos indígenas’, se termina constriñendo y regulando sus prácticas de sanación y curación en una categoría auto contenida que otorga unas funciones principales. Ésta entonces se puede entender como una expresión clara del poder de la burocracia como poder de instrumento de precisión que se encuentra al servicio de interés de poder (Weber, 1977[2002]:88).

No obstante, a pesar de lo anterior, se debe tener en cuenta que el burócrata cercano al ciudadano, en su papel central dentro del campo burocrático, tiene la capacidad de jugar con las lógicas de dicho campo y sacar provecho de ellas para sí mismo y para la población (Lipsky, 1980). Esto podría entenderse como un aprovechamiento de los ‘márgenes’ que la misma lógica institucional plantea (Puerta, 2004), configurándose como escenarios claves en los que los indígenas pueden movilizar sus intereses.

Por ejemplo, recuerdo que cuando llené la planilla de Fernando a la hora de realizar la Limpia en el cabildo, llegué a una pregunta en la que se indagaba por mis razones para solicitar el procedimiento. Pregunté si estaba bien poner que todo hacía parte del marco de realización de mi trabajo de campo, Fernando se rio y me dijo: *ponga que usted viene de un viaje y llegó muy cargado de energías*. Pero mis dudas no pararon ahí, al pasar a la siguiente

pregunta que cuestionaba sobre el procedimiento realizado, la cual abarcaba un buen campo de la hoja, pregunté si tenía que poner todo lo que había hecho el sabedor, sin embargo, él me dijo que pusiera *Limpia energética*, por lo que le cuestioné si no tendría que ser más detallado:

*Sí tocaría, pero a nosotros no nos parece que sea bueno estar especificando todo en esas planillas porque es que así no funciona la medicina ancestral y hemos aprendido que con la Secretaría no se puede confiar, no toca contarles todo lo que uno hace porque de pronto no les gusta algo, que el uso de la hierba, que donde se hace la Limpia o algo así... donde se den cuenta que hice las limpieas acá en el salón y no en el consultorio me regañan, pero es que cómo la voy a hacer en ese lugar tan pequeño, a mí me gusta más acá porque es amplio y entra buena luz. Ellos ya saben allá a que nos referimos con Limpia entonces no les decimos más y que no molesten.* (Relato de Fernando, sabedor ancestral del cabildo Kichwa)

Aquí Fernando basado en su experiencia de trabajo con la Secretaria de Salud sabe cómo puede, en cierta medida, usar la planilla a su favor y evitar posibles encuentros con la institución, o sea resistirse de alguna manera a esos requisitos burocráticos. A pesar de que la vinculación a la institucionalidad constriñe sus funciones como sabedor, el sabedor logra encontrar puntos de fuga en los que salirse de los lineamientos impuestos por la institución. Lo mismo pasa con el proyecto de las 30 Familias, porque si bien en el marco del proyecto los terapeutas no pueden oficializar muchas de sus prácticas de sanación y curación, el acercamiento a la población si les permite concretar futuros puntos de acción de sus labores terapéuticas, aunque estas sean prestadas sin el apoyo institucional. Por consiguiente, el ejercicio de los conocimientos de medicina ancestral se sigue efectuando al sacar provecho del contacto que genera el proyecto de la Secretaría.

Aun así, en el marco de una articulación de la medicina ancestral indígena al SGSSS todo el escenario expuesto hasta el momento sí supone un problema en los procesos de configuración del llamado SISPI. Las tensiones del reconocimiento, de la manera en la que se contrata al terapeuta indígena, se vuelven centrales en la configuración de un sistema de salud que tenga en cuenta la medicina indígena pues, son esas categorías construidas desde el Estado las que terminan definiendo el tipo de articulación que se está realizando. Por ello, ante este escenario debe resaltarse que el pluralismo de los sistemas médicos debe ser pensado desde las relaciones asimétricas de poder que establecen las diversas practicas entre sí (Pedersen, 1988; Nitcher & Lock, 2002; Martínez, 2009), sobre todo, a través de las

alianzas relativas que puedan establecer con el mismo Estado y las instituciones de control sanitario (Martínez, 2009:35).

Si bien el proyecto de 30 Familias no es aun SISPI, este es contemplado como una experiencia que sirve como ejemplo a la hora de hablar de la articulación entre indígenas y Estado. Son las tensiones frente a la clase de reconocimiento que se da a los terapeutas indígenas las que han sido centrales al comprender la dificultad de configurar el Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena. Ser articulados como gestores y no como médicos constituye para los terapeutas indígenas un problema a la hora de hablar del reconocimiento de su saber, pero adicional a esto una discusión frente a la posición que ocupan en la sociedad, al rol que tienen en espacios como la ciudad y a las alianzas que pueden forjar con el Estado para poder ejecutar sus conocimientos.

Por ello, es central la manera en la que se dan dichas alianzas con el Estado, por lo cual acercarse a las herramientas que permiten las negociaciones en esta materia resulta relevante. Aquí el factor intercultural del SISPI es importante, pues desde el Decreto 1953 se plantea como el mecanismo de encuentro y dialogo con los pueblos indígenas para trabajar, en conjunto con ellos, sobre la configuración del Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena conforme a sus intereses y a los de la institucionalidad. Es decir, se plantea como la herramienta que permite un encuentro horizontal entre dos o más culturas diferentes (Campos, 1999; Fernández, 2006; Caramés, 2006; Baixeras, 2006; Gonzales, 2006; Knipper, 2010). Por consiguiente, ahora será central acercarse al componente intercultural de todo este proceso y su papel en la configuración de las tensiones sobre el reconocimiento.

### **¿Dónde está la interculturalidad?**

Uno de los cuatro principios del SISPI, los cuales hacen referencia a las bases que debe tener ese Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural, es el principio de la interculturalidad, el cual es definido como “la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio” (Decreto 1953, 2014:41). Es decir, aquí la interculturalidad se entiende como el escenario en el que se desarrollan los encuentros entre la población indígena y la institucionalidad para compartir sus saberes de manera armónica e igualitaria.

Esto supone, ver la interculturalidad como una arena en la que se rompen las relaciones jerárquicas o hegemónicas que se reproducen en los encuentros entre institucionalidad y pueblos indígenas, facilitando el reconocimiento de los saberes y prácticas de estos últimos. No obstante, como se ve en el apartado anterior, esa relación hegemónica que impone categorías y oficios específicos parece estar muy latente en los procesos de construcción de proyectos vinculados a la futura consolidación del SISPI. Por ello, ante dicho escenario surgen preguntas por el principio de interculturalidad y cómo este hace presencia en las negociaciones del reconocimiento y la legitimación de las prácticas de sanación y curación del pueblo Kichwa en el proceso de configuración del SISPI.

