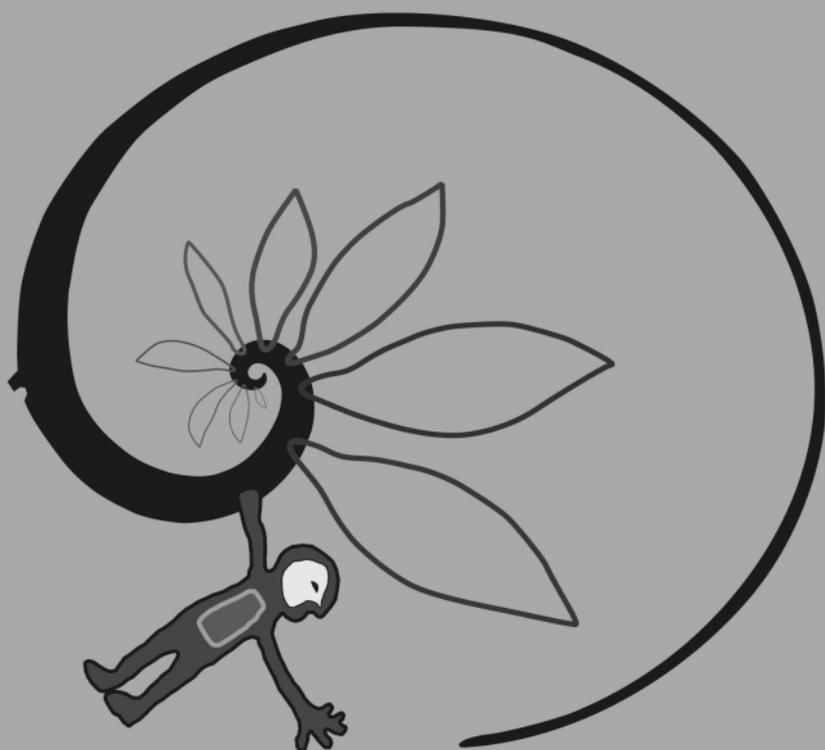


Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE AMAZONIA



Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones / Giovanna Liset Reyes Sánchez, [... et al.]. -- Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia; Bogotá: ARFO Editores e Impresos Ltda., 2009.

206 p.: il. : cuadros.

ISBN: 978-958-719-171-4

1. Diálogo De Saberes. 2. Salud Pública. 3. Etnobotánica. 4. Antropología 5. Giovanna Liset Reyes - ed.

ISBN: 978-958-719-171-4

© Universidad Nacional de Colombia - Sede Amazonia

EDITORIA:

Giovanna Liset Reyes Sánchez

DIAGRAMACIÓN E IMPRESIÓN:

ARFO Editores e Impresores Ltda.

Cra. 15 No. 54-32 Tel.: 2175794 - 2494753

Bogotá, D. C.

casaeditorial@etb.net.co



Índice

	Pág.
PRESENTACIÓN	
<i>Germán Palacio</i>	5
INTRODUCCIÓN	
<i>Giovanna Liset Reyes Sánchez</i>	9
I Parte	
DIÁLOGO DE SABERES:	
MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD PÚBLICA	
Salud sexual y reproductiva bajo un nuevo concepto: reproducción social	
<i>Giovanna Liset Reyes Sánchez</i>	17
Destilación del conocimiento indígena	
<i>Daniel Aguirre Licht</i>	49
Las dinámicas del discurso de la maloca	
<i>Juan Felipe Guhl Samudio</i>	67
Medicinas y encuentros heterogéneos: una mirada hacia el conflicto y el diálogo de saberes	
<i>Edgar Eduardo Bolívar</i>	105
Mujer y salud: propuesta para educación en salud con mujeres indígenas del Amazonas	
<i>Martha Cecilia Suárez-Mutis y Mauricio Díaz Rojas</i>	111



