
Capítulo 27

El papel de la Comunicación en las disputas por el Derecho a la Medicina Propia: el caso del pueblo indígena Misak en el departamento de Cauca (Colombia)

Javier Espitia Viasús *
Luis Carlos Rodríguez Páez **

1. INTRODUCCIÓN.

El presente texto pretende evidenciar cómo los indígenas misak en Colombia atienden, mediante la comunicación, las situaciones de tensión entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental o alopática.

Para esto se realizarán tres abordajes: En la primera parte se explica el contexto del trabajo aquí expuesto. ¿Quiénes son los Misak? ¿En qué consiste la medicina tradicional y complementaria? y socializa la concepción de las medicinas alternativas en Colombia y América Latina. El segundo apartado se ocupa de evidenciar las disputas en Silvia (Cauca) en torno a los servicios de salud; se hace un análisis del papel de la comunicación en los conflictos que se presentan entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental o alopática en esta zona del país. Finalmente, en el tercer apartado se tratan los proyectos de comunicación intra e interculturales, que está realizando el pueblo Misak, en perspectiva de posicionar su cultura en el mundo.

* Director del Programa de Comunicación Social–Periodismo de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (Uniminuto), Colombia.

** Docente e investigador de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (Uniminuto), Colombia.

El texto es el resultado de la investigación “Fortalecimiento de la Memoria Tradicional del Pueblo Indígena Misak, con énfasis en su medicina tradicional”, realizado en Colombia entre los años 2012 y 2013.

2. ¿QUIÉNES SON LOS MISAK?

El pueblo Misak, ha sido normalmente conocido como pueblo Guambiano, denominación con la que los españoles se refirieron a ellos; prefieren sin embargo ser llamados “Misak”. Se llaman a sí mismos “hijos del agua”, porque consideran que:

“[...] a veces el agua no nacía en las lagunas para correr hacia el mar sino que se filtraba en la tierra, la removía, la aflojaba” y producía derrumbes, que dejaban grandes heridas en las montañas, de las que surgieron los humanos, raíces de los nativos, nacidos del agua arrastrada y “venidos en los restos de vegetación”. Los derrumbes eran nacimientos o “partos de agua de los Pishau, de los guambianos, “gigantes sabios que comían sal de aquí, de nuestros propios salados, y no eran bautizados. Ellos ocuparon todo nuestro territorio, ellos construyeron... antes de llegar los españoles” (Vasco, 1997).

Están ubicados al sur de Colombia, al noroeste del departamento del Cauca, en donde se concentran sus territorios ancestrales. Según el documento “Misak, (guambianos) la gente del agua, del conocimiento y de los sueños”, elaborado por el Ministerio de cultura de Colombia, (2010), son más de veinte mil personas, quienes componen este pueblo, lo que corresponde al 1.5% de la población indígena de Colombia.

Ellos piensan que la naturaleza es la madre y el espíritu de vida, los elementos del cosmos y del mundo son un conjunto, la diversidad biótica y abiótica integran la tierra, que en el tiempo y en el espacio sustentó las vidas de la gente, les dotó de alimentos, sabiduría, dignidad e identidad (Guambía, 2007).

La historia profunda de los Guambianos, se puede leer en “Guambianos: Hijos Del Aroiris y del Agua” (Vasco et al, 1998), en donde se puede comprender su cosmovisión, el agua como origen de su pueblo, la historia como un caracol que camina, la importancia del páramo, de las lagunas, la necesidad de la tierra y de sembrar, lo que es ser Guambiano, y al final, sus proyectos de recuperar el conocimiento, y la tierra, para que otra vez, “todo esté completo”.

Después de muchos años de despojos de tierras por parte de terratenientes, los Guambianos en julio de 1980, realizan su primera Asamblea, en la cual declaran “Somos un Pueblo”, y deciden luchar por “recuperarlo todo”, para “tener todo completo”; este propósito, sin embargo, no era tan fácil:

“Cuando las tierras de la Hacienda Las Mercedes, su primer objetivo, estuvieron de nuevo en sus manos, se propusieron manejarlas a la manera propia y no a la de los blancos, basada en la propiedad individual de unos pocos para su enriquecimiento, sólo para descubrir que, después de cinco siglos de dominación y negación, habían olvidado el camino abierto por los anteriores y no tenían claro cuál era el modo propio “Guambiano” de acceder a la tierra y trabajarla”. (Vasco et al, 2002).

Como cuentan los autores, el cabildo creó en 1982 un Comité de Historia que integraron miembros de la comunidad, con la tarea de “recuperar la historia Guambiana”. Este Comité trabajó durante tres años para sacar a la luz la palabra propia y conseguir que los mayores volvieran a hablar, después de un silencio que duraba ya una generación, ante la mordaza que les fue impuesta por el adoctrinamiento religioso y por la escuela.

Algunos pensaron que la tradición ya no existía, pero sí, la cosmogonía y la tradición se mantuvieron, resistieron, estaba presente en las casas, en el fogón, en las parcelas, en la gente misma. Con apoyo de profesores y estudiantes de la Universidad Nacional, en 1988, empezaron a escribir, lo que ellos llaman “el gran libro de oro de los Guambianos”. Hoy 24 años después, existen evidencias de recuperación en aspectos como: el mantenimiento de la lengua, del vestido, en la educación, en medicina propia, pero apenas –dicen ellos- se ha empezado a rasguñar la cáscara que cubre todo el complejo de su sabiduría y su existencia.

El pueblo Misak se caracteriza por su lucha permanente en compañía de las comunidades indígenas del suroriente de Colombia; en la década de los 70 y 80 sus esfuerzos organizativos y de representación permitieron la creación del Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC, cuyos propósitos orientadores se constituyen en la recuperación y ampliación de los resguardos, el fortalecimiento de los Cabildos Indígenas, la abolición del pago del terraje, la elaboración de leyes propias y su aplicación, la defensa de la historia, lengua y costumbres indígenas y la promoción de la educación propia.

A ella en 1978, la siguió el nacimiento de la Organización de Autoridades Indígenas del Sur Occidente Colombiano – AISO, actualmente conocida como

Movimiento de Autoridades Indígenas de Colombia AICO. De igual manera el pueblo Misak tiene representación en la Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC.

Luego de que la Constitución Política de 1991 reconociera a Colombia como un país multiétnico y pluricultural, a través del derecho al voto, el pueblo Misak ha logrado representación en distintos espacios políticos: en el año 2000 se eligió el primer indígena por votación popular como gobernador del departamento del Cauca, ocupando el cargo un líder indígena del pueblo Misak. Igualmente este pueblo ha tenido representación en el Congreso de la República, es el caso de los años 1992, 1994 y 2002.

3. LA MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA.

2.1. *Una mirada panorámica.*

La medicina tradicional y complementaria, (como la llama la OMS), es una parte importante y con frecuencia subestimada de los servicios de salud. En algunos países, la medicina tradicional o medicina no convencional suele denominarse medicina complementaria. Históricamente, la medicina tradicional se ha utilizado para mantener la salud, prevenir y tratar enfermedades, en particular enfermedades crónicas (OMS, 2013: 10).

Los datos hablan de que “más de 100 millones de europeos utilizan actualmente la MTC. El número de usuarios de MTC es mucho mayor en África, Asia, Australia y América del Norte. [...] En los cinco continentes se han popularizado la medicina tradicional china, unani, y ayurvédica, entre otras medicinas tradicionales (OMS, 2013: 25) y que por ejemplo en lugares como Singapur o Corea, que cuentan con sistemas de salud sólidos, el 76% y el 86% de la población sigue acudiendo a la MTC” (OMS, 2013: 27).

En Australia las entrevistas a usuarios de MTC revelaron que el fracaso de tratamientos de medicina alopática y el deseo de llevar un modo de vida sano, eran los principales motivos de utilización de la MTC (OMS, 2013: 27)

Como parte de la Medicina Tradicional y Complementaria, La medicina tradicional indígena, también llamada por los pueblos étnicos “medicina propia”, cuenta ya con variados estudios, que apuntan a señalar su importancia y/o eficacia. Esto no es de extrañar ya que con la Organización Panamericana de la Salud diremos que:

“La salud es parte de la cultura de un pueblo. No hay pueblo, que no haya desarrollado algún sistema de medicina, es decir, un sistema ideológico o doctrinario acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, y más concretamente sobre las causas de las afecciones, la manera de reconocerlas y diagnosticarlas, así como las formas o procedimientos para aliviar, curar o prevenir las enfermedades, y además para preservar y promover la salud” (OPS, 2006: 5).

Las comunidades indígenas en su amplio proceso de observación y comprensión de la naturaleza, han construido saberes propios, que los habilitan para tratar múltiples dolencias o enfermedades no solo de una persona humana sino de otro ser vivo, o de una comunidad. Así se ha subrayado su conocimiento:

“Los pueblos indígenas han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo ‘eje conceptual’ o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integridad.” (OPS/OMS 1997: 13).