Finalizando el año 2016, alrededor de los últimos días del mes de noviembre, los funcionarios del cabildo tuvieron una reunión en la Casa Étnica de la ciudad de Bogotá, en la que se pretendía discutir las propuestas, proyectos y lineamientos de política públicas, con la compañía de la Secretaría de Gobierno, para los pueblos indígenas ubicados en la ciudad. En dicha reunión estuvieron diferentes delegados de los cinco cabildos legalmente constituidos y, a su vez, representantes de los diferentes pueblos indígenas quienes, a pesar de no tener un cabildo, se encontraban asentados en la ciudad.

En un consejo de mayores previo a la reunión, se discutieron los temas centrales que se debían tocar y además se escogieron a los diversos equipos que iban a ir en representación del cabildo, pues la reunión iba a estar dividida por grupos temáticos, los cuales eran: 1. Salud; 2. Educación; 3 Desarrollo Económico; 4. Protección Social; 5. Cultura y Recreación; 6. Participación y Gobierno. Además, transversal a estos puntos se hizo referencia a tener claros los indicadores demográficos que harían referencia al estado de cada punto.

El equipo de salud estuvo representado por Mónica y por Fernando, quienes definieron, entre los temas centrales para discutir, la falta de constancia del SISPI; la falta de insumos y la falta de claridad con los lineamientos de los proyectos realizados en materia de salud, pues los dos afirmaron en la reunión que: *nos exigen resultados, pero no nos dan insumos*. Además, el gobernador agregó en la reunión que se debía discutir la manera en la que se estaban reconociendo, es decir, sobre la categoría de ‘Gestor Étnico’ pues afirmó: *es que no nos están llamando como es, y es que ni debería ser médico tradicional sino reconocer que tenemos conocimiento en salud*.

Pues bien, a la reunión en la Casa Étnica no pude asistir pues era expresamente para funcionarios de los cabildos y representantes indígenas. Sin embargo, Mónica me contó:

*Se suponía que la idea del espacio era recoger las acciones afirmativas que cada cabildo había construido en cada uno de los ejes que se trabajaron para con ellas construir los planes de trabajo del distrito. Pero, el plan de trabajo ya venía hecho, ¿por quién? No lo sé, pero la reunión funcionó más para escuchar propuestas, pero al final contarnos que ya se había hecho un plan y que serían en cuenta nuestras sugerencias... o sea lo que fuimos fue a dar sugerencias... no entiendo entonces cual era el reconocimiento que nos querían dar, porque al final no trabajamos en grupo para construir las acciones afirmativas, prácticamente nos citaron para decirnos qué vamos a hacer el próximo año. Y es que ni siquiera hablamos con alguien de la Secretaría de Salud o algo así porque las que estaban eran dos niñas de la Secretaría de Gobierno, nos dieron a cada equipo uno papeles donde estaban las acciones afirmativas en salud y unas hojas para poner si estábamos de acuerdo o no y al final pasaron preguntando en cada grupo lo que se había discutido y ya. O sea, nos dejaron prácticamente solos. (Relato de Mónica, Técnica de Salud del cabildo Kichwa)*

Dentro del marco de la interculturalidad, podría entenderse que la reunión de la Casa Étnica respondía al intento por configurar un espacio de discusión intercultural, pues estaban los múltiples pueblos indígenas que se encuentran en Bogotá y la institucionalidad representada desde los funcionarios de la Secretaría. Sin embargo, lo dicho por Mónica permite entender que este espacio lejos de ser un escenario de diálogo y concertación, basado en una relación horizontal no jerárquica, fue más un escenario en el que se acentuó la relación de poder de las instituciones del Estado sobre la población indígena. Este sirvió más como una socialización de parámetros ya definidos desde la institucionalidad, donde la participación indígena se resumía en sugerencias a lo ya definido y no a partir de una intervención directa en la realización de los lineamientos por definir.

Esta clase de escenarios también nos hablan del tipo de reconocimiento que se da al indígena desde la institucionalidad. Lo que se puede afirmar es que, enfocándonos en su participación en la configuración de acciones y proyectos que tienen que ver con la diferencia cultural, a los indígenas “se les atribuye el rol de usuarios [...] en la definición de los programas y, eventualmente, en su evaluación” (Puerta, 2004:88). Es decir, el rol que supone el enfoque intercultural como agentes centrales en la construcción y ejecución de los programas y proyectos prácticamente es nulo.

Dicho lo anterior, nos quedamos con una interculturalidad que lejos de plantear una comunicación armónica y horizontal entre población indígena e instituciones del Estado, lo

que tenemos es una comunicación llena de relaciones de poder, donde el poder hegemónico del Estado sigue intacto y la diferencia cultural se sigue construyendo a partir del poder hegemónico (Menéndez, 2006; Ariza, 2007). En otras palabras, este tipo de interculturalidad podría entenderse como una interculturalidad funcional (Walsh, 2009; 2010) en la que se promueve un reconocimiento e inclusión de la diferencia cultural impuesto sobre la aceptación de las reglas de juego del modelo social vigente (Soria, 2014:46), es decir, sin la eliminación de ciertas condiciones de conflictividad y poder.

Tras esto lo que se puede afirmar es que la interculturalidad plantea más un escenario problemático pues lejos de romper las barreras del poder y la jerarquía cultural, las invisibiliza en un discurso de armonía y fraternidad (Menéndez, 2006). Aun así, si seguimos a Walsh (2009; 2010), pueden existir otros tipos de interculturalidad basados en un ataque discursivo a dichos escenarios de poder hegemónico. Así se expone la interculturalidad crítica como una acción de desnaturalización de los mecanismos epistemológicos y políticos que han construido la diferencia como desigualdad, dicha desnaturalización permitiría el entendimiento de la estructuración de la desigualdad y, en ese sentido, plantea la posibilidad de creer en una articulación de prácticas y concepciones dirigidas a fundar cambios en la estructura de la sociedad (Soria, 2014:51).

La pregunta aquí sería ¿acaso el SISPI puede suponer la creación de un espacio de interculturalidad crítica? Pues bien, está clara cuál es la noción de interculturalidad que se tiene desde esta política y la manera en la que ésta se materializa en la realidad, pero también en el transcurso de esta tesis se han mostrado las distintas formas en las que, en este caso, la población Kichwa y los funcionarios cercanos a la configuración del SISPI, juegan con las condiciones otorgadas por la institucionalidad para materializar sus intereses. Si volvemos al primer capítulo, podemos hablar de un interés por configurar esta clase de espacios con la institucionalidad para sacar provecho de ello y, en cierta medida, librar una batalla por el reconocimiento indígena desde las mismas lógicas del Estado, incluso se hace referencia al intento de lograr cambios estructurales en la organización institucional con la articulación progresiva del saber indígena.