II Parte
PLANTAS MEDICINALES Y PRODUCTOS NATURALES:
UNA ALTERNATIVA SOSTENIBLE

Estudio etnofarmacológico de las plantas medicinales usadas en el Caribe colombiano <i>Harold Gómez Estrada, Lionel Germosén-Robineau y Emmanuel Nossin</i>	135
Comercio de plantas medicinales. Situación de Chile frente al mundo <i>José Luis Martínez, Francisco Barraza y Marcela Samarotto</i>	157
Cultivando la salud: modelo para la incorporación del uso de plantas medicinales en la atención primaria de la salud <i>Cristian Desmarchelier, Jorge Rubén Alonso, Luz Piedad Sánchez Villarreal y Hugo Golberg</i>	171

III Parte
MEMORIAS: COSMOVISIONES EN CONTACTO

Memorias y conclusiones del laboratorio regional latinoamericano sobre medicina tradicional <i>Giovanna Liset Reyes Sánchez</i>	195
--	-----



Presentación

No es descabellado pensar que sectores de gente más educada o ilustrada, de un lado, y de comunidades rurales pobres, de otro, no siempre hagan caso de la propaganda a favor de consultar periódicamente a un médico o de recurrir al sistema de salud formalmente institucionalizado. Ello ocurre, no obstante, por razones diversas: en el primero de los extremos porque tienen suficientes recursos para tener un nivel de vida mejor que eventualmente los conduce a recurrir menos a los médicos o porque pueden consultar con amigos o parientes o porque son escépticos sobre la eficacia y calidad del sistema de salud en el país y prefieren recurrir a métodos alternativos. En el segundo, porque no tienen acceso, o es muy complicado penetrar el sistema y el esfuerzo es demasiado grande para los resultados obtenidos, o porque tienen algunos recursos de conocimiento provenientes de su propia relación con plantas medicinales u otros elementos de su entorno natural que pueden movilizar debido al saber transmitido oralmente en sus propias comunidades. En el segundo de los casos se concentró el seminario que llamamos “Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones. Experiencias de medicina tradicional al servicio de la salud pública”, que tuvo lugar en Leticia entre el 10 y el 12 de mayo de 2007.

Como un esfuerzo de la iniciativa de la Cooperación italiana Progetto Mondo-MLAL y el apoyo del proyecto Saber y Gestión Ambiental SyGA, de la Sede Amazonia de la Universidad Nacional de Colombia, se realizó el seminario que es la base del libro que aquí se presenta. Debemos hacer un reconocimiento especial al colega Enrico Neri, quien trabajó infatigablemente para que este evento llegara a un feliz término. Otras instituciones y personas también tuvieron un rol determinante en el éxito del mismo: el Departamento de Antropología de La Universidad de Los Andes, Alfo y el Centro de Orientamiento Educativo, los cuales aportaron de diferente manera a un se-



minario que intentaba reconocer y valorar saberes que se derivan de prácticas de conocimiento epistemológicamente distintos al de la ciencia convencional, para ponerlas a dialogar en perspectiva crítica frente al sistema de salud institucionalizado, lo que incluye la posibilidad eventual de mejorar efectivamente los sistemas de salud pública.

En ese sentido, el proyecto de Fortalecimiento del Saber y la Gestión Ambiental, SyGA, acogió con entusiasmo la iniciativa de la cooperación italiana, como una forma de ayudar a resolver una preocupación propia. Además de las temáticas de “desarrollo amazónico sostenible”, los temas de la “ecología política”, la “gestión ambiental” y el “diálogo de saberes” son los componentes principales de un proyecto que tiene un sello “ambiental” en el sentido de la reflexión que acopla preocupaciones que indagan sobre temas provenientes del sistema natural con el sistema social.