La Organización Mundial de la Salud, OMS, ha realizado múltiples trabajos de caracterización, reconocimiento y promoción de la medicina tradicional, entre ellos la consulta en 1999, de donde surgió la “*declaración de Ginebra*”, en la que se propuso al sistema de Naciones Unidas y a los Estados Miembros, una serie de exigencias y solicitudes tendientes al reconocimiento de la Medicina Tradicional en las políticas y estrategias de salud. De allí se derivó la primera estrategia mundial de la OMS sobre medicina tradicional (2002a), que se planteó para el trienio 2002-2005. De manera simultánea, se avanzó en trazar pautas generales para la investigación y evaluación de la medicina tradicional (OMS: 2002b).

En el año 2013, se publicó la estrategia para el periodo 2014-2023, en la cual se examina la contribución que la MTC podría efectuar en pro de la salud, en particular en lo relativo a la prestación de servicios de salud, y establece medidas prioritarias hasta 2023. La estrategia se ha elaborado con el fin de satisfacer las demandas del público y los Estados Miembros y orientar a los países hacia la integración de la MTC en los sistemas de salud.

Vale la pena resaltar que, en el documento de esta última estrategia, se habla de “progresos desde la primera estrategia” (parte 2), para referirse a datos como por ejemplo: de 25 países que en 1999 tenían reglamentación sobre MT, se pasó a 69 países en 2012. Sobre reglamentación de medicamentos herbarios, se pasó de 65 a 169 países. En cuanto al nivel de formación en temas de medicina tradicional, existían solo unos pocos en 1999, mientras que en 2012 existen ya contenidos en las licenciaturas, maestrías y los doctorados de 39 países. Además se menciona que ha aumentado la creación de institutos nacionales de investigación en medicina tradicional, (incluidos los dedicados a medicamentos herbarios), y que estos pasaron de 19 países en 1999 a 73 en 2012.

El examen mundial de la MTC que allí se plantea (parte 3), señala los siguientes fenómenos generalizados:

a). “Hay una demanda sostenida de productos, prácticas y profesionales de MTC”, ello se refleja en cifras estimadas de productos de médicos chinos representados en US\$ 83.100 millones, en la República de Corea, las ventas en productos de MTC fueron de US\$ 7.400 millones en 2009 y en los Estados Unidos, en 2008, los usuarios pagaron US\$ 14.800 millones para adquirir productos naturales (OMS, 2013: 26).

b). El segundo fenómeno es la constatación de que “las razones de uso de estas medicinas tradicionales y complementarias varían entre países y regiones, pero hay algunas coincidencias”:

“Algunos estudios han revelado que las personas recurren a MTC por motivos tales como una mayor demanda de todos los servicios de salud, un deseo de obtener más información para aumentar los conocimientos sobre las opciones disponibles, una creciente insatisfacción con los servicios de atención de salud existentes, y un renovado interés por la “atención integral de la persona” y la prevención de enfermedades, aspectos frecuentemente asociados a la MTC” (OMS, 2013: 27).

El otro motivo fundamental para acudir a la MT es el económico:

“Un estudio aleatorio controlado incluyó una evaluación económica de tratamientos de fisioterapia, terapia manual y atención médica general contra los dolores cervicales: los resultados indicaron que el grupo de terapias manuales conseguía mejoras más rápidamente que la fisioterapia y la atención médica general, y que los gastos totales de la terapia manual (€447) representaban, aproximadamente, un tercio de los gastos

de fisioterapia (€1.297) y de atención médica general (€1.379). Esto sugiere que la terapia manual es más eficaz y menos costosa para tratar dolores cervicales, que la fisioterapia o la atención dispensada por un médico general. Otro estudio reciente indica que los pacientes cuyos médicos generalistas están capacitados también en medicina complementaria y alternativa, incurren en menores gastos de atención sanitaria y registran tasas de mortalidad más bajas que los demás. Los menores gastos se debieron al menor número de ingresos hospitalarios y prescripciones de medicamentos (OMS, 2013: 29).

c) Un tercer fenómeno tiene que ver con “la reglamentación de productos, prácticas y profesionales de la MTC”. Los productos relacionados con las hierbas han sido cada vez más aceptados, con la debida revisión de los estamentos oficiales encargados; se incluye material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados que contienen como principios activos partes de plantas u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos ingredientes, también pueden contener principios activos naturales orgánicos o inorgánicos que no sean de origen vegetal (por ejemplo, materiales de origen animal y mineral).

Las prácticas de MTC incluyen medicamentos terapéuticos y tratamientos de salud basados en procedimientos, por ejemplo a base de hierbas, naturopatía, acupuntura y terapias manuales tales como la quiropráctica, la osteopatía y otras técnicas afines, incluidos qi gong, tai chi, yoga, medicina termal y otras terapias físicas, mentales, espirituales y psicofísicas.

A la fecha de publicación de la estrategia de MTC 2014-2023, la OMS estableció que 56 países no cuentan con reglamentación sobre profesionales de la MTC, 56 sí cuentan con esta reglamentación, y 17 no respondieron.

La reglamentación relacionada con la propiedad intelectual dice la OMS que puede tener efectos sobre los productos, las prácticas e incluso los profesionales. Si bien la propiedad intelectual permite apoyar la innovación y proporciona un estímulo a la inversión en investigación, también puede utilizarse de manera abusiva para apropiarse indebidamente de recursos de la MTC.

En este sentido resulta significativa la publicación denominada “Promover el acceso a las Tecnologías Médicas y la Innovación: las intersecciones entre la salud pública, la propiedad intelectual y el comercio”. (OMS-OMPI-OMC, 2012), en la que se analizan cuestiones normativas actuales

relativas a la propiedad intelectual, los conocimientos tradicionales y los recursos genéticos, de los que la MTC es parte integral.

d). Un cuarto fenómeno planteado como objetivo, es el relacionado con el “alcance de la cobertura sanitaria universal”. Se trata de asegurar que todas las personas puedan acceder a servicios sanitarios de promoción, prevención, rehabilitación y curativos de calidad suficiente para garantizar su eficacia y, al mismo tiempo, evitar que esas personas deban afrontar vicisitudes financieras derivadas del pago de los servicios. Es lograr ese anhelo humano de “salud para todos”. Los servicios de salud pueden estar demasiado lejos (obstáculos geográficos); o carecer de personal suficiente, lo que conlleva largas horas de espera (obstáculos de organización); o ser incompatibles con las preferencias culturales y de género de las personas (obstáculos culturales).

Además los servicios podrían ser de mala calidad o, en ciertos casos, incluso nocivos. Otro problema primordial es la predominancia de servicios curativos, hospitalarios y orientados a las enfermedades, que con frecuencia están insatisfactoriamente integrados en el sistema general de salud; esos servicios con exceso de puestos directivos propician enormes ineficiencias que podrían corregirse en favor del logro de la cobertura universal. En lugar de los obstáculos mencionados, la MTC de calidad podría efectuar una contribución positiva para alcanzar la cobertura sanitaria universal. (OMS, 2013: 36).

2.2. La MTC en Colombia y otros países de América Latina.

Dado que el examen de la MTC descrito anteriormente, no específica información sobre América Latina, resulta útil el rastreo realizado por Fandiño (2010), a propósito de la integración de las medicinas tradicionales indígenas a los sistemas nacionales de salud. La autora resalta en este sentido, a Chile, Perú y México, respectivamente.

En el caso de Chile, la autora plantea que podría ser un posible modelo a seguir porque:

“[...] Los pueblos indígenas mantienen sus propios sistemas de salud, que agrupan un conjunto articulado de conocimientos con los que cada comunidad interpreta la enfermedad, el dolor y la muerte; lo que, entre otras cosas, determina sus formas de prevenir y curar las enfermedades, mitigar o eliminar el dolor, restituir el equilibrio y prolongar la vida. En ese proceso se han ido acumulando experiencias y compromisos de muchos actores –tanto indígenas como no indígenas– que hoy

materializan parte de sus acciones en servicios de salud con mayor presencia de población indígena. De hecho, en Chile los contenidos acerca de salud intercultural del Convenio 169 de la OIT, adquirieron connotación de política pública indígena” (Fandiño, 2010: 74).

Frente a Perú plantea:

“[...] Un Perú, se ha trabajado al respecto, (...) el Ministerio de Salud (MINSA) aprobará el plan general de la Estrategia Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas 2009-2012, para “beneficiar a 7 mil comunidades andinas y amazónicas procedentes de 19 regiones del país”. El documento permitirá contar con una orientación en la ejecución de actividades respetando los derechos de los pueblos indígenas, sus tradiciones y la armonización con el sistema oficial de salud” (Fandiño, 2010: 74).