Esto en cierta medida podría ligarse con discursos que apelan a esas características de la intercultural crítica, desde la que se aprovecha el contacto con esas fuerzas hegemónicas para desnaturalizar el orden social establecido (Walsh, 2006; 2009; Walsh *et al*, 2006). No

obstante, en la arena del SISPI se puede seguir desarrollando más paradojas en torno al valor de la interculturalidad. Una de ellas es precisamente la lógica institucional en la que al final terminan inmersas las relaciones interculturales y los intentos por materializar acciones de interculturalidad crítica, por lo cual un proyecto político de estas características no reduce la praxis política a la ingenua idea de transparencia entre teoría-práctica-transformación. Es decir, la interculturalidad al final resulta ser un proceso que tiene que lidiar permanentemente con el carácter sedimentado de cosmovisiones, prácticas e instituciones instauradas por la lógica de la institucionalidad (Bolados, 2012; Soria, 2014).

Si volvemos a la característica de los proyectos sobre medicina indígena impulsados desde la Secretaría de salud podemos identificar que las relaciones interculturales se dan en el campo burocrático, desde los diferentes contactos que tienen los funcionarios entre sí y con la población en cuestión. Por ejemplo, en el proyecto de 30 Familias se pueden delinear una serie de ‘itinerarios’ en la red burocrática en los que se movilizan los funcionarios y los terapeutas indígenas involucrados. Primero son los sabedores y parteras quienes, como Gestores Étnicos, se encargan de acercarse a la gente de su pueblo, la información que recogen es transmitida a Mónica, quien luego la lleva a su jefe no indígena, la coordinadora de la Subred Norte, entre ellas dos dialogan sobre dichos datos y, en otros informes, condensan lo que para ellas resume la información recolectada por los gestores. Dichos informes son enviados a la Secretaría de Salud donde llegan a manos de Johanna Cabiativa, indígena Muisca, quien de igual manera se encarga de revisar lo enviado y condensarlo en otro tipo de informes generales frente al proyecto en Bogotá. Luego de Johanna vienen otra serie de funcionarios no indígenas vinculados al laboratorio de Salud Pública y encargados de revisar el cumplimiento de las acciones y, por lo tanto, la vigencia de los mismos.

Este escenario, como afirma Bolados (2012), nos permite plantear a la salud intercultural como un ‘subcampo’ del campo burocrático (Bolados, 2012:137) en el que se configuran una serie de profesionales en la materia quienes en medio de toda una red de contacto movilizan la diversa información que obtienen sobre las prácticas de sanación y curación indígena. Eso, además de generar un campo de flujo de información, permite la configuración de estrategias orientadas a regular las prácticas curativas indígenas y desplazar el espacio terapéutico tradicional hacia formas y lugares instituidos por la burocracia estatal de la salud pública (Bolados, 2012).

La funcionalidad de los Gestores Étnicos, así como la de todos los funcionarios presentes en el cabildo indígena, adquiere más fuerza e importancia pues esas relaciones interculturales en la burocracia obligan a la creación de facilitadores o ‘expertos de la interculturalidad’ (Bolados, 2012) quienes permiten el contacto entre población étnica e institucionalidad. No obstante, la lógica del mismo sistema termina por constreñir las funciones de dichos facilitadores pues son “absorbidos por la burocracia del sistema público de salud, quedando muchas veces limitados solo a funciones administrativas” (Bolados, 2012:138) y, como se veía en el caso de la reunión de la Casa Étnica, dichos equipos locales son marginados de los procesos de producción de conocimiento (Bolados, 2012:142).

Por tanto, es posible hablar de unos ‘itinerarios burocráticos de la interculturalidad’ a partir de los cuales es posible rastrear las experiencias interculturales con relación a la estructura y lógica del sistema. A través del acercamiento analítico a dichos escenarios es posible encontrarse con los diferentes efectos de estas políticas en la vida de los sujetos, por ejemplo, las tensiones sobre el reconocimiento. En esta medida, a diferencia de Abadía y Oviedo (2009) quienes hacen referencia a unos itinerarios burocráticos de la enfermedad para referirse a las experiencias de los enfermos con la estructura del Sistema de Salud, me refiero a unos itinerarios burocráticos de la interculturalidad para apuntar a esos encuentros de tipo intercultural relacionados con la estructura del Sistema.

Son entonces los encuentros entre funcionarios los que terminan consolidando ese componente intercultural en políticas como el SISPI, por lo que lejos de ser horizontales y armónicos están cargados de todo el peso jerárquico de las redes burocráticas. Dicha característica nos puede hablar también de la dificultad por consolidar ese Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural, pues su configuración esta imbuida en toda una lógica burocrática que constriñe el rol del indígena, por lo que el componente participativo de políticas como el SISPI queda prácticamente difuso.

Se podría concluir que desde la institucionalidad la interculturalidad funciona más como un nuevo arte de gobierno (Foucault, 1978), en el que la diferencia cultural aparece tanto como una estrategia de incorporación de los indígenas a las políticas neoliberales actuales, así como un mecanismo sociopolítico a través del cual regular la vida de estas poblaciones (Boccara 2007). Sin embargo, esta, al tiempo, en el campo burocrático obliga a la inclusión de esos actores diferenciales quienes, desde su experiencia con el sistema y su

lógica, empiezan a movilizar sus intereses jugando con los márgenes que el mismo campo burocrático les plantea.

En este orden de ideas, la interculturalidad inmersa en el campo burocrático permite contener la figura del indígena dentro de las lógicas y funcionamiento del Estado, vuelve funcional la presencia del sujeto diferencial en la amplia red burocrática, delegándole tareas que responden a un interés estatal por gobernar la diferencia. Pero, al tiempo, permite que los indígenas se muevan dentro de esa red y movilicen sus intereses e ideas conforme a los márgenes que pueden ir encontrando.

Por tanto, efectivamente la interculturalidad en la configuración del SISPI no es ese campo armónico que basado en la igualdad rompe con las relaciones hegemónicas entre Estado e indígenas. Más bien es un escenario en el que si hay un encuentro cultural, pero que está cargado de relaciones de poder y de diversos intereses que se transforman a medida que se movilizan dentro unos itinerarios en los que se negocia el reconocimiento diferencial. Es por ello que pensar en unos itinerarios burocráticos de la interculturalidad permite dar cuenta de esas negociaciones y tensiones que se dan en los encuentros burocráticos entre indígenas y funcionarios del Estado a la hora de hablar de la diferencia cultural.

### **Reconocer no es lo mismo que legitimar**

A manera de conclusión, lo discutido en este capítulo muestra que la configuración del SISPI se ha dificultado por las tensiones y los desencuentros que se han dado entre los actores a la hora de materializar esa articulación entre indígenas y Estado. Son los intentos por parte de la institucionalidad de crear las bases de ese Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural los que nos permiten identificar que la lucha por la configuración de esta política trasciende a una lucha por el reconocimiento diferencial. Es precisamente esta lucha la que más tensión genera entre los involucrados en la configuración de la política, pues el reconocimiento comprende al final la manera en la que se legitima un rol o no desde la institucionalidad.