Casi simultáneamente, el proyecto SyGA, patrocinado por la cooperación holandesa, NUFFIC, realizó un encuentro de diálogo e intercambio de saberes entre mujeres indígenas sobre los temas específicos de la gastronomía amazónica y propició un intercambio de semillas que se plasmó en un documento bellamente ilustrado por las mismas mujeres y que lleva como título *Atizando el fogón*, publicado por la Sede Amazonia de la Universidad Nacional y la Corporación El Río.

Para dar continuidad a este esfuerzo enmarcado en el diálogo de saberes, el proyecto SyGA con Colciencias patrocinaron, apoyados en el Grupo de Etnología y Lingüística y el grupo de Historia, Ambiente y Política, durante el mes de noviembre de 2008, un encuentro de experiencias en diálogo de saberes, con actores productores de conocimiento y del sector académico. ¿Cuáles son las variedades de experiencias que se presentan como diálogo de saberes? ¿En qué consisten y varían estas experiencias? Y ¿cuál es el estatus epistemológico de semejantes intentos que, en cierta forma, ponen en aprietos a un saber que se pretende universal y que es convencionalmente aceptado en las universidades como la verdadera “ciencia”?

Recogiendo una tradición latinoamericana que tuvo entre uno de sus más importante exponentes a Orlando Fals Borda, pretende actualizar las experiencias y reflexionar críticamente de modo que se reconozca mejor un campo que parece todavía experimental pero muy promisorio.



Este libro pretende colocar sólo un grano de arena en esta área compleja que incorpora saberes locales con conocimientos especializados provenientes de la epistemología, la antropología y las ciencias de la salud, entre otras. Para la Sede Amazonia es un libro que permite resaltar algunas experiencias amazónicas en un contexto más amplio de carácter latinoamericano. Con ello, la Sede Amazonia no sólo aporta a los conocimientos de la región sino también, en escalas más amplias, proyecta su acumulado como corresponde a una época de globalización del saber.

Este proceso renovado en la era del conocimiento no deja de intentar reconocer la importancia del conocimiento local y al mismo tiempo, tampoco deja de preguntarse por el súbito interés en los saberes locales que por tanto tiempo fueron despreciados. ¿Se trata de un mejoramiento de nuestras formas de entender el saber? ¿O, más bien, utilizando el método paranoico-crítico, es una nueva forma de encadenar un conocimiento que enfoca su interés en las nuevas posibilidades de la acumulación de capital asociado al ámbito de la biodiversidad y se acopla a grandes empresas multinacionales? En el medio, entre esos intereses transnacionales y la búsqueda de la protección y valoración del saber local, ¿qué se podría decir de otros intereses más enfocados en la salud pública, como tal? Este libro debería contribuir a aportar, en mayor o menor medida, a varios de los cuestionamientos aquí levantados.

GERMÁN PALACIO

Director Proyecto SyGA

Universidad Nacional de Colombia-Sede Amazonia

Leticia, 9 de noviembre de 2008





Introducción

La idea de la presente publicación surge después de realizar el Laboratorio regional latinoamericano sobre medicina tradicional, llamado: “Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones. Experiencias de medicina tradicional al servicio de la salud pública”, que tuvo lugar en la sede Amazonia de la Universidad Nacional de Colombia en mayo de 2007. Este encuentro se realizó en el marco de la ejecución del proyecto EAS 2004 MED: “Iniciativa de Educación al desarrollo sobre la estrategia OMS para las medicinas tradicionales: valorar los recursos locales para un mejor acceso a la salud”, gracias al trabajo conjunto de la ONG Progetto Mondo: Movimientos Laicos para América Latina (MLAL) y el proyecto Saber y Gestión Ambiental (SyGA).

El laboratorio regional latinoamericano sobre medicina tradicional, con el fin de promover un “diálogo de saberes”, reunió a investigadores de México, Brasil, Argentina, Chile, Perú y Colombia e igualmente a indígenas de la Organización Nacional Indígena de Colombia, de la Fundación Sol y Serpiente del Cauca (Colombia) y otros líderes indígenas, médicos tradicionales, sabedores y parteras del departamento del Amazonas de Colombia. Cada uno presentó su experiencia en tres grandes temas de interés para la estrategia de la OMS sobre medicinas tradicionales: un primer paso hacia el diálogo.