Y de México argumenta:

“En el contexto al reconocimiento a la diversidad cultural de nuestras poblaciones mestizas e indígenas, y ante la emergencia de nuevos paradigmas en la definición de los programas de atención a la salud, se ha venido impulsando un modelo intercultural para posicionar en la oferta de servicios institucionales, una visión acorde con las expectativas de la sociedad y de los pueblos indígenas, en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos, la perspectiva de género y una visión innovadora y ampliada respecto al tema de Interculturalidad en Salud, con el fin de incidir en la resolución institucional de las problemáticas en estos temas”. (Fandiño, 2010: 74).

Colombia por su parte, se reconoce como un país multiétnico y pluricultural, en el que co-habitan diversos pueblos indígenas, así como población afrodescendiente, el pueblo room o gitano, y mestizos, que hacen parte de la diversidad étnica y cultural del país. Tanto los indígenas como los afrodescendientes y el pueblo room, cuentan con sistemas propios de medicación, pero éstos aún no se ven reconocidos en el sistema general de servicios de salud. La crítica de Fandiño al sistema de salud es relevante, en cuanto éste no cuenta con postulados jurídicos que sienten las bases del respeto, diálogo o interacción entre los diferentes sistemas médicos existentes. En un apartado posterior se analiza en detalle esta situación.

2.2.1. Colombia: reglamentación escasa, medicinas indígenas funcionando, avances hacia un sistema de salud plural, accesible y eficaz

En Colombia la reglamentación sobre MTC es insuficiente, al menos en lo que tiene que ver con lograr el reconocimiento jurídico de la medicina tradicional indígena; la única ley relacionada, es la 1164 de octubre del 2007, conocida como la “ley de talento humano en salud” pero en ella se determina que los ofertantes de tratamientos de medicinas alternativas y complementarias tienen que ser médicos o profesionales en el área de la salud en su campo de competencia y deben demostrar que han tenido formación en una institución académica reconocida por el estado. Esto por supuesto, excluye a las parteras, sobanderos, videntes, taitas, sabedores, shamanes y médicos tradicionales, quienes obtienen su conocimiento por tradición oral, y por mandato de los espíritus que les asignan (muchas veces en sueños) una labor espiritual y medicinal determinada. La ley 1164 reconoce entonces como medicinas alternativas y complementarias, la ayurvédica, la homeopatía y la acupuntura, entre otras pocas.

En el caso de los pueblos indígenas de Colombia, la ley 100 de 1993, transformó el Sistema Nacional de Salud, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta Ley pretende garantizar un plan integral de protección de la salud, que cuenta con un Plan de Beneficios (Plan Obligatorio de Salud-POS), y con cuatro regímenes de atención a la población: a) Régimen Contributivo (empleados e independientes), b) Régimen Subsidiado, (Población Pobre), c) No asegurada y d) Regímenes Especiales.

Con la ley 691 de 2001, la población indígena accede al SGSSS como población especial, con lo cual recibe los beneficios incluidos en el POS, además de un subsidio alimentario, y la posibilidad de afiliarse al sistema de manera colectiva; además se abre la opción de crear Instituciones prestadoras de Servicios de salud, (IPS) indígenas, operadas por las autoridades respectivas, lo cual se concreta con el decreto 4972 de 2007, por el cual se reglamentan las instituciones prestadoras de servicios de salud indígena. Esto sin embargo, como se verá más adelante, no necesariamente es un avance en materia de MTC.

En Colombia existen múltiples estudios sobre MTI, de distintas regiones del país, que evidencian su validez histórica, su vigor y su vigencia; tal y como lo plantea Cifuentes, (2000), en su trabajo: “Salud y Culturas Médicas Tradicionales”, los primeros datan de los años 50’s, que fueron importantes análisis antropológicos que le dieron al país las primeras narraciones de las culturas médicas tradicionales, entre ellos:

“Aspectos de la magia en La Guajira” (Pineda, 1950). “Medicina, magia y animismo en Segovia de Antioquia” (Flórez, 1951), “Conceptos biológicos de los indios Kogi de la Sierra Nevada” (Reichel-Dolmatoff, 1951), “Prácticas obstétricas como factor de control social en una cultura en transición” (Reichel-Dolmatoff, 1953), “Chamanismo entre los indios paeces” (Nachtigall, 1953), “Medicina y magia entre los paeces” (Bernal 1954), “La medicina popular en la Costa Colombiana del Pacífico” (Velázquez, 1957), “Muestras de fórmulas médicas utilizadas en el alto y bajo Chocó” (Velázquez, 1957). “Nivel de salud y medicina popular en una aldea mestiza de Colombia” (Reichel-Dolmatoff, 1958), “Apuntaciones sobre la medicina en Colombia” (Robledo, 1959), “Estudio comparativo de la infestación por entamoeba histolytica y otros parásitos intestinales en indios y blancos de Chocó” (Duque, Arcila y Zuloaga, 1960), “Creencias sobre el cáncer en el Municipio de Santo Domingo”, (Giraldo, 1960), “Creencias y prácticas populares acerca de la menstruación, gestación, parto y recién nacido en el barrio Siloé de Cali”, (Gómez, 1960), “La medicina popular en Colombia. Razones de su arraigo” . (Pineda, Virginia, 1961), “Sobre el uso de hierbas en la medicina popular de Santander (Colombia)” (Rodríguez de Montes, 1961).

Sobre el pueblo misak o Guambiano, por este mismo periodo, se realizan estudios claves realizados por el antropólogo Luis Guillermo Vasco, quien en conjunto con algunos indígenas de este pueblo, realiza publicaciones como: “Guambianos: Hijos del Aroiris y del Agua” (1998), “Entre Selva y Páramo: viviendo y pensando la lucha india” (2002). Otros estos estudios sobre esta etnia son: “Osikik Kom Punukuntrap: Ayudar a nacer la Vida, el Saber y la oráctica de las parteras guambianas” (Jurado, 2002), “Aproximación conceptual a la problemática de salud y enfermedad en Guambía” (Portela, 2009), “En las voces del Pishimisak: Apuntes etnográficos sobre el tiempo Misak” (Peña, 2009), entre otros.

En el año 2002, en el marco de aquellas escrituras antropológicas que repensaron el tema del antropólogo como autor, y las formas de representación, Michael Taussig publica en Español su experiencia con la medicina tradicional del yagé en el departamento de Putumayo al sur del país, con el libro: “Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje, un estudio sobre el terror y la Curación”. Más que su experiencia, logra reflejar en el texto los complejos mundos del terror, del colonialismo y de la curación, que se viven a flor de piel en esa zona del piedemonte amazónico.

De otros pueblos indígenas habitantes en Colombia, es posible encontrar trabajos recientes como es el caso de los indígenas del departamento de Casanare, en el que se describen las prácticas de los pueblos indígenas que viven en el resguardo de Caño Mochuelo, (Sotomayor y Villegas, 2007), en la Guajira: “Violación del Estado Colombiano del Derecho a la salud de los indígenas Wayúu, por el suministro de medicina alopática y desconocimiento de su medicina tradicional” (Fandiño, 2010), o de la zona en el centro del país nominada como “eje cafetero”: “Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia” (Cardona, 2012). Sobre el pueblo Nasa, del departamento de Cauca, existen múltiples trabajos de la universidad del Cauca, de la Autónoma de Cali, y de la Universidad del Valle, entre otras; Hugo Portela en el año 2006 publicó el trabajo titulado “Cuerpo y Cosmos en el rito Páez, visión problemática”. Una mirada a la situación de salud de los nasa, se puede encontrar en “Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca”, (2002).

Al final de esta revisión es relevante mencionar una publicación periódica, hecha por los indígenas Arhuacos, en la sierra nevada de Santa Martha, agradable para revisar por su estética y contenido, en donde se pueden apreciar narraciones de su cosmovisión, su cultura y también de su medicina tradicional; se trata de la revista *Zhigoneshi*¹ Se creó según ellos, “para fortalecer las culturas indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, a través de la divulgación de aspectos reales que eviten la tergiversación del pensamiento indígena, muchas veces por desconocimiento” (Sauna, 2011)

No sobra mencionar que, Peñaloza, Rodríguez y Acosta, (s.f.), proponen un “Modelo de Salud para Pueblos Indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta”, en el que se proponen superar diversos vacíos presentes en la ley 691 de 2001.

3. LAS DISPUTAS EN SILVIA (CAUCA) EN TORNO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

3.1. Elementos para su comprensión.

En el municipio de Silvia, ubicado a 59 km. de Popayán, la capital del departamento del Cauca, además de indígenas Misak, viven también otras etnias y grupos poblacionales. Así se plantea su caracterización por el gobierno local:

¹ Disponible en el sitio web: <<http://www.corazondelmundo.co>>.