Los intentos por articular los saberes y los actores de la medicina ancestral indígena con el SGSSS son centrales a la hora de hablar del reconocimiento de estos por parte del Estado. Por lo tanto, al articularse los sabedores y las parteras bajo la figura de ‘Gestores Étnicos’ lo que se termina es reconociendo una nueva figura que es funcional para los intereses del Sistema. Dicha figura no desconoce un carácter diferencial, pues se vuelve

central para el Estado configurar funcionarios reconocidos como indígenas que permitan el acercamiento a la población diferencial (Bolados, 2012). Sin embargo, en el marco del reconocimiento de las prácticas de sanación y curación estas parecen quedar en un segundo plano, pues se privilegian los elementos que resalta el valor que como ‘burócratas cercanos al ciudadano’ (Lipsky, 1980) tienen los terapeutas indígenas.

En este sentido, el reconocimiento de la existencia de una medicina ancestral, de unas prácticas diferenciales en sanación y curación no implica la legitimidad de estas últimas, pues al final se terminan acentuando otro tipo de elementos que se vuelven centrales en el funcionamiento burocrático del Estado. Como se analizó la articulación de indígenas con el Estado se hace conforme a los lineamientos que se estipulan desde la institucionalidad en proyectos o acciones afirmativas, donde los indígenas, y en este caso sus representantes, terminan cumpliendo el rol de usuarios sobre los que recae la política y no como constructores de la misma (Puerta, 2004).

Es por ello que las prácticas de sanación y curación continúan ejerciéndose desde los escenarios de la vida privada tanto de los terapeutas como de quienes deciden acceder a ella. Aunque se percibe como central el apoyo del Estado, ya que este se entiende como el que otorga el recurso y la legitimidad para abordar espacios institucionales de la salud, el funcionamiento burocratizado de este termina constriñendo la figura del indígena en categorías auto contenidas. Por ello, lo que se puede afirmar es que el Estado ha sido incapaz de leer las prácticas de sanación y curación indígenas, producto de lo diferente en los mecanismos de legitimación del conocimiento por parte de la institucionalidad y por parte de los pueblos indígenas.

Pero, además, lo que termina arrojando experiencias como el proyecto de 30 Familias es la manera en cómo se posicionan una práctica médica frente a la otra, todo en relación con su vínculo con el Estado (Martínez, 2009). En este sentido, la articulación de los saberes indígenas se piensa en relación con la posición ‘privilegiada’ que ocupa la medicina alopática. Es decir, desde los terapeutas indígenas, se habla de la necesidad de un reconocimiento en el que la medicina indígena no esté relegada a la medicina alopática en términos de legitimidad, representada esta, por ejemplo, en los sueldos y el reconocimiento profesional. Esto básicamente lo que termina generando es una serie de negociaciones con el

Estado que pretenden forjar unos vínculos con este en los que se establezca un reconocimiento a la igualdad en medio de la diferencia (Restrepo, 2008)

Ahora, aunque la interculturalidad es pensada como esa herramienta que permita que las diferencias culturales no sean una limitante a la hora de forjar un dialogo directo con la población indígena, es esta misma imbuida en la lógica burocrática la que termina remarcando esos problemas frente al reconocimiento. Se pueden trazar entonces unos itinerarios burocráticos de la interculturalidad, en los que es posible ubicar toda una red en la que los burócratas tanto indígenas como no indígenas movilizan información con relación a la población diferencial. Sin embargo, desde esta red burocrática intercultural, los distintos actores inmersos en esta movilizan sus propios intereses y sus ideas sobre la medicina, la sanación y la curación, y, en síntesis, sobre lo indígena, configurándose todo un aparato burocrático indígena que en este caso está representado en el sector salud pero que podría ser pensado en otros espacios de la vida institucional del Estado.

## CONCLUSIONES

La configuración del Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena está atravesada por una serie de negociaciones y tensiones entre los funcionarios del Estado y los funcionarios/miembros del cabildo Kichwa de Bogotá. El SISPI en su configuración condensa diversos elementos que nos muestran la manera cómo se relacionan los indígenas con el Estado, todo esto en el marco de la lucha por el reconocimiento de su figura como sujetos diferenciales. En el caso del pueblo Kichwa, esta lucha se da por el reconocimiento de ser un pueblo indígena que a pesar de habitar en la ciudad, y tener una amplia red de migraciones transnacionales, tiene unas especificidades que los hacen acreedores de unos derechos diferenciales aun en el campo de la urbe.

El SISPI, más que ser una política que plantea reconocer las prácticas de sanación y curación indígena, lo que termina englobando es todo un escenario en el que el reconocimiento diferencial es central. Por ello, la lectura institucional de una serie de prácticas diferenciales en salud al final termina apuntando a esa legitimación que otorga el Estado sobre lo indígena y su entendimiento ante esta figura. En el caso del SISPI entonces es en las prácticas de sanación y curación en las que reposa esta discusión.

De esta manera, en el SISPI es la figura de la medicina ancestral, sus prácticas y sus actores, en los que recaen las negociaciones entre los involucrados en la configuración de la política. Sobre la medicina ancestral se juegan las distintas cartas que los actores tienen a la hora de negociar la manera en la que se definen unos elementos de indigeneidad que se articulan a la institucionalidad y a su funcionamiento. Lo que permite identificar este escenario es que por esas negociaciones, y por las diversas percepciones e intereses que movilizan los actores en la configuración de la política, existen múltiples formas de pararse ante la medicina ancestral generando una diversidad de entendimientos y usos sobre esta categoría.

Es la medicina ancestral entonces, por parte del Estado un intento por reconocer lo indígena, contenerlo y controlarlo a partir de su articulación en sus lógicas y funcionamientos. Se busca ‘reforzar la medicina ancestral’ para aprovechar esta como herramienta que permita el acercamiento a esos sujetos diferenciales, y a su vez para aprovechar los espacios que esta va ganando en contextos como la ciudad.

Sin embargo, en el caso del pueblo Kichwa, la medicina ancestral también es un elemento de diferenciación cultural que en la ciudad se resalta para denotar las diferencias que existen entre lo que es indígena y lo que no lo es. Pero, también, de la mano de este uso, la medicina ancestral funciona como herramienta para ganar espacios políticos dentro de las instituciones del Estado. Es el poder de la puesta en escena de esa medicina ancestral, a partir de unos actores, elementos y discursos claves, lo que permite que los indígenas se abran paso a nuevos espacios en la ciudad que emergen producto de las dinámicas y los problemas que encierran estos escenarios, como, por ejemplo, la llamada crisis del Sistema de Salud.