Las sesiones fueron las siguientes: “Prácticas de salud tradicionales y articulación con instituciones de salud pública”, “Plantas medicinales y productos naturales: una alternativa sostenible” y “Cosmovisiones en contacto: Diálogo de saberes”.

La primera temática tuvo un enfoque cultural. Aquí la medicina tradicional fue presentada como una construcción social y, tal como lo explicaron des-



de el contexto amazónico las autoridades tradicionales Ticuna, del pueblo Andoque y Upichía, está ligada a un territorio.

Por esta razón, las actividades para el cuidado de la salud y prevención de la enfermedad dependen de los calendarios ecológicos y epidemiológicos, que no sólo consideran el origen biológico de las enfermedades, sino también el espiritual, mostrando así las plantas medicinales como un elemento más del manejo integral de la salud y el territorio. La segunda temática planteó el escenario actual del uso de plantas medicinales por parte de algunas etnias indígenas e igualmente la investigación y desarrollo de productos farmacéuticos con base en plantas medicinales en contextos nacionales latinoamericanos. En la última fase del evento, se analizó el tema de diálogo de saberes entre medicina tradicional y salud pública. Así, se construyó una gran mesa redonda de opiniones, recomendaciones y propuestas, de donde se obtuvieron importantes conclusiones que vislumbraron nuevas alternativas a la dicotomía naturaleza/cultura, en el contexto de la apropiación y construcción del conocimiento en salud para Latinoamérica.

Esta publicación presenta los artículos de algunas ponencias expuestas en cada sesión, que a su vez se agruparon en tres partes. La primera parte diálogo de saberes: medicina tradicional y salud pública, recoge cinco artículos mostrando la dinámica social de la salud y la enfermedad de diferentes comunidades y etnias indígenas de la Amazonia colombiana, así como sus encuentros y desencuentros con el sistema de salud nacional, contrastando lo anterior con la opinión de dos investigadores acerca de lo que representa el diálogo de saberes en este tópico.

El primer artículo, de Giovanna Reyes, presenta una mirada de la salud sexual y reproductiva, exponiendo claramente las formas de construcción del conocimiento y las prácticas de indígenas Ticuna en esta temática, así como su fuerte relación con el territorio, en contraste con los programas de cuidado que se ofrecen para ellos.

El artículo de Daniel Aguirre ilustra coherentemente algunas razones históricas y culturales que permiten tener una visión más amplia de la tensión que existe entre la medicina tradicional y la salud pública, en el uso de plantas medicinales.



Juan Felipe Guhl muestra también cómo la salud está ligada con el cuerpo y el manejo del territorio, e igualmente que las enfermedades son construcciones sociales, planteando un cuerpo argumentativo que integra la experiencia en campo con indígenas del río Mirití-Paraná y los postulados teóricos de diferentes autores de las ciencias sociales.

Edgar Eduardo Bolívar expone su reflexión ante la confluencia de diversos actores y perspectivas alrededor de la temática tratada en el evento y las implicaciones políticas de un diálogo de saberes entre medicinal tradicional y salud pública.

Martha Cecilia Suárez y Mauricio Díaz, como autores invitados a esta publicación, presentan una experiencia de trabajo en educación en salud con comunidades indígenas del sur del Amazonas, que pretendió dar inicio a la primera formación de mujeres indígenas con conocimientos en salud para el manejo del nivel comunitario de atención. Esta experiencia nos muestra importantes elementos metodológicos que pueden permitir un “diálogo de saberes” real entre medicina tradicional y salud pública.