“Silvia es el tercer municipio en Colombia que cuenta con mayor población indígena (los dos primeros son Uribí en la Guajira y Rio sucio en Caldas); en Silvia las etnias predominantes son la Misak/Guambiana y la Nasa/Páez [...] además se presentan los grupos la Ambalueña, y la Kizweña, la población campesina y la población mestiza. Cada uno de estos grupos humanos posee unas características muy especiales, unas similitudes y ciertas particularidades” (PDM, 2012: 64).

Se trata de un municipio con 31.000 habitantes, en donde esos campesinos o mestizos, al menos muchos de ellos, anteriormente eran pertenecientes a alguno de los grupos étnicos.

“La cultura mestiza y campesina se caracteriza por el uso del idioma español, y por un predominio de costumbres campesinas. Están organizadas a través de Juntas de Acción Comunal y grupos asociativos, con la preponderancia de formas de trabajo individual” (PDM, 2012: 14).

La existencia de diferentes maneras de entender el mundo, lleva también a una diversificación de las formas de atender las necesidades humanas. El Estado como ente rector y administrador de los bienes y recursos públicos, ha sido uno de los vehículos más eficaces en la transmisión de las lógicas de occidente para atender las llamadas “Necesidades básicas Insatisfechas” de la población de Silvia. Una de ellas tiene que ver con implantar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establecido por la llamada “ley 100” en el año 1993.

Con la ley 691, del año 2001, la población indígena accede al SGSSS como población especial, con lo cual recibe los beneficios incluidos en el POS, además de un subsidio alimentario, y la posibilidad de afiliarse al sistema de manera colectiva; además se abre la opción de crear Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de carácter indígena, operadas por las autoridades respectivas, lo cual se concreta con el decreto 4972 de 2007, por el cual se reglamentan las instituciones prestadoras de servicios de salud indígena.

Esto llevó a que hoy en el municipio de Silvia existan 2 hospitales, uno en el centro a cargo del gobierno local que opera con las lógicas occidentales de salud/enfermedad, y el otro fue creado por la comunidad indígena misak, el hospital llamado “Mamá Dominga”.

El montaje de “Mama Dominga” como IPS Guambiana, empezó cuando en 1996, el Cabildo pagó la elaboración del proyecto y del diseño de la estructura con recursos de transferencias. Durante la gestión del proyecto el taita Lorenzo Muelas decide aportar 500 millones de pesos, que le corresponden como Auxilios Parlamentarios. Mama Dominga se inauguró el 28 de abril del 2000, en la vereda las Delicias, pero para sorpresa del taita Lorenzo Muelas, (el mismo que había aportado los 500 millones), y tal vez de muchos otros, no era una casa apropiada para medicina tradicional indígena, sino más bien, un edificio “tipo hospital”.

El Taita Lorenzo lo relata de esta manera:

“Eso no fue discutido. No se habló de hospital ni clínica, sino un Centro de Recuperación de la Medicina Tradicional. Para llamar a los que saben de eso; para los sabios nuestros. Pero el diseño no era para eso. El diseño no era una casa Guambiana, no era un hospital Guambiano. Todo el diseño era para un centro hospitalario. Es que todo lo que hemos hecho con un espíritu, finaliza siendo otra cosa distinta. Cuando ya tiene las cosas a la mano, ya se sesga. Coge otro camino diferente al espíritu al cual fue creado”. (Acosta, 2003: 23).

Todo un hospital, de primer nivel, cuenta con personal médico occidental, proporcionado por la Universidad del Cauca y otro contratado directamente por el Cabildo. Trabajan también allí médico coordinador, médicos residentes, enfermeras, auxiliares, odontólogo, bacterióloga, ocasionalmente una nutricionista, farmacia y personal administrativo. Está inscrito dentro del Sistema General de Salud, regido por el POS –Plan Obligatorio de Salud- y la ley 100/93 y contrata dentro del régimen subsidiado con la Administradora del Régimen Subsidiado, ASMET, que cubre la mitad de la población del Resguardo –aproximadamente 7500 habitantes-.

Como dice Acosta (2003), “este Hospital demuestra una de las desviaciones más grandes del Plan de Vida y de las de mayor impacto en Guambía [...] es una infraestructura occidental que dentro del territorio indígena se ha hecho indispensable, pero que en ningún caso respalda los objetivos del Plan de Vida Guambiano” (p. 24).

Ella plantea que construir una IPS, en cuanto a forma y políticas, queriéndolo o sin quererlo, contribuye a debilitar la aceptación de la medicina tradicional en el resguardo, pues la estrategia de cualquier IPS, dentro del Sistema General de Salud y Seguridad Social (guía del Programa de Salud en Guambía), es crear dependencia de su sistema facultativo y de sus servicios en

Guambía, a través de subsidios a menores de dos años, madres lactantes y la tercera edad, remesas a estos mismos grupos y por medio de la Demanda Inducida.

En las entrevistas realizadas en el trabajo de campo, no se contempló ninguna propuesta de articulación desde la IPS con los médicos tradicionales; la única interacción es un médico “alopático” que habla el idioma ñamstrik, y que ayuda en determinados momentos a generar confianza en el paciente para realizar ciertos procedimientos también alopáticos.

Además de disputar pacientes a los médicos tradicionales indígenas, en “Mama Dominga”, en las entrevistas realizadas al personal médico, manifestaron “respetar la cultura de los nativos”, pero en realidad no creen que los métodos de salud tradicional sean útiles. Se trata de una cierta mirada exotizada de los guambianos, que no contempla por ejemplo el complemento de las dos medicinas, por decir algo con agentes claves en la comunidad como históricamente han sido las parteras.

Por suerte el Derecho Mayor pesa. Aunque muchos niños nacen ahora en el hospital, muchos otros nacen en la casa, muy cerca al fogón en la cocina, y entierran al costado del fogón la placenta del recién nacido. En términos simbólicos se genera un vínculo entre el individuo con la casa y el territorio, que fortalece la salud para toda la vida al recién nacido, y asegura su sentido de pertenencia a la comunidad. Allí las parteras aplican su saber tradicional, como por ejemplo que la mamá reciba al pequeño en posición de rodillas, y aplicar ciertas plantas, (el tabaco para proteger) o frutas (como la naranja para romper fuente), u otros elementos que ayuden en la labor médica.

A propósito de esto, dice Acosta, las mujeres Misak son radicalmente reacias a permitir que sus partos los atienda un médico. Sólo en casos de suma gravedad asisten al Hospital. El rechazo no es únicamente por que sean hombres, extraños y mestizos quienes las asisten, sino por el acostumbrado tacto, método que no utilizan las parteras, con las que definitivamente se sienten más cómodas.

Hasta hace poco se empezaron a controlar los nacimientos que atienden las parteras. Ellas ahora deben llenar un formato para que el Cabildo les pague los partos (a 4 dólares cada uno), y para que el hospital controle el número de nacimientos y muertes. Deben cumplir también con algunas normas de higiene que se les dificultan un poco, como el uso de guantes al recibir el niño, para evitar el contagio por sífilis.

Para Acosta, el programa de salud reviste cierta debilidad en el plan de vida, (al menos el de 2003) ya que –dice ella- la información de este programa está siempre al final, es corto, y sobre todo, la información de las enfermedades es la misma que Mama Dominga, y (coincide con Portela) registran enfermedades como: gastritis, reumatismo, asma, bronquitis, gota, etc., pero no aparecen “los asustados” o los “fríos en la matriz”, tan comunes entre las mujeres, dos de las causas más frecuentes por las que se consulta a un médico tradicional.

En resumen, -continúa Acosta- los criterios de los rubros de la Ley 60 o la ley 715 no contemplan la medicina tradicional. Las actividades que a su vez adelanta el Hospital (Promoción, Prevención y Demanda Inducida) lógicamente no la incluyen, su estructura no tiene espacios adecuados para ella. No podría tenerlos tampoco, porque los médicos tradicionales Guambianos dependen de los sueños y esos los tienen en su casa o junto a las lagunas como lugares sagrados.

Ante esta situación, los médicos tradicionales han decidido luchar por la permanencia de sus saberes ancestrales de medicina indígena. Crearon entonces la finca de cultivo y protección de plantas medicinales “Sierra Morena”. Está ubicada en la antigua finca “las Mercedes”, que era propiedad de la familia Caicedo, y que fue recuperada en el año de 1981. Sierra morena fue resignificada por los mayores, Taitas y Mamas para salvar su medicina propia, la cual en ese entonces, según su percepción, la estaban perdiendo, el conocimiento medicinal se iba agotando.