Así pues, sentirse susceptible de llamar a las prácticas de sanación y curación indígenas como ‘medicina ancestral’ responde a un escenario en específico en el que se encuentran los indígenas. Por ejemplo, en el caso del cabildo Kichwa de Bogotá reconocer la existencia de una medicina ancestral indígena, que es propia y diferente a lo ofrecido por el Sistema de Salud del país, responde precisamente a ese escenario en el que es central el reconocimiento de la diferencia y la obtención de espacios de participación de lo indígena en la dinámica de las ciudades.

Esto, a su vez, nos habla de cómo en la ciudad, en la que existe una pluralidad de prácticas de sanación y curación que coexisten en el espacio, existe una tendencia por equiparse con la medicina alopática, producto de la posición que esta ocupa en la legitimación estatal. En consecuencia, debido a la alianza que existe entre la medicina alopática y el Estado (Martínez, 2009) las relaciones que se empiezan a dar entre Sistema de Salud y saberes indígenas inevitablemente están atravesadas por la necesidad de medir la legitimidad de estos últimos en relación con la alopátia. Por ello, al hablar de una medicina ancestral se hace referencia a lo que es legítimo institucionalmente, pero al tiempo a lo que es culturalmente diferente.

Lo anterior también responde a la necesidad por adquirir o mantener un estatus específico que da el ejercer la llamada medicina ancestral. Si nos fijamos en los relatos de Fernando, por ejemplo, es posible rastrear el rol del sabedor, más que como terapeuta, como representante y líder del cabildo indígena. En esta medida, el médico ancestral además de hacer de las funciones de terapeuta también cumple con un rol central en la estructura organizativa de las poblaciones indígenas en el contexto de la ciudad, pues desde su figura

se reproducen una serie de valores, características y discursos que pretenden definir la especificidad cultural de cada pueblo.

Aquí la figura del cabildo indígena como institución es central, ya que es desde este lugar en el que se gestiona y movilizan nociones sobre lo indígena y, en este caso, sobre la medicina ancestral. El mismo cabildo Kichwa ha dado centralidad a sus sabedores y parteras como símbolos de su comunidad, pero más que ello, como parte de su organización como institución. Tener unos terapeutas reconocidos y definidos sirven, en este caso, como instrumento para encontrarse con el Estado y responder a lo que este último espera de los pueblos indígenas para que se pueda generar un reconocimiento a su diferencia cultural.

En síntesis, acercarse críticamente al manejo de los temas de salud en el cabildo nos permite también comprender y problematizar la organización estructural del mismo. Me atrevo a afirmar esto pues, además de la relevancia que tienen los terapeutas en el cabildo, también existe todo un aparato de funcionarios que trabaja en función de los temas de salud. Es entonces la salud, su acceso, su control, una agenda clave que remite a las relaciones que se dan entre el cabildo y otras instituciones del Estado, como la Secretaría de Salud, que otorgan recursos, proyectos, permisos, etc. En consecuencia, son las relaciones en torno a la salud las comprenden una buena parte de los encuentros que se dan en las estructuras burocráticas del Estado.

En este sentido, pensar en una articulación de los saberes indígenas con las lógicas del Estado es una discusión que debe ser mirada con lupa, pues en esta se plasman las diferentes nociones sobre lo que se entiende como medicina ancestral y los distintos usos que se le dan a esta. Además, aquí toma relevancia la manera en la que se legitima o no un conocimiento, pues la forma cómo se entienden esas articulaciones al final lo que nos muestra es, por un lado, cómo el indígena quiere ser reconocido y, por el otro, cómo el Estado hace funcional el reconocer a una figura diferencial dentro de su lógica y funcionamiento.

Los problemas en la articulación que plantea el SISPI, como el reconocimiento de los terapeutas indígenas como Gestores Étnicos, lo que nos terminan mostrando al final son esos desencuentros que se dan entre la lectura institucional y la lectura indígena de las cosas. Queda clara entonces la incapacidad del Estado por entender las prácticas de sanación y curación indígenas debido a que sus mecanismos de legitimación del conocimiento difieren a los mecanismos utilizados en estos pueblos étnicos. Pero además, es la manera en la que el

Estado hace funcional el reconocimiento diferencial lo que más genera malestar, pues más que legitimar una serie de prácticas y saberes lo que se termina haciendo es configurar una figura burocrática que sirve en el objetivo de acercar el Sistema a esos otros sujetos diferenciales.

Desde el SISPI se creería que el componente intercultural de la política pretende luchar contra dichos desencuentros. Sin embargo, lo que arroja esta investigación es que, al igual que otras políticas de la diferencia, el SISPI termina en una paradoja en la que se vale de la interculturalidad para basar el carácter participativo e incluyente de las poblaciones indígenas pero que al final termina reducido por la lógica burocrática de las instituciones del Estado. Es decir, la interculturalidad, en este caso, termina imbuida en la red burocrática de funcionarios quienes en sus encuentros materializan ese componente intercultural.

Lo que permite ver la configuración del SISPI es que para estas políticas se conforma una especie de ‘aparato indígena burocratizado’, en el que se forman unos funcionarios indígenas que representan a esa comunidad diferencial ante el Estado y, por lo tanto, tienen la facultad de encontrarse con los funcionarios de las otras instituciones estatales. Precisamente, tras lo analizado en este trabajo, son esos encuentros a los que se reduce el componente intercultural. Por ello, las relaciones interculturales lejos de ser horizontales, armónicas y libres de relaciones de poder, en el aparato burocrático están cargadas de esa lógica jerarquizada que caracteriza el funcionamiento del Estado colombiano.

Por consiguiente, apunto a que es posible hablar de unos ‘itinerarios burocráticos de la interculturalidad’, en los que es posible rastrear los encuentros entre funcionarios indígenas y no indígenas. Son estos itinerarios los que pueden permitir problematizar aún más las relaciones existentes entre indígenas y Estado en el marco de la burocracia y de la configuración de políticas de carácter diferencial. Así, como categoría analítica esos itinerarios burocráticos de la interculturalidad, en el caso del SISPI por ejemplo, permiten afirmar que el reconocimiento diferencial lejos de ser algo resuelto, con la creación de políticas dirigidas a población indígena o con la consolidación de instituciones como los cabildos, es todavía un problema muy latente en Colombia, más aun en los espacios de la ciudad que siguen siendo escenarios en los que se crean ‘nuevos ordenes de realidad sobre lo indígena’ (De la Cadena & Starn, 2007; Martínez, 2009)

Ahora es el carácter burocrático, del funcionamiento de las instituciones estatales, central en la discusión general sobre la configuración del SISPI. A pesar de que esta política parece ser invisible ante la falta de poder ubicarla materialmente en proyectos, acciones concretas o incluso instituciones formalmente establecidas, lo que se puede afirmar tras estas líneas es que el SISPI puede ser rastreado a partir de las densas redes burocráticas conformadas por todo un aparato de funcionarios que movilizan información e intereses relacionados con la configuración de esta política. Es decir, el SISPI lejos de ser un fantasma o un proyecto fallido, es más bien una idea que viaja a través de la burocracia institucional.