La segunda parte, plantas medicinales y productos naturales: una alternativa sostenible, recoge tres artículos acerca de la investigación y utilización de plantas medicinales por parte de investigadores etnobotánicos. Harold Gómez Estrada, Lionel Germosén-Robineau y Emmanuel Nossin, mediante una caracterización etnofarmacológica, describen los usos más significativos de plantas medicinales en la medicina tradicional de la costa atlántica colombiana, elaborando un herbolario terapéutico muy completo y planteando la necesidad de iniciar investigaciones posteriores con el fin de fortalecer las prácticas médicas tradicionales y, en algunos casos, realizar screening fotoquímico, farmacológico y toxicológico a especies poco estudiadas.

José Luis Martínez Salinas nos muestra la situación actual del mercado mundial de plantas medicinales, teniendo como base el escenario político y comercial de Chile. Es una referencia importante que nos permite entender la dinámica de este rubro dentro de la economía mundial.

Cristian Desmarchelier, Jorge Rubén Alonso, Luz Piedad Sánchez Villarreal y Hugo Golberg presentan una interesante experiencia de fortalecimiento del conocimiento tradicional, que trabaja tres áreas: salud, educación y produc-



ción, buscando un impacto económico sobre el costo en el tratamiento de las enfermedades que se manejan en atención primaria, generar empleo y concientizar a los profesionales de la salud sobre el correcto uso de las plantas medicinales.

Finalmente y a manera de memoria escrita, en la tercera parte, se sintetiza y analiza el desarrollo del evento, sus conclusiones y recomendaciones más importantes.

El laboratorio regional latinoamericano sobre medicina tradicional, siendo un evento académico, reprodujo la dinámica actual de la construcción y apropiación del conocimiento local en salud, teniendo como eje el saber sobre plantas medicinales, bajo la perspectiva de la OMS de articular la medicina tradicional con la salud pública. Así, se identificaron varios escenarios: en un extremo, la identificación de principios activos para la producción y comercialización de fármacos, y en el otro, el manejo del territorio y la salud, del cual hace parte el conocimiento y uso de plantas medicinales, por parte de grupos indígenas.

Aunque pareciera que estos dos extremos no entran en contacto, tienen un movimiento que los intersecta, lo local hacia lo global. Aquí reside la tensión, su objeto de conocimiento es el mismo: la salud, pero se diferencian en la práctica. Lo global está asociado a fuerzas transnacionales y homogeneizantes, al capital y la acción humana en general, mientras lo local está vinculado al territorio, a la cultura, al movimiento de la vida cotidiana donde las personas están en transformación social constante, construyendo conocimiento y prácticas para “vivir bien”¹.

La promoción del desarrollo a través de la globalización del mercado, ha ignorado el conocimiento local, ocasionando la pérdida del mismo y el desarraigo del territorio. Esta fuerza política y económica dominante ha convertido la naturaleza en mercancía, usando para este fin los métodos de la ciencia positivista para fragmentar el conocimiento bajo el pretexto de que los recursos naturales pueden ser intervenidos a libre albedrío del ser humano, aparentemente con fines nobles. Pero la experiencia del desarrollo ha generado tal desprendimiento de lo local, que no importa incluso destruir

¹ Concepto tomado de Luisa Elvira Belaunde, 2005.



ecosistemas, para expandir el mercado a lo que mejor y más rápido produzca excedentes. Tal es el caso, ampliamente conocido, de la selva amazónica brasilera, deforestada para el cultivo de soya y la producción de biocombustibles.

Esto significa que “la dinámica principal de la cultura y la economía han sido alteradas significativamente por procesos globales inéditos” (Escobar, 2001). No obstante, existe un conocimiento local que también se relaciona con la naturaleza sin fragmentarla ni manipularla, es decir, que no construye su práctica a partir de la dicotomía naturaleza/sociedad. Tal es el caso de muchos grupos indígenas amazónicos que consideran que las relaciones sociales abarcan más que a los humanos y que la salud se mantiene al convivir armónicamente con la naturaleza, con la cual se debe mantener un flujo de intercambio de energía como partes de un mismo cuerpo. Esto nos lleva a concluir que para los indígenas y con seguridad para otros grupos sociales, el territorio es un espacio construido socialmente.

