



Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud

Santiago de Cali, Colombia, 14 de junio de 2005

Conversatorio: Perspectivas multiculturales de la promoción de la salud y políticas en salud en Colombia. ¹

Coordinación: Diego Ceballos

Profesor Escuela de Salud Pública y estudiantes de la Maestría de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle

Participantes: Harold Mauricio Casas y Luis Fernando Córdoba

Estudiantes Magíster en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle

Esta sección es un conversatorio. Traemos unas diapositivas que testimonian un conversatorio con la comunidad; los que estamos aquí somos interlocutores de las comunidades indígenas del sur del país y algunas comunidades indígenas del litoral pacífico.

Hace poco estuve en la República de Honduras. Tenía la misión de representar a la Universidad del Valle para una asignatura en el postgrado de Salud Pública denominada: Análisis de los Problemas de Salud Pública. Les voy a contar una serie de anécdotas, porque el objetivo del conversatorio es que todos podamos pensar, teniendo la oportunidad de construir argumentos propios. Cuando llegué a Honduras todos esperaban el modelo colombiano; empecé mi clase presentando el diseño metodológico y les dije: Colombia no es modelo para nadie y menos ahora; el modelo para Honduras se denomina Honduras. Nosotros llevamos 500 años leyendo historias que otros contaron, que no son de nuestro país y así continuamos construyendo definiciones que no consultan la realidad local.

En una ocasión estaba en el municipio de Silvia, en el departamento del Cauca, al sur de Cali; es un municipio muy hermoso, de un clima maravilloso y es la puerta de entrada a las comunidades Guambianas y Páez; me encontraba con uno de los líderes Guambianos y estábamos en un taller precisamente construyendo definiciones sobre salud. Le preguntaba al líder qué es salud para usted. Y él decía: "para mi salud es estar riendo". Y le dije: todos los paeces son saludables; y dijo: "No, estamos sonriendo, no riendo; llevamos 500 años que no reímos".

¹ Este documento es una transcripción de las grabaciones del Conversatorio en el Seminario.



Lo que trasciende esa definición, no es una definición académica, es una definición que trasciende la historia y que está allí, construyendo una respuesta histórica de un pueblo que quiere participar en un modelo de construcción y en una evaluación histórica de salud.

En otra ocasión estaba en el río San Juan, éste, desemboca en el Litoral Pacífico. Estaba con un indígena Guaunana asiático, inmigrante, de ojos rasgados. Se llama Américo Cabezón; estábamos pescando a la orilla del río, porque todos los días son buenos para pescar. Efectivamente la pesca fue maravillosa, llevábamos una hora y yo había sacado diez pescados de diferente especie. Cuando él contó los pescados llevábamos diez míos y otros tantos de él; me dijo: “profe, vamos ya”. Yo le dije: “cómo nos vamos a ir, si la pesca está maravillosa”. El me contestó: “Para qué los va a sacar todos; déjelos para mañana que ahí permanecen fresquitos”. Me dio pena, porque yo soy paisa y tengo esta mentalidad acumuladora que heredé. Saqué la línea de pescar y le dije: “vamos Américo, tienes toda la razón”.

Necesitamos muchas conversaciones con la comunidad para poder construir un diseño propio de atención primaria y de promoción de la salud. Hemos leído y eso está bien; hemos traído y eso está regularmente bien; pero necesitamos construir con nuestra gente, y yo felicito esta conferencia porque al fin se está reivindicando lo local, y desde lo local tenemos que construir nuestra propia mirada, la mirada de nuestra gente, para llevarla a la universidad, porque es un pensamiento muy profundo.

Por consiguiente y para finalizar, también la comunidad no está allá, sino que está en mí. Cuento dos anécdotas: estaba en Guambía dictando un taller sobre salud materno infantil, y todos los indígenas Guambianos hablaban de “mi comunidad” y a mí me entró un poco de angustia y les dije: “Bueno, ustedes hablan de mi comunidad para arriba y para abajo y yo qué, me están excluyendo”; uno de los indígenas se sonrió y me dijo: “profe tranquilo, es que como usted estudió, la perdió”. Me quede pensando mucho.