Lo que nos termina mostrando entonces la configuración del SISPI, a través de la experiencia del cabildo Kichwa CAMAINKIBO de Bogotá, es la manera como se movilizan distintas ideas sobre la sanación y la curación; el Sistema de Salud colombiano; el Estado y lo indígena. Las negociaciones y tensiones que subyacen ante la configuración de esta política son un escenario clave para acercarse a la manera cómo estos elementos son centrales en las discusiones sobre el reconocimiento diferencial y sobre la manera como se tejen lazos entre el Estado y los sujetos.

La invitación ahora es a seguir explorando más escenarios de esta clase que permitan seguir problematizando las relaciones entre indígenas y Estado. Por ejemplo, en el caso de la población Kichwa resulta interesante profundizar en el carácter transnacional de esta población. Si bien en mi análisis este aspecto fue explorado de manera general, es necesario problematizar la manera en la que esta característica influye en las relaciones que se dan entre este grupo indígena y sus vínculos con los distintos sistemas de salud con los que se topan en sus redes migratorias.

Dichas relaciones nos pueden dar más luces sobre cómo este grupo itinerante se relaciona con las instituciones del Estado en medio de sus rutas de migración y, a su vez, cómo esas relaciones con los sistemas de salud pueden influir en esas rutas. Por ejemplo, vale la pena resaltar que muchas de las ideas que en el cabildo Kichwa se mueven sobre el SISPI están mediadas por las posibilidades de conocer las experiencias de articulación de saberes indígenas con los sistemas de salud de otros países, como Ecuador o México, que han tenido el gobernador o los sabedores a partir de sus redes migratorias.

Esta sugerencia surge también del entendimiento de que la salud es un tema transversal en distintos escenarios sociales, con muchas aristas y problemáticas. Por lo tanto,

lo que sugiero es seguir explorando la arena de las relaciones de los sujetos con los sistemas de salud para profundizar en el entendimiento de las estructuras sociales; los encuentros con el Estado; la consolidación de políticas públicas y su impacto en la vida cotidiana de los sujetos, etc.

## BIBLIOGRAFIA

**Abadía, César; Oviedo Manrique, Diana** (2009). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. No. 18.

**Abadía, Cesar** (2011) Privatización del Derecho a la Salud e Intereses Transnacionales. Sobre la relación multiculturalidad estado. En: *La Multiculturalidad Estatalizada. Indígenas, afrodescendientes y configuraciones de estado*. Instituto Colombiano de Antropología (ICANH). Bogotá.

**Abrams, Philip** (2015). “Notas sobre la dificultad de estudiar el estado”. En: *Antropología del estado. Abrams, Philip, Akhil Gupta, Timothy Mitchell, Marco Palacios, Marcela Pimentel y Fausto Trejo*. Págs. 17-70. Ciudad de México. Trejos - Fondo de Cultura Económica.

**Agudelo, Diana** (2013). “Yajé y Curación Entre Foráneos Imaginados: religiosidad, verticalidad y tensión itinerante. En: *Salud, Normalización y Capitalismo en Colombia*. Págs. 147 – 174. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.

**Ariza, John F, et al** (2007). Cartilla de Fortalecimiento de la Medicina Tradicional de la Comunidad Indígena Kichwa de Bogotá. Secretaría de Salud de Bogotá. Ed. Guadalupe.

**Ariza, John y Mario Hernández** (2008). “Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007”. En: *Revista Salud Pública*. No. 10. Págs. 58 – 71. Bogotá.

**Baer, Hans; Merrill Singer and Ida Susser** (2003) *Medical Anthropology and the World System*. Westport, CT: Greenwood Publishing Co.

**Baixeras, José L.** (2006). “Salud Intercultural: Relación de la medicina Kallawayá con el sistema de salud pública en San Pedro de Curva”. En: *Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Págs. 271 – 287. Quito. Abya Yala

**Barraza, Rodrigo** (2015). “La Mesa Permanente de Concertación y La Escuela Intercultural de Diplomacia Indígena: Apuntes para una interculturalidad crítica”. En: *Diferentes Maneras de Conocer. Las experiencias recientes de la Escuela Intercultural de Diplomacia Indígena*. Págs. 37 – 66. Bogotá. Universidad del Rosario

**Bigenho, Michelle** (2007). “Bolivian Indigeneity in Japan: folklorized music performance”. En: *Indigenous Experience Today*. Págs. 247 – 275. New York. Ed. Berg.

**Blom Hansen, Thomas; Steputtat, Finn** (2001). “Introduction”. En: *States of Imagination Ethnographic explorations of the post-colonial state*. Chicago. Duke University Press

**Bocarejo, Diana** (2011). “Emancipation or Enclosurement? The Spatialization of Difference and Urban Ethnic Contestation in Colombia”. En: *Antipode*. Vol. 44 No. 03. Págs. 663- 83.

- Boccaro, G.** (2004). “Del buen gobierno en territorio mapuche. Notas acerca de una experiencia en salud complementaria”. En: *Cuadernos de Antropología Social*. No. 20. Págs. 113-129.
- Bolados, Paola** (2012). “Neoliberalismo Multicultural en el Chile Postdictadura: La política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas”. En: *Chungura, Revista de Antropología Chilena*. Vol. 44. No. 1. Págs. 135 – 144.
- Bourdieu, Pierre.** (1997). “Espíritu de estado: Génesis y estructura del campo burocrático”. En: *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Págs. 91-138. Barcelona. Anagrama.
- Bosa, Bastian** (2015). “¿Quiénes son los Indígenas? Redefinir la Definición de la Definición”. En: *Diferentes Maneras de Conocer. Las experiencias recientes de la Escuela Intercultural de Diplomacia Indígena*. Págs. 11 – 36. Bogotá. Universidad del Rosario
- Briones, Claudia Lorena Cañuqueo; Laura Kropff y Miguel Leuman** (2007). Escenas del multiculturalismo neoliberal. Una proyección desde el Sur En publicación: *Cultura y Neoliberalismo*. Grimson, Alejandro. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Buchely, Lina.** (2015). *Activismo burocrático: la construcción cotidiana del principio de legalidad*. Bogotá. Universidad de los Andes. Ediciones CIJUS.
- Caicedo, Luz Piedad** (2010). Los kichwa-otavalos en Bogotá. En: *Niñez indígena en migración. Derechos en riesgo y tramas culturales*. Págs. 139 – 226.
- Callahan, Mollie** (2006). “El Hospital Kallawaya ‘Shoquena Husi’ de Curva: Un experimento en salud intercultural”. En: *Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Págs. 289 – 304. Quito. Abya Yala
- Campos, Roberto** (1999). “La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina”. *Salud Pública*, Año 4, N° 7, pp. 75-81
- Caramés, María Teresa** (2006). *Salud e Interculturalidad: Reflexiones en torno a un caso*. En: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Págs. 109 – 114. Quito. Ecuador. Abya Yala
- Cardona, Jaiberth.** (2012). “Sistema Medico Tradicional de Comunidades Indígenas Emberá – Chamí del Departamento de Caldas – Colombia”. Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad de Antioquia.
- Chávez, Margarita & Zambrano, Marta** (2006). “From Blanqueamiento to Reindigenización: Paradoxes of mestizaje and multiculturalism in contemporary Colombia”. En: *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*. Vol. 80.