Teniendo en cuenta esta forma de asumir el territorio, por parte de ciertos grupos sociales de Latinoamérica, resulta soberano romper el ciclo de extracción de conocimiento local para el consumo global y comenzar a construir espacios económicos alternos. No obstante, “el punto aquí es identificar aquellas formas de globalización de lo local que se convierten en fuerza política efectiva en defensa del lugar² y las identidades basadas en el lugar, así como aquellas formas de localización de lo global que los locales puedan usar para su beneficio” (Escobar, 2001). Es el caso de interesantes experiencias contadas en este laboratorio, que han fortalecido organizaciones sociales locales y otras iniciativas que comienzan a surgir bajo la filosofía de “mercado justo”.

Es decir, teniendo en cuenta las características sociales de Latinoamérica, donde se tiene un poco de indio, de negro y de blanco, se debe ir más allá de la “concepción instrumental dominante de gestión e inventarios” de los ecosistemas y comenzar a manejarlos como lugares socialmente construidos, planteando un escenario participativo real y equitativo para un “diálogo de saberes” y la articulación de la medicina tradicional con la salud pública,

² El concepto de lugar de Arturo Escobar se refiere a la experiencia de una localidad específica con algún grado de enraizamiento, linderos y conexión con la vida diaria, donde se construye identidad y hay un sentimiento de pertenencia.



en lo local. Así, cada una de las perspectivas presentadas en esta publicación, le permitirán al lector comprender en primer lugar, el compromiso social del capital humano en Latinoamérica y segundo, la complejidad y el reto de asumir un “diálogo de saberes” real, siendo fundamental, en este sentido, ver primero hacia nuestro interior.

GIOVANNA LISET REYES SÁNCHEZ

I Parte



Diálogo de saberes: medicina tradicional y salud pública





Salud sexual y reproductiva bajo un nuevo concepto: reproducción social

Giovanna Liset Reyes Sánchez¹

RESUMEN

Desde hace varias décadas, las políticas de salud sexual y reproductiva se han concentrado en la implementación de métodos biomédicos para el control de la natalidad, sin una apropiación de los métodos de las ciencias sociales para entender las dinámicas locales en que se desarrolla la sexualidad y la reproducción. Este trabajo es una mirada a la salud sexual y reproductiva a través de un estudio de caso en el resguardo indígena de San Sebastián de Los Lagos de la Amazonia Colombiana, con énfasis en el terreno social y cultural donde se desenvuelve. Se hace un análisis de la construcción del conocimiento y las prácticas de la comunidad indígena, en contraste con los programas de cuidado que se ofrecen para ellos, abriendo así el campo metodológico de la salud pública hacia la construcción de acciones para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, basada en la dinámica del grupo social.

ABSTRACT

Since decades ago, reproductive and sexual health policies have been focused in the implementation of biomedical methods for birth control, without the appropriation of social sciences' methods for understanding the local

¹ Médica, Magíster en Estudios Amazónicos Universidad Nacional de Colombia. gjoliset78@yahoo.com



dynamics of reproduction and sexuality. This work is an overview to reproductive and sexual health through a case study in the indigenous reserve of San Sebastián de Los Lagos, in the Colombian Amazon, with emphasis in the cultural and social aspects in which it develops. An analysis about knowledge construction and community practices is done, contrasting it with health care programs offered for them from abroad, opening the methodological options of public health care to the construction of e actions based on social group dynamics.

INTRODUCCIÓN

La vida se mueve en un ciclo de transformación física y cultural, donde a su vez las personas interactúan en redes sociales. En la Salud Pública, este concepto debe ser fundamental. Por los resultados de esta investigación, se puede afirmar que al interior de los grupos sociales se desarrollan conocimientos y prácticas de salud que son el resultado de la experiencia en la corporalidad² y la enfermedad en un ciclo vital. Además funcionan de forma independiente de los profesionales y servicios de salud, pero estableciendo interlocución con ellos, según la necesidad.