Y para finalizar, estábamos en el bajo calima 10 Km, antes de Buenaventura en el Litoral Pacífico; entonces a nuestro grupo de investigación llegó un arquitecto joven y la partera líder, Antonia la Chocoana. Cuando llegamos a la comunidad, lo presentamos y le pregunté ¿qué opinas Antonia?. “Pues me gusta su figura” contestó. Le dije “es un arquitecto y nos va a ayudar en la construcción de lo que ustedes quieren aquí”. Y dijo Antonia: “bueno el tiempo dirá”... eso quiere decir que ellos también tienen sus mecanismos de evaluación. Le regaló una gallina, él la recibió y le dijo: “pero, Antonia yo que voy hacer con una gallina, por favor déjala aquí y me la cuidas”. Ella dijo: “sí te la cuido”.

Después de 15 días ya le tenía los huevos guardados y le dijo: “Tu gallina ya tiene siete huevos, y ese mundo de compañeros con los que vienes”; a lo que él respondió: “Excelente, pero esos son mis huevos y no de mis compañeros, porque esa es mi gallina”. A los dos meses el hombre ya no trabajaba con nosotros, porque peleó y se fue, lo cual le contamos a Antonia. Ella dijo: “Yo sabía que él no iba a volver”. ¿Por qué Antonia? “Porque mira: le regalé una gallina...y ¡qué irresponsabilidad! – sacó el indicador –... pero no me dejó con que cuidarla...; le regalé siete huevos ¡qué insolidaridad!, no los repartió con los amigos sino que dijo: míos. Y la gallina que era tan juiciosa, cuando yo se la



regalé a él se trepaba a los patios y ponía los huevos en toda parte, qué anarquía”. Entonces vemos que también hay mecanismos de evaluación.

Igual que un indígena, Arcadio Pizarro, en la comunidad de Puerto Pizarro, que lleva su nombre. Las indias Guaunanas, cuando la niña tiene su menstruación por primera vez, corren y le avisan al papá y éste se llena de alegría porque su hija es una mujer completa y entonces, va y le cuenta al curandero, al Jaibaná, y éste hace una mezquita y coloca una nueva menstruante, con lo cual hace una distribución en el año y se da cuenta que en el mes de junio es cuando más menstruantes hay, y le dice a la comunidad: “siembren en junio el maíz que es cuando más cosechas tendremos, porque la fecundidad de la mujer no es capricho de la naturaleza; que se junten en el mes de junio, algo nos está avisando,...la mujer es como la tierra”.

Esa integración armónica, donde el cuidado del ser humano en la promoción de la salud, tiene que ser también promoción de la tierra, promoción de los animales, promoción de todo ese entronque armónico que tienen los indígenas. Muchas gracias, este es el sentido de la introducción de este interlocutorio con la comunidad.

Intervención de Harold Mauricio Casas

Les habla Harold Mauricio Casas, de la comunidad de los Paeces en Tierra Adentro, Cauca. Trataremos de hablar y conversar un poco acerca de lo que es la promoción de la salud, desde la cosmovisión de los pueblos indígenas.

No podía empezar este tema sin que conociéramos estas cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, sobre la población indígena de Colombia. No alcanza a sumar el 1.83% de los más de cuarenta millones de colombianos que existimos hoy sobre este país; distribuidos en 81 etnias, de las cuales, los Guayú del norte de Colombia y los paeces del Cauca, Valle, Tolima y Huila, conforman las etnias más numerosas. Nuestra pirámide poblacional es de base ancha y una fuerte reducción en su cima. La tasa de fecundidad que tenemos de 6.5 nacimientos por mujer, que supera en el doble a la tasa nacional, y tenemos una tasa bruta de natalidad de 41 nacimientos por cada mil habitantes, que para Colombia es de 26. Esto puede significar que la comunidad indígena tiene problemas con sus madres, de muchos hijos, de muchos factores de riesgo; pero mirémoslo de abajo: la esperanza de vida en las mujeres indígenas es de 57.8 años y en los hombre de 55.4 años, cuando en el resto de Colombia, por lo menos el promedio es de 70 años.

Tengo que abordar estos datos estadísticos, porque la salud en las comunidades indígenas tiene que ver con la vida; la salud en las comunidades indígenas no significa hospital, no significa pastillas, procedimientos, cirugía; salud en las comunidades indígenas tiene una connotación grande, fuerte, de la estrecha relación con la madre tierra, con las plantas, con el ambiente, con las tres casas de los paeces que vamos a ver más adelante y es una definición que trasciende la definición reduccionista de salud de la medicina occidental.