**Comas, Dolors** (2002). “La Globalización ¿Unidad de Sistema?: Exclusión social, diversidad y diferenciación cultural en la aldea global”. En: *Los Límites de la Globalización*. Págs. 85 – 101. Barcelona.

**De la Cadena, Marisol; Starn, Orin** (2007). Introduction. En: *Indigenous Experience Today*. Págs. 1 – 32. New York. Ed. Berg.

**Del Cairo, Carlos** (2011). Las Jerarquías Étnicas y la Retórica del Multiculturalismo Estatal en San José del Guaviare. En: *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 47. No. 2. Págs. 123 – 149.

**Del Cairo, Carlos y Esteban Rozo** (2005). Políticas de la Identidad, Ciudadanía Intercultural y Reivindicaciones Territoriales Indígenas en dos Localidades Amazónicas. En: *Universitas Humanística*. No. 61. Págs. 107 – 134.

**Fernández, Gerardo** (2006). “Al Hospital Van Los Que Mueren”: Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. En: *Salud e Intercultural en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Págs. 317 – 336. Quito. Ecuador. Abya Yala

**Foucault, Michel**. [1978] (1999). La gubernamentalidad. En: *Estética, ética y hermenéutica. Obras Esenciales. Volumen III*. Pp. 175-197. Paidós. Barcelona.

**Gonzalez, Gustavo, et al** (2010). The World Summit of Harmonization on Traditional, Alternative and Complementary Medicine (TACM) in Lima, Peru. En: *eCAM*. 7(2). Págs. 271–275

**González, María** (2006). Y sin embargo son ellas las que más hacen por la “Salud Intercultural”. En: *Salud e Intercultural en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Págs. 305 – 316. Quito. Ecuador. Abya Yala

**González, Angélica** (2010). Derecho a la Salud de los Grupos Étnicos en Bogotá: Análisis de la política pública en salud distrital 2004 – 2007. Bogotá. Facultad de Jurisprudencia. Universidad del Rosario.

**Gracia, Michelle** (2017). Kichwa-Bogotá: Indígenas extranjeros en el marco del multiculturalismo colombiano. Tesis de maestría. Universidad del Rosario.

**Gupta, Akhil and Sharma, Aradhana** (2006). “Globalization and Postcolonial States”. En: *Current Anthropology*. Págs. 277 – 307. No.47 (2)

**Gupta, Akhil** (2012). *Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*. Durham. Duke University Press.

**Hernández, Adriana** (2006). Aproximación a la realidad sociolingüística de la comunidad kichwa-otavalo de Bogotá 2006. Disertación de maestría, Universidad Nacional de Colombia

**Huarcaya, Sergio** (2015). “Performativity, Performance, And Indigenous Activism in Ecuador and the Andes”. En: *Comparative Studies in Society and History*. Vol. 57. No. 3. Págs. 806 – 837.

- Jaramillo**, Pablo (2011). Reparaciones indígenas y el giro del “giro multicultural” en La Guajira, Colombia. En: *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 47. No. 2. Págs. 151 - 171.
- Kleinman**, Arthur (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley. University of California Press.
- Kleinman**, Arthur (1995). *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley. University of California Press.
- Knipper**, Michael (2010). Más Allá de lo Indígena: Salud e Interculturalidad a Nivel Global. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. No. 27. Págs. 94 – 101.
- Leal**, Alejandra (2006). “Burocracia, Justicia y Pluralismo Jurídico: Una exploración de los espacios de poder en Oaxaca”. En: *Alteridades*. Págs. 39 – 48. Vol. 16. No. 31
- Lipsky**, Michael (1980). El papel crucial de los burócratas cercanos al ciudadano. En: *Las Burocracias*. Akhil Gupta, Aradhama Sharma, Michel Lipsky y Charles Wright Mills, Lina Buchely (Estudio Preliminar). Págs. 181-205. Bogotá. Universidad de los Andes – Siglo del Hombre.
- Lurduy**, Rodrigo, et al (2016). Desarrollo Social y Salud Pública. Reflexiones en torno a la Interculturalidad. En: *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 34(3). Págs. 380-388.
- Maldonado**, Gina (2004). Comerciantes y viajeros: de la imagen etnoarqueológica de “lo indígena” al imaginario del Kichwa Otavalo “universal”. Quito: Abya-Yala.
- Martínez**, Santiago (2009). Poderes de la Mimesis: identidad y curación en la comunidad indígena muisca de Bosa. Facultad de Ciencias Sociales. Bogotá. Universidad de los Andes.
- Menéndez**, Eduardo (2006). *Interculturalidad, ‘Diferencias’ y Antropología At Home. Algunas cuestiones metodológicas*. En: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Ediciones Abya – Yala. Quito.
- Menéndez**, Eduardo (2016). Salud Intercultural: Propuestas, acciones y fracasos. En: *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1). Págs. 109-118.
- Menéndez**, Eduardo (2017). Antropología de la Salud de las Americas: Contextualizaciones y sugerencias. En: *SALUD COLECTIVA*. 13(3). Págs. 353-357.
- Meñaca**, Arancha (2004). “Salud y Migraciones: Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Págs. 53 – 65. Quito. Ed. Abya Yala.
- Miranda**, Néstor. (1984). “Apuntes para la historia de la medicina en Colombia”. En: *Ciencias, Tecnología y Desarrollo*. Vol.8. Págs. 121 – 209.
- Molina**, Hernán. (2007). “Nuevos escenarios de vida indígena urbana: el caso de Bogotá: Síntesis del trabajo realizado con los Cabidos indígenas urbanos en la capital de la república

en los meses de mayo y junio de 2006”. En: *Actualidad política participación en la ciudad indígenas de América investigación documentos*. Págs. 101 – 115.

**Muñoz, J.** (1994). Indígenas en la ciudad. El caso de los ingas en Bogotá. En: Arturo, J. (Comp.). *Pobladores urbanos. En busca de identidad*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, Instituto Colombiano de Antropología, Colcultura. Pp. 181-192

**Nagel, Joane** (2010). “Ethnicities and Sexualities”. En: *The SAGE Handbook of Race and Ethnic Studies*. Págs. 188 – 220. London. Ed. SAGE.