Sierra Morena se creó como un espacio en donde tendrían la posibilidad de sembrar plantas medicinales, gozarían de un escenario para el aprendizaje medicinal colectivo. Desde siempre han tenido presente que la práctica de su medicina previene las distintas enfermedades que llegan a la comunidad. La medicina occidental, para ellos, debería ser una práctica complementaria de su experiencia medicinal.

El taita Luis Felipe Muelas argumenta que actualmente el aumento de las enfermedades en su comunidad, está relacionado con la “estreches del territorio” y por la fuerte influencia en la zona de otras religiones. Por tal razón, el cabildo tiene claro que se deben seguir creando espacios similares a Sierra Morena para seguir resistiendo.

La resistencia consiste en la preparación de los jóvenes. Según el taita Muelas, La educación y la comunicación son estrategias para la resistencia; son

prácticas que deben desarrollarse en los espacios privados y públicos para evitar perder la esencia del ser misak, su origen y su cosmovisión.

Otra forma de resistencia tiene que ver con el compartir los conocimientos medicinales. En ese sentido, la comunidad Misak tiene por estrategia generar espacios para el diálogo de saberes; de tal manera abren espacios para la transmisión de su sabiduría medicinal con jóvenes estudiantes de universidades que a diario visitan su resguardo, en últimas son estas algunas opciones, según su opinión, que ayudan al fortalecimiento de la memoria ancestral y a la preservación de la medicina propia.

De la misma manera, la tierra es esencial para la preservación de su cosmovisión, conciben las relaciones entre el espacio, territorio y el subsuelo como una forma de convivencia armónica. Todo ser vivo, para ellos, debe estar en constante relación con tales elementos, lo que garantiza identidad colectiva. Sin embargo, las normas y leyes vigentes, según el taita Muelas, no favorece la medicina propia, no obstante continúan resistiendo, a través de su práctica y enseñanza a los más jóvenes para que no se pierda la identidad Misak.

Por otro lado, haciendo uso de las tecnologías de la información, comercializan productos medicinales como cremas, jarabes, esencias, jabones y aceites dentro y fuera de su territorio, para que todos tengan acceso al saber ancestral.

Dentro de Sierra Morena existe una partera y varios médicos tradicionales, quienes a diario comparten sus experiencias y conocimientos. Esa “minga de conocimiento” aporta al fortalecimiento de su medicina propia.

Mama Dominga, como se mencionó antes, es una IPS que presta servicios de salud occidental, como urgencias, hospitalización y atención en medicina especialista, etc. Según el taita Muelas, la relación que existe entre Mama Dominga y Sierra Morena es un vínculo frágil; pese a estar ubicada en el resguardo no se les permite trabajar la medicina propia en la IPS, “ni siquiera nos permiten tener en la farmacia nuestra medicina porque la ley no lo admite”.

Según la opinión de varios miembros de la comunidad indígena, la medicina propia también tiene médicos especialistas con facultades sanativas, generalmente los mayores cuentan con mayores facultades. Existen médicos que poseen la facultad del sentir, visualizar y del consultar, hay otros que van adquiriendo a través de las experiencias sus facultades. La diferencia que existe entre la medicina propia y la medicina occidental consiste, según taita Muelas, en la comercialización de la medicina; en este sentido, la industria farmacéutica

tiene la posibilidad de dominar a las universidades e incluso al mismo Estado - dice él-, volviendo a la gente dependiente de sus pastas, jarabes y vacunas.

Desde la perspectiva de taita Luis Felipe Muelas, otra manera de fortalecer, preservar y fortalecer la memoria, la identidad, los usos y las prácticas de la medicina propia en los jóvenes Misak es a través de las autoridades del cabildo. Depende de las autoridades, son ellas quienes deben nuevamente hacer que se enseñe a los niños Misak en las escuelas la cosmovisión Guambiana, pero también es necesario que en los hogares las familias vuelvan a creer en su medicina propia.

Antes las familias guambianas tenían en sus casas huertos donde sembraban las plantas medicinales, comidas y semillas propias, hoy son muy pocas las familias que mantienen esta tradición viva. Quizás la razón por la cual se perdió esa costumbre, radica en que se convirtieron en seres dependientes de las políticas del Estado.

Además de esto, es evidente la dificultad de obtener recursos para el sostenimiento de Sierra Morena. No se ha consolidado desde el cabildo, un sólido programa que le apueste a su fortalecimiento y proyección. Además se presentan conflictos entre los mismos médicos tradicionales, hay alto consumo de bebidas alcohólicas por parte de ciertos taitas, y el señalamiento de los “Guambianos evangélicos” que plantean que la MTI es parte de los métodos “satánicos” de brujería o hechicería. Todo ello configura un panorama de debilitamiento de la MTI.

A partir de lo anterior, es posible resumir las disputas o conflictos que se evidencian sobre el tema de los servicios de salud en el resguardo de Guambía, en Silvia (Cauca), así:

- Un hospital operado por indígenas Misak que reproduce el sistema médico occidental y no incluye prácticamente nada del sistema de medicina propia.
- Saberes indígenas de medicina ancestral que están siendo desconocidos, señalados, rezagados, y en general debilitados.
- Una escasa disposición de las entidades del Estado y del sistema médico occidental, por reconocer como legítimos los conocimientos indígenas sobre salud, y por lo mismo, escasos escenarios de intercambio o diálogo de saberes.

- Una relativa gran molestia de las parteras y otros médicos tradicionales indígenas misak, por las medidas que les imponen desde el sistema médico occidental para permitirles atender a sus “pacientes”
- La poca disponibilidad de médicos tradicionales en ciudades o lugares distantes de Guambía hacia donde han migrado los misak.
- La influencia negativa de occidente (al parecer especialmente en los jóvenes), que está produciendo cierto olvido de la importancia y de las prácticas mismas de la medicina propia.
- En el fondo se trata de un conflicto entre dos culturas médicas, dos concepciones diferentes de salud/enfermedad, de construir saberes legítimos. Un choque epistemológico, conceptual, terapéutico y político, todo a la vez.

3.2. *La comunicación en contextos de disputas entre culturas médicas.*

Desde el punto de vista de la comunicación para el desarrollo y el cambio social, es posible pensar que la comunicación pueda contribuir a transformar los retos de la existencia de dos culturas médicas (la occidental y la de la medicina indígena) en el territorio Misak.

Este “tipo” de comunicación (para el desarrollo y el cambio), se ha concebido como un campo que privilegia la inclusión y la participación, en donde el papel de los medios de comunicación es un elemento pero no “EL” aspecto central de comprensión y análisis, como ocurre en otros enfoques. Desde esta perspectiva, la comunicación es vista como aquella que apoya procesos de resistencia y emancipación.

Este paradigma de la comunicación altera el orden lineal de la relación entre sujetos; propone que los involucrados reflexionen críticamente sobre sus conflictos, sus diferencias, sus asuntos públicos. Esto deriva en otro elemento fundamental: el “*Reconocimiento del otro*”, lo que permite pensar en la negociación de sentidos y en la construcción de otros conocimientos.

La comunicadora peruana Rosa María Alfaro, en el marco de la octava Semana de la Comunicación realizada en la Corporación Universitaria Minuto de Dios en el año 2014, expresó que hoy el reto debe ser que la ciudadanía se convierta en protagonista de su propio desarrollo. Por tanto, la participación política y el diálogo permanente entre ciudadanos en igualdad de condiciones,

debe propiciar la reconfiguración de los asuntos públicos. Para la profesora Alfaro, la participación política y el papel de la ciudadanía en los asuntos públicos, son ejes fundamentales de la comunicación para el desarrollo y el cambio social.

Desde su perspectiva, la participación ciudadana es una posibilidad de asumir una posición política frente a un conflicto determinado. Para ella, si los ciudadanos no se sienten parte en la construcción de propuestas de desarrollo, difícilmente se harán cargo de las mismas.

La profesora Alfaro sugiere que este campo de la comunicación debe prestar especial atención en el ser y el quehacer de la ciudadanía. La relación sujeto-sujeto, además de ser reflexiva también implica acción. El tipo de relación que estos sujetos (ciudadanos) construyan entre sí y con la sociedad, dependerá de las características del contexto y de sus prácticas sociales, culturales y comunicativas.

En esa misma dirección, Jesús Martín Barbero indicaba en el año 2009 que “los saberes sociales no están ahí sólo para ser acumulados y transmitidos sino para ser ejercidos ciudadanamente” (Barbero, 2009: 12).

Dentro de este campo de la Comunicación, el diálogo de saberes siempre dependerá del contexto en que se desarrollen. De tal manera que la construcción de nuevos conocimientos requerirá la reflexión constante de las percepciones que los sujetos tienen de su mundo local, nacional y global, y de sus prácticas en él, para llegar a su comprensión.