La salud en la cosmovisión indígena, -y esto puede ser válido para Guambianos, Yanaconas, Paeces, Totoroes, Coconucos, descendientes de Pijaos en el Huila, los Tamas Paeces- es vista como la relación hombre – naturaleza; o sea, somos menos teóricos, pero venimos manejando un concepto amplísimo de la salud pública y de la promoción de la salud, seguramente no en esos términos, desde hace miles de años. Por ejemplo, en los Paeces se da desde el concepto de las tres casas: una casa de arriba, que tiene que ver con los astros, con la luna, con la nube y que influencia fuertemente la determinación de los cultivos, las siembras, etcétera y hasta el mensaje que trae una nube cuando está oscura interpretada por el médico tradicional.

La casa sobre la que estamos ubicados, sobre la que se ubican las fuentes de agua, los páramos que son los lugares sagrados para los indígenas, sus fuentes de agua, sus fuentes de nutrición. Y una última casa que es la casa subterránea que la asociamos fuertemente con los antepasados, con el destino ligado fuertemente a la relación hombre – madre tierra. El concepto de salud ha avanzado de un modelo reduccionista del hombre, juez del ambiente, a un modelo ecológico de la salud. En el mundo indígena, ese concepto ha existido siempre; salud en el mundo indio es armonía y equilibrio, hombre – naturaleza; enfermedad será todo aquello que rompa el equilibrio y la armonía.

Si el pueblo indígena no tiene tierra y no tiene equilibrio, hay enfermedad. Si el pueblo indígena no tiene alimentos, se rompe el equilibrio y hay enfermedad. Si hay enfermedades de afuera, como son consideradas la tuberculosis, la malaria, el dengue, etcétera, son enfermedades que se producen del rompimiento de ese equilibrio. Y su cosmovisión se complementa con su medicina tradicional, que en algunas partes como el Cauca se ha llamado “un sistema cultural de salud”, dado en la relación de los agentes propios, las plantas y los rituales. Pero no parece la salud definida como la institución, como hospital, como régimen de seguridad social, como procedimientos. Es desde allí donde se va marcando nuestro pensamiento de lo que es la promoción de la salud.

Y me surge el siguiente comentario: con las prioridades que el gobierno tiene en materia de salud y de promoción de la salud, por ejemplo, en materia de planificación familiar y sus resultados de aplicación en comunidades indígenas, pues desde luego que los pueblos indígenas salen rajados en materia de cumplimiento. Pero habría que hacer el siguiente análisis: ¿habrá interés de las comunidades indígenas en planificar, cuando les mostramos que nacen muchos y se mueren muchos también?, cuando les mostramos que vamos en el 1.83% de la población y, cuando aparte, factores como la violencia, el desplazamiento, la desnutrición, las altas tasas de mortalidad materna, prenatal e infantil los golpean y nos golpean fuertemente. Encontramos que son prioridades que se quieren imponer en las comunidades, cuando esas no son nuestras prioridades.

Desde ese pensamiento ancestral de la cosmovisión en salud de los pueblos indígenas, se han construido evidencias que pudieran aportar desde lo local y combinar con lo que siempre nos llega de afuera y que se escribe en inglés o en otros idiomas, cuando desde estos espacios se han construido modelos de promoción de la salud efectivos, seguramente no medidos desde lo epidemiológico, estadístico o cuantitativo, pero que pudieran llevarse seguramente a estudios y buscarle resultados para cuadrarlo en cifras y mostrarlo y escribirlo.



De esta primera experiencia de acciones y significaciones de la promoción de la salud en la comunidad indígena de Puracé, el Doctor Luis Fernando Córdoba va hablarles en seguida. Antes quiero referirme a algo: ¿Serán las prioridades de la promoción de la salud de este modelo asistencialista de seguridad social en salud, las mismas de los pueblos indígenas en Colombia?. En esta dinámica mundial de la globalización, del TLC, las comunidades indígenas ven amenazada su diversidad, su cultura, cuando en escuelas de comunidades indígenas se daba hasta hace unos meses colada de bienestarina a los niños con soya transgénica traída de afuera. Cuando los alimentos como el maíz, empiezan a ser reemplazados por fórmulas manejadas genéticamente afuera, para desplazar los cultivos que han sido tradicionales en la huerta indígena.

Hemos trabajado, desde la alcaldía en el municipio de Páez, en nombre del movimiento indígena y no de un partido tradicional, en la recuperación de la alimentación propia de los paeces. Qué excelente oportunidad para que los indígenas vuelvan a recoger sus semillas, sus especies tradicionales y hacer sus fórmulas enriquecidas. Nos dio un excelente resultado. En las escuelas empezamos a manejar el “tul”, las especies menores y todo aquello que se había perdido en la cocina indígena para tratar de sobrevivir a esa avalancha de productos que van a entrar cuando le acaben de abrir la puerta a los americanos con su TLC.