El problema de investigación del presente estudio nace de la necesidad de comprender la dinámica que resulta de la oposición de conocimientos y prácticas, que se presenta entre algunos grupos sociales y el sistema de salud institucionalizado. De tal forma, se realizó un estudio de caso con población indígena Ticuna del resguardo de San Sebastián de Los Lagos y los servicios de salud del municipio de Leticia, de la Amazonia Colombiana.

El trabajo de campo fue prioritariamente etnográfico, para concentrar la atención en el “modo de vida”³ de la comunidad, sus alternativas de

² La corporalidad es un concepto de abarca las dimensiones biológica y social del ser humano. La experiencia y construcción del cuerpo es un ejercicio cotidiano de las personas dentro de una dinámica cultural.

³ El concepto de “modo de vida” que propone Almeida Filho (2000) es relevante para el presente estudio porque resulta ser una “estrategia capaz de promover la interrelación entre las prácticas sociales cotidianas de las personas y grupos, y los procesos de salud, enfermedad y cuidado”. Es decir, este concepto aplicado a la salud pública aborda la dinámica del grupo social. Sin embargo, para entender el modo de vida de una población, la epidemiología clásica precisaría de una reevaluación metodológica que incorpore nuevos modelos explicativos de salud/enfermedad/cuidado, capaces de contemplar en su propia formulación la complejidad de los procesos sociales. Esto significaría replantear su enfoque sobre el riesgo y la causalidad de la enfermedad (Garnelo y Langdon, 2005: 136).



interlocución con los servicios de salud y la dinámica de éstos durante el contacto con población indígena. Se marcó una diferencia con las “investigaciones rápidas” en el área de Epidemiología, que se dedican a describir los comportamientos, actitudes y percepciones de las personas, y no logran dar una visión integral de las dinámicas locales de salud y enfermedad.

En el presente artículo, se ampliarán los resultados del trabajo de campo relacionados con los conceptos de “reproducción social”⁴ y “fertilidad”. En él, se logró identificar la forma como se establecen y desenvuelven las relaciones de pareja o matrimonio, la dinámica familiar y las prácticas para el control de la fertilidad, considerando su evolución en el tiempo y realizando una comparación entre las diferentes generaciones de cuatro grupos familiares.

Igualmente, se precisarán el tipo de experiencias que tienen las mujeres indígenas de la comunidad de San Sebastián de Los Lagos durante el uso de y participación en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) del municipio de Leticia y a su vez la forma como se lleva a cabo la planeación, organización y desarrollo de estos programas y servicios en el municipio de Leticia dirigidos a la población indígena.

Se trata de mostrar que la salud puede ser interpretada y experimentada de forma diferente a lo que nos ha enseñado históricamente el sistema biomédico predominante. Esto es, que la salud puede entenderse a través de la construcción social de las personas y sus cuerpos, en su ciclo vital. Así, el paso de una etapa a otra no es siempre factor de riesgo para la enfermedad; por lo contrario, se puede definir como transformación biosocial.

Este estudio no pretende estar en contra del conocimiento y lineamientos en salud producidos por la disciplina y tecnología biomédica, pero sí quiere resaltar que “no han demostrado mejorar, por sí solas, la calidad fundamental de la vida humana” (Harris, 2000: 158). Las políticas públicas de promoción de la salud se han fundamentando en perfiles epidemiológicos de la población general, que se consolidan con base en la presencia de enferme-

⁴ El concepto de “reproducción social” de Breilh (2003) es fundamental para el presente estudio pues permite comprender el movimiento interdependiente entre las diferentes dimensiones de la vida social de los grupos y las personas.



dades. Lo cual es un terreno ganado, que necesita complementarse con la comprensión de los conceptos y prácticas de salud nacidos de la dinámica social local.