**Nigenda, Gustavo, et al** (2001). La Practica de la Medicina Tradicional en America Latina y el Caribe: El dilema entre regulación y tolerancia. En: *salud pública de méxico / vol.43, no.1*,

**Nitcher, Mark & Margaret Lock** (2002). “From Documenting Medical Pluralism to Critical Interpretations of Globalized Health Knowledge, Policies, and Practices”. En: *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honor of Charles Leslie*. Págs. 1 – 34. London. Rutledge.

**Ordoñez, Juan Thomas; Fabio Colmenares; Anne Gincel y Diana Bernal** (2014). Migraciones de los Kichwa Otavalo en Bogotá. En: *Revista de Estudios Sociales*. No 48. Págs. 43 – 56. Bogotá.

**Ordóñez, Juan Thomas & Fabio Colmenares** (sf.) Tres generaciones del transnacionalismo Kichwa-Otavalo. *Migraciones Internacionales*. En imprenta

**Ordoñez, Juan Thomas** (2017). Familias transfronterizas: El caso de la migración transnacional otavaleña. En: *Interllector*. Vol. 14. No. 28. Págs. 5 – 19. Rio de Janeiro

Organización Mundial de la Salud (2013). Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014 – 2023. OMS. Hong Kong. China.

**Pedersen, Duncan** (1988). “Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos”. En: *E. Reichel-Dolmatoff, Rituales y Fiestas de las Américas. Memorias de 45 Congreso Internacional de Americanistas*. Págs. 403 – 418. Bogotá. Uniandes.

**Puerta, Claudia** (2004). “Roles y Estrategias de los Gobiernos Indígenas en el Sistema de Salud Colombiano”. En: *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 40. Pags. 85 – 121. Bogotá. Instituto Colombiano de Antropología.

**Puerta, Claudia** (2011). Prácticas de Reconocimiento y Visiones del Estado en el Régimen Subsidiado de Salud Colombiano. En: *La Multiculturalidad Estatalizada. Indígenas, afrodescendientes y configuraciones de estado*. Instituto Colombiano de Antropología (ICANH). Bogotá.

**Ramírez, Susana** (2014). Aspectos Interculturales de la Reforma de Salud en Bolivia. En: *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.31(4). Págs.762-8.

**Restrepo, Eduardo** (2011). Etnización y Multiculturalismo en el Bajo Atrato. En: *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 47. No. 2. Págs. 37 – 68.

**Restrepo**, Eduardo (2008). Multiculturalismo, Gubernamentalidad y Resistencia. En: *El giro hermenéutico de las Ciencias Sociales y Humanas. Diálogo con la Sociología*. Págs. 35 – 47. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

**Rojas**, Axel (2011). Gobernar(se) en Nombre de la Cultura. Interculturalidad y Educación para Grupos Étnicos en Colombia. En: *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 47. No. 2. Págs. 173 – 198.

**Sánchez**, Luisa (2004) “La ciudad de paisanos”: La construcción de identidad indígena en Bogotá a partir de un caso de migración. Tesis de maestría. Universidad de los Andes.

**Sánchez**, Luisa (2010). Paisanos en Bogotá: Identidad étnica y migración indígena amazónica. En: *M. Chavez, & C. Del Cairo, Perspectivas antropológicas sobre la amazonia contemporánea*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología. (ICANH): 129 – 152.

**Sánchez**, Luisa (2011). Trasplantar el árbol de la sabiduría: malocas, maloqueros urbanos y comunidades de pensamiento en Bogotá. En: *Cahiers des Amériques latines*. Vol. 66. Págs. 131-154

**Santamaria**, Angela & Pardo, Andrés (2015). “(Re) Construyendo Intercambios y (De) Construyendo ‘Prácticas Coloniales de Saber’” en el Valle de Sibundoy. En: *Diferentes Maneras de Conocer. Las experiencias recientes de la Escuela Intercultural de Diplomacia Indígena*. Págs. 223 – 252. Bogotá. Universidad del Rosario

**Segovia**, Gualberto, et al (2011). El dialogo intercultural en salud, necesario para el abordaje de las inequidades sanitarias y los conflictos sociales en la selva peruana. 2011. En: *Revista Panacea*.

**Sevilla**, Manuel (2007). Indígenas Urbanos y las Políticas del Reconocimiento Dentro del Contexto Colombiano. En: *Perspectivas Internacionales*. Vol. 3. No. 1. Págs. 7 – 24. Cali, Colombia.

**Soria**, Sofía (2014). “El Lado Oscuro del Proyecto de Interculturalidad-Decolonialidad: Notas críticas para una discusión”. En: *Tabula Rasa*. No. 20. Págs. 41 – 64. Bogotá. Colombia.

**Walsh**, Catherine (1999) La Interculturalidad en el Ecuador: Visión, principio, y estrategia indígena para un nuevo país. En: *Revista Identidades*. No. 20. Instituto Andino de Artes Populares del Convenio Andrés Bello. Quito. Págs. 133-141.

**Walsh**, Catherine; Álvaro Linera y Walter Mignolo (2006). Interculturalidad, descolonización del Estado y del Conocimiento. Ediciones del Signo. Buenos Aires.

**Walsh**, Catherine (2009). Interculturalidad, estado y sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Universidad Simón Bolívar-Sede Ecuador, Abya-Yala.

**Watts**, Michael (2003). “Development and governmentality”. En: *Singapore Journal of Tropical Geography*. Págs. 6 – 34. Vol. 24. No. 1.

**Weber, Max [1922] (2002).** ¿Qué es la burocracia?

**Leyes, decretos y acuerdos:**

**Acuerdo No. 20 de 1990.** Por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá. Artículo 5. Alcaldía Mayor de Bogotá.

**Ley 691 de 2001.** Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Congreso de la Republica de Colombia. 18 de septiembre de 2001.

**Decreto 1953 de 2014.** Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. Título IV SISTEMA INDIGENA DE SALUD PROPIO INTERCULTURAL - SISPI. Ministerio del Interior. 7 de octubre de 2014.

**Decreto 1848 de 2017.** Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el Sistema de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, aplicables durante el periodo de transición al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI- y se dictan otras disposiciones Ministerio de Salud y Protección Social. 8 de noviembre de 2017

**Decreto 1088 de 1993.** Por el cual se regula la creación de las asociaciones de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas. Ministerio del Interior. 10 de junio de 1993.

**Decreto 330 de 2001.** Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas. Ministerio de Salud. 27 de febrero de 2001.

**Resolución No. 5261 de 1994.** Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. 5 de agosto de 1994.

**Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la Republica de Colombia. 19 de enero de 2011.