En este caso de las disputas por la medicina tradicional del pueblo misak, que son saberes diferentes a la medicina alopática, no deberían ser vistos como anómalos carentes de explicación científica, sino como saberes que merecen ser reconocidos en la dinamización de los asuntos públicos, con el propósito de articular y visibilizar posiciones críticas y propositivas frente a su realidad.

Desde esta mirada, la comunicación para el desarrollo y el cambio social en relación con los conflictos no son simplemente acuerdos. Es un campo en permanente tensión, donde ineludiblemente se busca construir y de-construir las diversas situaciones conflictivas presentes en los distintos contextos. Es decir, para este tipo de comunicación los conflictos deben asumirse como una posibilidad de desarrollo que se da por la capacidad para la negociación de sentidos, el debate, la deliberación pública y el reconocimiento del otro. La creación de estrategias o procesos comunicativos acordes con estas

características, será una forma de promover el desarrollo integral de los sujetos individuales y colectivos.

Como múltiples autores lo han resaltado, entre ellos Francisco Muñoz, es preciso resaltar la validez del conflicto:

“El conflicto es una constante de esta vida social en la que se comparten necesidades y expectativas. Las reacciones de mutua ayuda, cooperación, altruismo, agresiones, etc., son manifestaciones de estos conflictos. Las formas en que se manifiestan, gestionan o regulan los conflictos a lo largo del tiempo y alrededor del mundo son muy variadas. Se transmiten de padres a hijos, de generación en generación, se crean dentro de cada cultura, de cada sociedad, como experiencias y aprendizajes exitosas de gestión de las condiciones materiales y sociales de vida” (2008: 151).

Como lo evidenció la investigación, los misak acuden a una u otra medicina, según el tipo de dolencia o enfermedad. Portela (2009) describe así la ruta que puede seguir un misak enfermo:

- 1). Acude al conocimiento que toda persona tiene sobre enfermedades y tratamientos para curarlas: Plantas medicinales o fármacos.

Si no obtiene resultados, busca:

- 2a). La cultura médica Misak en sus diferentes especialidades: Morovik, botánico, sentidor, soñador, oidor, vidente, parteras, sobadores, otros.
- 2b). La medicina alopática en sus diferentes especialidades: médicos generales, médicos especialistas.
- 3). Se produce entonces, como resultado de lo anterior, o como necesidad de continuidad de los tratamientos, una transición de saberes médicos que se suplen, o se complementan.

Esto es, entonces, una evidencia de la riqueza del conflicto; es una oposición de saberes que finalmente no se niegan, se articulan, cada una para lo que sabe, para lo que puede tratar de mejor manera. Así lo planteó la directora general de la OMS:

“[...] En el marco de la atención primaria, ambas pueden combinarse de forma armoniosa y beneficiosa, en un sistema que aproveche lo mejor de

cada una y compense también las deficiencias de cada una. Ahora bien, esto no es algo que vaya a ocurrir espontáneamente, es preciso tomar deliberadamente decisiones normativas. Pero es posible hacerlo” (OMS, 2013: 37).

La medicina tradicional indígena es un punto de inflexión, que está “tensionando” la vida cotidiana de los indígenas misak, por cuanto, por una parte, ella es una de las claves de su historia, de su memoria, que muchos hombres y mujeres siguen y practican para mantener su salud, su equilibrio con la familia, con la comunidad, con la “madre tierra” y con el pishimisak, y por la otra, para otros misak la MTI es negativa, o al menos poco creíble, y acuden a otros tipos de atención occidental de sus “enfermedades”. Durante la investigación fue evidente que las dos propuestas medicinales en el territorio, carecen de espacios de encuentro en el que se propicie el debate y la deliberación colectiva.

Y este es entonces el primer aporte que puede hacer la comunicación en esta situación de conflicto entre culturas médicas: Reflexividad, diálogo y reconocimiento de los conflictos.

Una gran cantidad de autores han enfatizado en la necesidad de resaltar el carácter dialógico de la comunicación, y en lo complejo y profundo que puede resultar tomarse ello en serio. Este es el planteamiento de Rosa María Alfaro cuando plantea que “Comunicación es una puesta en común de dos o más subjetividades que se interpelan mutuamente, a través de dispositivos tecnológicos o no”.

Lo comunicativo – entendido como algo más allá de los medios -, es en esencia un proceso de configuración y reconfiguración de sentidos, es un proceso de aprendizaje colectivo que requiere de relaciones dinámicas entre sujetos.

Ahora bien, no se trata de una intención –ingenua-, de diálogo simplón, despojado de las cargas epistemológicas, políticas, o culturales de cada cultura médica. Por el contrario, la insistencia de la OMS en los esfuerzos que hay que imprimir para lograr la articulación de la medicina alopática con la MTC, esclarecen la complejidad del diálogo intercultural que se propone. De hecho no es un problema solo de la cultura misak y del sistema médico occidental local o regional.

Así lo evidencian los criterios propuestos por la OMS para que los sistemas nacionales de salud identifiquen las medidas esenciales que deberían adoptar para el logro de la articulación:

- i). Estudiar la utilización de la MTC, en particular sus ventajas y riesgos en el contexto de la historia y la cultura locales.
- ii). Analizar recursos nacionales para la salud, entre ellos los financieros y humanos.
- iii). Fortalecer o establecer políticas y reglamentos concernientes a todos los productos, prácticas y profesionales.
- iv). Promover el acceso equitativo a la salud y la integración de la MTC en el sistema nacional de salud, incluido el reembolso y posibles canales de derivación y colaboración.
- v). Considerar la importancia de cada práctica en el contexto nacional. Se debería insistir en la conveniencia de documentar y estudiar la práctica de la MTC a fin de categorizar las terapias o modalidades que respaldarán las políticas y los reglamentos pertinentes.
- vi). El diálogo interdisciplinario y la colaboración, ya que se requieren políticas basadas en el conocimiento, esto es crucial para integrar la MTC en los sistemas nacionales de salud.
- vii). En ese sentido se debería priorizar y apoyar la investigación con el fin de generar conocimientos.

Se trata entonces de una comunicación en diferentes niveles, entre decisores de políticas públicas, médicos alopáticos, homeopáticos, investigadores, sabedores o médicos tradicionales locales, “pacientes” con experiencias empíricas de articulación, entre muchos otros posibles.

El campo de la Comunicación, desarrollo y cambio social, es suelo fértil para desarrollar una mayor comprensión y reflexividad, tanto individual como colectiva, de las realidades sociales y los diversos desarrollos. Es un escenario donde se tiene la posibilidad de buscar “la articulación de los diversos campos del conocimiento y del saber hacer. Esta es una comunicación que se pone a disposición de la construcción del mundo de lo público, por medio de la articulación de los sujetos y de sus capitales” (Rocha, Aldana y Rodríguez, 2013).

En este sentido, resulta retador, el hecho de que se encontró en la investigación que son escasas las iniciativas de comunicación que busquen contribuir con el diálogo entre culturas médicas. Es sin duda, uno de los campos que desde las universidades debemos impulsar.

3.3. La comunicación en los misak y su diálogo intercultural.

En Colombia y en toda América Latina, se ha venido fraguando un campo de “comunicación indígena”, en el que activistas de la comunicación (indígenas y no indígenas), egresados de facultades de comunicación, investigadores, redes nacionales e internacionales, e incluso organizaciones públicas, están realizando esfuerzos de investigación y uso de las tecnologías en favor de los derechos de las minorías étnicas, es decir en verdaderas plataformas políticas.

Ejemplificante es, en ese sentido, el trabajo desarrollado por la investigadora indígena Vilma Rocío Almendra, quien hizo una conceptualización, diagnóstico y propuesta de estrategia de comunicación, para las comunidades indígenas del pueblo Nasa/Paez, asociadas en la “Asociación de Cabildos Indígenas del Norte de Cauca, ACIN”, estrategia que se conoce como “TEJIDO”.

En cuanto a los Misak, ellos han sido también pioneros del uso de la comunicación. La radio indígena “Namuy Wam” fue una de las primeras radios étnicas del país, y lo fueron también en contar con un colectivo de producción audiovisual compuesto por propios indígenas.

De acuerdo a sus propósitos de permanencia de la memoria, la comunicación en el pueblo misak, ha cumplido el valioso papel de transmisión oral de la tradición, y el uso de algunos medios de comunicación social, (como la radio y la TV mencionados), han contribuido en la pervivencia y difusión de aspectos su cultura, así como en promover el diálogo, en términos de igualdad, con otras comunidades no indígenas.

Más específicamente, se debe destacar que la programación de la emisora cuenta con espacios en lengua propia, así como con otros en castellano. Existen programas de grupos musicales misak, y un programa de capacitación para que se capaciten jóvenes, hombres y mujeres, en reportería, manejo de equipos, producción radial, entre otros temas.