También el Doctor Luis Fernando ha tenido una experiencia similar en el municipio de Puracé. Pero también hemos tenido que avanzar en el abordaje intercultural de la mortalidad materna en comunidades indígena; y es que si de información en estadística de mortalidad materna o en general de datos estadísticos para países como el nuestro, por lo menos el subregistro se acerca al 50% y si es en comunidades indígenas ni siquiera sabemos cuánto es, debe ser mucho mayor. Pero hay factores culturales que alejan a nuestras madres indígenas y gestantes de acceder oportunamente a los servicios institucionales de salud. Por ejemplo, cuál será el significado de una indígena respecto de lo que significa la placenta, el cordón umbilical y todos los residuos del parto previo, durante y después al tener un bebé; si no se conoce eso, y si desde la institución no se respeta a nuestras madres, contribuimos a elevar las tasas de mortalidad materna y perinatal.

En el Cauca se han hecho algunos esfuerzos por reconocer esas diferencias, por acercarse, por conversar, por hacer un intercambio con las parteras, para que trabajemos juntos en la disminución de estos terribles indicadores de salud para nuestras comunidades. Pero también hemos avanzado en el manejo integral de problemas graves de salud pública, como el manejo de los residuos sólidos y el año pasado presentamos la experiencia en un foro de la Universidad del Valle. Esa experiencia hoy es transmitida cada 15 días por la televisión nacional como ejemplo para el país, de cómo a partir de la concepción indígena de lo que son los residuos sólidos se puede manejar este grave problema de la gran mayoría, por no decir todas las comunidades del país.

Y por último, hacer promoción de la salud en comunidades indígenas arranca desde la construcción de planes de desarrollo y planes de vida; desde allí mismo arranca la evaluación de los proyectos porque se construye a lo indígena en comunidad. Y no son



planes de desarrollo a tres y cuatro años, sino son planes de vida proyectados a 20 años donde las comunidades definen qué quieren hacer de su salud, de su vida, de su producción, de sus jóvenes. De esto podemos hacer referencia de los procesos de Toribio, de Jambaló, de Páez y ahí están los compañeros de la IPS, de la ARS, de la IPS indígena que pudieran más adelante a ayudarme a complementar esto.

Experiencias como la de Silvia en el trabajo en promoción de la salud desde las plantas medicinales. Nos preguntamos como indígenas por qué la curación de la enfermedad tiene que ser necesariamente con medicamentos, que ahora van a entrar por las multinacionales cuando se abra nuestro país a recepcionar todos los productos de afuera en este tema.

Y finalmente, también se hace promoción de la salud en la comunidad indígena con los procesos de resistencia civil pacífica. Hoy la violencia que ataca y que tiene sumido al país en un conflicto que ni siquiera se reconoce, la comunidad indígena lo ha abordado desde acciones como la desmovilización social para prevenir la violencia que los está acabando y los está desplazando. En resumen, la promoción de la salud, su efectividad vista desde nuestra cosmovisión, no es compatible con el modelo de promoción de la salud planteado y formulado e impuesto por el actual sistema de seguridad social de este país.

En las comunidades indígenas esperamos seguir persistiendo en nuestros modelos, esperamos que podamos escribir algunas cosas de estas, documentarlas y apoyar esos procesos, y volverlo también un poco teórico para efectos de compartirlo en los espacios académicos y que tengan seguramente mayor validez; no validez comunitaria porque la tienen desde luego, sino poder discutir en otros términos, con cifras y cuadros como se acostumbra este tipo de intervenciones.

Muchas Gracias.

Intervención de Luis Fernando Córdoba

Voy a contarles la experiencia de acciones y significaciones de promoción de la salud en la comunidad indígena de Puracé. Lo que yo he hecho como estudiante de la Maestría de Salud Pública de la Universidad del Valle, es recopilar lo que la gente piensa. Un día, hace más o menos un año, miramos hacia atrás lo que se estaba construyendo comunitariamente desde una pregunta o desde una inquietud: ¿se está perdiendo las costumbres de las comunidades indígenas?, y desde ahí empezamos a trabajar una serie de actividades que recopilaban aspectos de promoción de la salud, que más que promoción de la salud es promoción de la vida.

Este trabajo de grado se acerca a muchas definiciones que la comunidad hace, plantea muchas significaciones, definiciones de promoción de la salud; pero yo les voy hablar solamente de algunos aspectos en específico.