En los planes de vida en cambio, más allá de los medios de comunicación mencionados, la comunicación no se contempla en sus aspectos estratégicos por ejemplo de acercamiento con sectores claves o de iniciativas de promoción y alcance de metas previstas.

Se podría decir que existe toda una *política de la identidad y de la memoria* en el pueblo misak, que abarca una universidad, una emisora de radio, talleres de medicina tradicional, tradiciones eficaces de educación de los hijos como el fogón, los propios taitas que como curanderos afianzan la tradición, política que, en el mismo sentido de los movimientos sociales indígenas contemporáneos, luchan por su reconocimiento como actores sociales sujetos de derechos, individuales y sobre todo colectivos, entre ellos a su autodeterminación como etnias y pueblos “diferentes”.

En ese sentido, tal vez uno de los retos clave, es el de consolidar espacios de debate y deliberación pública sobre los temas que están generando las tensiones., para de esa manera construir colectivamente reflexión sobre lo que es y debe ser el desarrollo social y humano de su territorio.

Por otra parte, siguiendo a la profesora Martha Rizo, la interculturalidad permite no sólo la coexistencia de las diferentes culturas sino también el intercambio significativo entre ellas mediante el diálogo, se busca aprender de lo diferente².

Para ella, la interculturalidad posee cinco pasos importantes para su práctica en el entramado social: auto percepción de las diferencias, disposición de la diferencia, búsqueda de comprensión mutua y entendimiento, búsqueda de estrategias y superación de obstáculos y finalmente permanente actitud de negociación de sentidos.

Sobre la interculturalidad algunos médicos guámbianos consideran que debido a las nuevas creencias religiosas que están llegando a Silvia, junto con las nuevas prácticas medicinales, muchos miembros de su comunidad han abandonado sus raíces culturales haciendo a un lado sus propias tradiciones y costumbres medicinales, cambiando algunos hábitos y olvidando lo que significa ser guambiano; algunos también piensan que los viajes que hacen fuera de su territorio para adelantar estudios, entre algunas otras razones, trae consigo la pérdida de identidad, “lo que conocen se modifica”.

² Algunos apuntes de su conferencia realizada en el marco de la V semana de la comunicación organizada por la Corporación Universitaria Minuto de Dios –Uniminuto-.

Aquí hay dos situaciones que son importantes. Por un lado, existe una negación mutua de las medicinas presentes en el territorio guambiano, y por otro, se evidencia que la presencia del hospital Mama Dominga en el territorio altera las formas de relación y las prácticas comunicativas entre los sujetos dentro de la comunidad misak, que a su vez también repercute en la relación de la comunidad con el entorno, con los otros diferentes. Siguiendo al profesor Alejandro Grimson “para que existan disputas debe existir algo compartido, al mismo tiempo que aquello que es compartido se forja a través del mismo conflicto” (Grimson, 2001: 54).

Estas dos situaciones pueden reafirmar que evidentemente lo compartido es la diferencia, pero para que ello se forje a través del conflicto claramente se debe reconocer la existencia del mismo conflicto. En este caso, probablemente sea necesario hacerlo visible, mediante la comunicación, para que los sujetos involucrados lo reconstruyan y lo asuman colectivamente.

Aquí las diferencias culturales evidencian las distintas formas en que cada una de las medicinas concibe la vida y la muerte, las normas y los valores. En guambia es claro que coexisten distintas formas de vivir y comprender el mundo, situación que puede entenderse de dos maneras, la primera como generadora de nuevos conflictos, y dos como posibilidad de relacionarse y obtener otros conocimientos.

Por otro lado, algunos de los médicos tradicionales que acompañaron éste proceso de investigación señalaron que la construcción del hospital en su territorio no era precisamente lo que necesitaban, es decir, los líderes guámbianos proponían la construcción de un escenario donde tuvieran la posibilidad de dialogar e interaprender con sabedores de su medicina tradicional, con ello buscaban recuperar y fortalecer colectivamente la memoria de su práctica médica; pese a ello aseguran haber recibido un hospital, impuesto por la cultura dominante, que no aporta a la protección y reconocimiento de sus hábitos medicinales; en últimas aseguran que la llegada del nuevo hospital a su territorio deslegitimó sus prácticas y normas ancestrales frente a las nuevas generaciones.

En resumen, esta disputa por el poder “medicinal” ejemplifica, como se ha venido evidenciando durante este recorrido, la fractura de las relaciones y por ende de las prácticas culturales y comunicativas: los actores sociales presentes en Guambia no reconocen la existencia o la validez de otro tipo de saberes.

Es decir, el saber científico, en este caso los conocimientos medicinales

occidentales, desconocen los conocimientos ancestrales de los Misak por considerarlos poco científicos, objetivos y comprobables; por su parte la comunidad indígena Misak considera que sus saberes medicinales ancestrales han ido desapareciendo, por culpa de la práctica medicinal dominante en su territorio.

Poner en la esfera pública tal conflicto puede ser el primer paso a una salida colectiva y por ende a un proceso intercultural. María Cristina Muller apunta al respecto lo siguiente:

“El espacio privado es el espacio de la singularidad en que cada uno es el que es y en que los hombres se diferencian por ser únicos. La capacidad humana de expresar las diferencias, usando como recurso la distinción, instiga al hombre hacia el entendimiento mutuo, hace posible el discurso y la acción y lleva al hombre a la esfera pública. En la esfera pública el hombre puede revelar quién es, puede revelar su singularidad porque existen otros que pueden oír y también revelar quiénes son. Y es en la esfera pública donde se construye la igualdad, teniendo como base la diferencia inherente a cada uno, a partir de la cual se busca un mundo común” (citado por (Rocha, C. A., 2010) Muller, María Cristina, 2007: 323-366).

Comprender los procesos interculturales de los Misak desde la comunicación implica centrar el estudio en las características de las relaciones sociales constituidas en el contexto, pues son éstas la médula espinal de la práctica social. Las relaciones sociales que los médicos de la comunidad indígena han venido consolidando a través de los años con algunos sujetos procedentes de otras culturas, pese a las dificultades, son un lugar simbólico donde se manifiestan y expresan las experiencias vividas.

En esencia, la interculturalidad como proceso promotor de nuevos sentidos, implica el reconocimiento, primero, de sujetos en capacidad de transformar su realidad social mediante el lenguaje y otros recursos materiales y simbólicos, y dos la comunicación como una dimensión dinámica, relacional, dialógica e interactiva.

4. AL CIERRE: REFLEXIONES A MANERA DE CONCLUSIÓN.

Entre otras reflexiones que se podrían hacer como conclusiones del análisis de las disputas entre estas culturas médicas y en torno al papel de la comunicación, podrían ser:

El montaje de la IPS “Mama Dominga”, sin duda es un proyecto que aunque genera los problemas mencionados en relación con la MTI, produce empleo, dividendos, y es en cierta forma “orgullo Guambiano”, que pocas comunidades étnicas tienen. En ese sentido, adoptaron el decreto 4972 de 2007, y crearon la IPS.

Tal vez lo que correspondería sería dar giro hacia la apropiación o la resistencia, de tal forma que la MTI se pueda incorporar a la IPS, e integrar con la medicina convencional; si es necesario se puede buscar apoyo en el Estado, en la OPS, o en otras organizaciones que ya tienen experiencia en la articulación.

Sierra Morena en tanto centro de cultivo de plantas medicinales, de capacitación, y de fabricación de medicamentos a base de plantas, es un lugar en el que convergen parteras, sobanderos, sentidores y demás médicos tradicionales, propios y a veces de otras culturas; este que es un potencial significativo debería permitir denominarle como de resistencia; sin embargo, más bien se podría denominar como de “adaptación” a lo que los gobernadores de cada periodo les asigne, o quizás, a los excedentes del presupuesto del Hospital.

Es preciso superar todo temor, y construir un ambicioso programa de MTI en el que la formación, la investigación, la sistematización, y el intercambio de experiencias, sean puntos claves de proyección. La salud intercultural es ya un hecho palpable en diversas comunidades y centros médicos, (como lo plantea la OPS) por lo que es posible influir en los gobernantes y en Mama Dominga.

Entre otros procesos y espacios, la resistencia se encuentra, sin duda, en las parteras; como portadoras de un saber médico que ha ocupado en muchos casos casi toda su vida, a pesar de cumplir con ciertos requisitos del Hospital, no ceden la esencia de su conocimiento; tienen en alta estima su labor, su vocación, y están siempre prestas a atender a toda aquella mamá que lo necesite. Respetan a los otros médicos tradicionales, y muchas veces, tal vez por los roles asignados a su género, se encuentran fuera de ciertas presunciones de prestigio y poder¹⁹.

La claridad de estas mamas es tan grande, que luego de muchas entrevistas, en la última, mama Agustina solicita algo clave: quiere ayuda para posicionar otra vez los “cinco principios para la formación de los niños guambianos”, ellos son:

- i). “Sembrar la placenta: Es un principio fundamental, se espera con esmero al nuevo miembro de la familia, la placenta se siembra debajo del fogón, o en una esquina de la casa; eso hace que ese Guambiano esté equilibrado, y que no se enferme; estará contento en su casa y en su comunidad. si está afuera, volverá a morir a su casa. Eso es parte del rito de sembrar la placenta.
- ii). Perforación de la oreja: si es mujercita la misma partera le hace la perforación, o una abuela que haga trabajos manuales, que sea honrada, que no sea miserable, y luego de que le haga la perforación, debe regalarle una pollita; eso es señal de respeto, es señal de que la niña y la abuela cumplen el compromiso de ser mujer.
- iii). La cortada de la uña: los abuelos cortan la uña, no los papás, si ellos lo hacen el niño se puede volver “uña larga”, es decir coger lo ajeno. Luego de cortar la una se le regala una pollita.
- iv). La cortada del pelo: dejar que crezca el pelo, hasta por ahí a los dos años, solo hasta que el niño pronuncie todas las palabras, solo en ese momento se debe cortar el pelo.
- v). El bautizo en las cascadas: el abuelo o abuela carga al niño, y deben tener un padrino; prenden una velita y mientras le echan el agua le ponen el nombre “Yo te bautizo “Barbarita”, es preferible que sea el nombre del abuelo o abuela y no nombres extranjeros o de moda”.

Por otra parte, aquí es claro que la convivencia no sólo significa vivir en armonía, implica también asumir políticamente las diferencias. Los disensos y los consensos entre las dos culturas medicinales se darán cuando en lo público sean expuestas las diferencias. En este punto la radio “Namuy Wam”, como otros medios de comunicación presentes en Silvia, serán claves como herramientas en la visualización y reflexión colectiva de los conflictos.

Indudablemente la estrategia con la que en Sierra Morena se intenta preservar y fortalecer, los usos y las prácticas de la medicina propia en los jóvenes Misak, es de enorme valor para la preservación de la memoria y la identidad de la comunidad indígena; no obstante pensamos en que también es necesario que políticamente asuman una posición frente al conflicto que viven a diario con los saberes occidentales.

Como vimos durante el trabajo aquí expuesto, la comunicación entre estos saberes medicinales no es un proceso sencillo; es complejo porque

requiere, por lo menos inicialmente, del reconocimiento legítimo de la diferencia.

Los misak buscan ser reconocidos como ciudadanos con capacidad de decisión real sobre su territorio. Una forma de vivir su ciudadanía es a través de la medicina ancestral. Mantener viva su medicina tradicional es una forma de resistencia cultural, con la cual han venido intentado visibilidad y comprensión de su cosmovisión.

En tal sentido, la comunidad Misak tiene derecho a que su cosmovisión, simbolizaciones y lógicas de vida sean tenidas en cuenta en el desarrollo social y humano dentro de su territorio, e incluso en el concierto universal de las ciencias, lo que es también uno de los objetivos de la comunicación para el desarrollo y el cambio social.

5. REFERENCIAS.

Acosta G. (2003). *“La esperanza y el espejo”*. Monografía para optar al Título de Antropóloga Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, disponible en: <<http://www.luguiva.net/invitados/detalle1.aspx?id=98&i=3>>, recuperado el 9 de Septiembre de 2013.

Alfaro, R. (2006). *Otra Brújula: Innovaciones en Comunicación y Desarrollo*.

Bello, Á. (2004). *Etnicidad y ciudadanía en America Latina*. Santiago, Chile: CEPAL.

Cortina, A. (1997). Ciudadanía Intercultural. Miseria del etnocentrismo. En A. Cortina, *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía* (págs. 152-153). Madrid: Alianza Editorial S.A.

Espitia, J. (2014). *“Medicina tradicional indígena y Políticas públicas en Colombia: Tendencias, avances, resistencias y agendas”*. Trabajo realizado para optar al título de magister en Antropología en la Universidad de los Andes. Mimeo.

Fandiño, Y. (2010) “Violación del Estado colombiano del derecho a la salud de los indígenas wayúu, por el suministro de medicina alopática y desconocimiento de su medicina tradicional”. En: Revista *Advocatus*, edición especial, n°. 15: 72-78, Universidad Libre Seccional Barranquilla.

Fernández, G. (2008). *“La Diversidad frente al espejo, Salud interculturalidad y contexto migratorio”*, Juárez Gerardo et al, Ediciones Abya Yala, Quito.

Granados et al. (2005). “Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental”. En: *Revista Ciencias de la salud*, enero-junio vol. 3, N°. 1, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia, Págs. 98-106.

Greebe, E. (1988). *La Medicina Tradicional: Una perspectiva antropológica. Enfoques en atención primaria*.

Grimson, A. (2001). *Interculturalidad y comunicación*. Colombia: Norma.

Instituto Panamericano de Derechos Humanos (2006). *Medicina indígena tradicional y medicina convencional*, p. 2. San José - Costa Rica: <www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/.../medicina.pdf>.

Jurado y Portela (2002). *“Osikik kom punukuntrap: ayudar a nacer la vida, el saber y la práctica de las parteras Guambianas”*. Departamento de Antropología, Universidad del Valle.

Mabit, J. (2004). *“Articulación de las Medicinas Tradicionales y Occidentales: El Reto de la Coherencia”*. Lima.

Martín-Barbero, J. (2001). *De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía*. Barcelona: Gustavo Gili.

Municipio de Silvia (2012). *“Plan de Desarrollo Estratégico, participativo e intercultural del municipio ‘Unidos por Silvia con honestidad y Gestión’”*. Disponible en: <http://www.silvia-cauca.gov.co/apc-aa-files/62623233323533353664323531393231/Original_PDM.pdf>, consultado en noviembre de 2014.

Muñoz, F. (2008). *Qué son los conflictos*. Universidad de Granada. Disponible en: <www.ugr.es/~eirene/publicaciones/eirene_manual.html>.

Norman, W. (1997). El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía. *La Política: ciudadanía. El debate contemporáneo* # 3, 5.

OMS:

* (2002a). “*Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002–2005*” Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf>, recuperado el 10 de octubre de 2013.

* (2002b). “*Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*, Ginebra, disponible en: <www.who.int>, recuperado el 15 de septiembre de 2013.

* (2009) “*Informe de la Consulta Internacional Sobre la Salud de los Pueblos Indígenas*”, disponible en: <http://www.who.int/hhr/activities/indigenous_peoples/1999_consultation_report_SP.pdf>. Ginebra. Recuperado el 10 de octubre de 2013.

* (2013). “*Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014–2023*” Disponible en: <www.who.int>, recuperado el 5 de mayo de 2014.

OPS:

* (2006). “*Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional, módulo de formación*”, disponible en <www.who.int>, recuperado el 15 de mayo de 2014.

* (2007). “*Informe de la reunión: Salud Integral con énfasis en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas*”. Disponible en: <<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-indigenas-07.pdf>>. Bolivia, recuperado el 8 de octubre de 2013.

* (2008). *La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo*: <http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf>.

* (2009). “*Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*”: <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>>. Quito, recuperado el 8 de octubre de 2013.

Portela, H. (2009). “*Aproximación conceptual a la problemática de salud y enfermedad en Guambía*”, disponible en: <ftp://ftp.unicauca.edu.co/cuentas/.cuentasbajadas29092009/dtm/docs/EHAS-AIEPI/CD-Programa-capacitadores/Area-Socio-Antropologica/APROXIMACION-CONCEPTUAL-A-LA-PROBLEMATICA.pdf>, recuperado el 30 de agosto de 2013.

Peña, J. (2009). “En las voces del pishimisak: apuntes etnográficos sobre el tiempo misak”. En: revista *Maguaré*, N°. 23, Universidad Externado de Colombia.

Rocha, C.:

* (2006). "La radio comunitaria para la construcción de lo público. Un análisis de nueve emisoras comunitarias del Huila". *Revista Mediaciones*, N°, 6, 51-62.

* (2010). *La radio comunitaria en Cundinamarca: una posibilidad para pensar el desarrollo*. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Rodríguez, J. (1998). “Adaptaciones bioculturales de los pueblos indígenas de Colombia hacia la conquista, medio ambiente, alimentación, salud y control demográfico”. En: “*La salud y la enfermedad*”. Universidad Nacional de Colombia, Colciencias. Cali.

Tunubalá, F. (2008). *Segundo plan de pervivencia y crecimiento Misak.. Guambía - Cauca: Digitos y disensos*.

Vasco et al. (1998). *Guambíanos: hijos del Aroiris y del Agua*. Universidad Nacional de Colombia.