Lo primero es algo que resume lo que se ha venido diciendo a lo largo de este conversatorio. La comunidad indígena del corregimiento de Puracé concibe la promoción de la salud dentro de una triada fundamental: la tierra, la familia y la medicina tradicional, en relación armónica las tres. Tierra, que tiene que ver con todo lo que ya se habló. Familia, donde está el ser humano, y la Medicina Tradicional que ayuda a fortalecer la familia, la tierra.

Por encima de toda esta triada fundamental existe este aro, que la comunidad denominó: organización. Este diagrama fue construido por la comunidad en una de las plenarias de la construcción de la tesis. Esa organización habla sobre esta triada y habla sobre la organización que existe desde los cabildos, desde la comunidad, quienes presentan propuestas, proyectos, trabajos a la ONG's y al estado como las IPS, la Alcaldía, las ARS y el ICBF, etc. Esa organización le permite a este cabildo o a esta comunidad hacer la presentación de trabajos a estas entidades.

Por encima de esta triada, esta este aro que es la educación o capacitación. La comunidad la plantea como una educación que debe surgir de tener un hogar, que hable sobre la medicina tradicional, sobre la tierra, sobre la familia, sobre la organización de esas comunidades indígenas y que en la escuela se debe replicar lo que en el hogar se hace. No debe ser una educación impuesta o traída de otras partes, con maestros bilingües en las zonas que se hablan los dos idiomas. Lo mismo pasa con el colegio y lo mismo debería ocurrir con las IPS que existen en los municipios o con las entidades que hagan capacitación en los municipios.

Además de esto, ustedes ven aquí un espiral que está hecho hacia donde los médicos tradicionales sacan los males y las impurezas y los dolores de las comunidades en sus rituales de medicina tradicional y que representan la unión que permite que todo esto esté ligado entre sí, que pueda hacerse organización, que se puedan movilizar diez mil o cincuenta mil indígenas en el momento que se requiera.

De ahí salen unos preceptos muy lógicos, que surgen de ese diagrama que se presentó inicialmente y son los siguientes:

- El ser humano, en relación con la medicina fundamental y la tierra, es la base fundamental de la salud en la comunidad indígena del corregimiento de Puracé.
- Promoción de la salud en la comunidad indígena debe estar en una relación armónica con la tierra, que la gente tenga huertas que proporcionen leña para el fogón, alimentos para la familia, animales y plantas medicinales.
- Capacitarse y apersonarse para actuar es promoción de la salud.
- La educación en salud y vida desde lo propio, ayuda a preservar y recuperar la cultura y las costumbres, y es una herramienta para promocionar la salud.

Lo que acabamos de ver implica una reconstrucción de la promoción de la salud a nivel local. Aquí hacemos algunas preguntas que considero importantes y son las siguientes:

- ¿La lectura de los determinantes de salud se hace desde la visión institucional o desde la cosmovisión indígena, en donde tiene que ver el reconocimiento del otro?



- ¿Es posible la formulación de políticas públicas, a partir de las construcciones locales y desde la cosmovisión de los pueblos indígenas?, y si es posible, ¿se puede hacer o se va hacer?
- ¿Son válidos los actuales modelos de promoción de la salud impuestos en las comunidades indígenas?
- ¿Es posible lograr promoción de la salud sin construir sus definiciones y prácticas desde la comunidad, llámese estilos de vida saludable o fortalecimiento y recuperación de lo propio?

Y aquí radica una de las grandes diferencias que encontramos con la tesis, no se trata entonces de llevar una promoción de la salud, unos estilos de vida saludables e imponerlos en una comunidad; se trata, por ejemplo para la comunidad indígena de Puracé, de fortalecer y recuperar lo propio en lugar de fomentar estilos de vida saludables. Para ellos esto es promoción de la salud.

Como ustedes ven, creemos que es indispensable la construcción y la reconstrucción; y si es necesario la reconstrucción de terminología dentro de las comunidades y dentro de la comunidad que existe en cada una de las regiones, llámese indígena, negros, mestizos o blancos.

La invitación que hacemos entonces con estas experiencias, es contar lo que la gente dijo. Mi trabajo fue muy sencillo porque recopilé simplemente lo que la gente decía. Creemos que es necesario reconstruir la promoción de la salud y no solamente en las comunidades indígenas, sino también en las comunidades blancas, en las comunidades negras y en las comunidades en las cuales todos trabajamos.

Muchas Gracias.