METODOLOGÍA

Para la elección del tema de investigación y la población de estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: el primero, durante el trabajo comunitario en los resguardos indígenas del municipio de Leticia se pudo observar que una de las áreas con mayor resistencia por parte de la población indígena para asumir acciones inherentes a los programas de Promoción y Prevención, era la de Salud sexual y reproductiva. Segundo, en los resguardos del municipio de Leticia el grupo étnico con mayor población es el Ticuna. Tercero, los resguardos indígenas del municipio de Leticia constituidos en su mayoría por indígenas Ticuna y minoritariamente por otras etnias como Yagua, Cocama, Uitoto, Yucuna, Bora, Miraña, tienen dinámicas culturales y sociales muy diferentes a los resguardos del norte del departamento del Amazonas. Su cercanía al casco urbano de Leticia ofrece unas particularidades muy interesantes de explorar respecto al sistema de salud, porque de alguna forma han tenido un contacto más frecuente con los servicios de salud del municipio.

Por la cercanía a Leticia, y por tener una población en su mayoría Ticuna y conservar una lengua propia, se decidió realizar el trabajo de campo de esta investigación en la comunidad de San Sebastián de Los Lagos perteneciente al resguardo de San Antonio y San Sebastián de Los Lagos del municipio de Leticia, capital del Departamento del Amazonas.

El trabajo de campo etnográfico de la presente investigación se desarrolló en dos fases, usando los siguientes métodos:

1. Con la comunidad

- Observación participante: Se llevó a cabo durante la convivencia con una familia del resguardo y sus parientes cercanos, y la participación en actividades cotidianas con las mujeres de la familia durante tres meses. La información se registró en un diario de campo.



- Reconstrucción del árbol genealógico de la familia fundadora de la comunidad: A través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas, esta herramienta fue fundamental para tener una visión general sobre la escogencia de las parejas, la forma en que se establecen los matrimonios y las prácticas para el control de la fertilidad. Esta información se registró en un diario de campo. Se llevó a cabo durante un mes.
- Entrevistas semiestructuradas a mujeres de la comunidad, incluidas las parteras: Se seleccionaron los cuatro grupos familiares de las abuelas parteras de la comunidad con el fin de registrar sus experiencias en el contacto con los servicios de salud y durante el control de la fertilidad. Estas entrevistas fueron registradas en una grabadora, previo consentimiento de las mujeres. Esta actividad se desarrolló durante un mes.
- Historias de vida de las abuelas parteras y reconstrucción de la historia del poblamiento de la comunidad: Con la ayuda de un traductor y registrando en una grabadora, previo consentimiento de ellas, se solicitó a tres de las abuelas fundadoras y parteras de la comunidad contar la historia que recuerdan sobre la formación de la comunidad desde la llegada de sus padres a la zona y su historia de vida, en lengua Ticuna, con el objetivo de conocer las experiencias de estas mujeres sabedoras y entender su posición social como mujeres, abuelas y parteras de este resguardo. Se llevó a cabo en el transcurso de los tres meses.
- Elaboración de la historia clínica ginecoobstétrica de las 82 mujeres que conforman los cuatro grupos familiares de las abuelas parteras, con el fin de mostrar el comportamiento de la reproducción biológica determinado por la dinámica social de la comunidad y las familias.

La mayoría de entrevistas realizadas fueron expresadas en lengua Ticuna; la traducción de estos relatos fue elaborada por el señor Abel Santos, indígena Ticuna y docente de secundaria en Leticia. Los textos presentados en este documento son las traducciones al español de los relatos originales.

Los resultados del trabajo etnográfico fueron organizados en un cuerpo argumentativo que presenta el “modo de vida” de las familias de San



Sebastián –de acuerdo al concepto de Almeida Filho– en un proceso que interrelaciona su dinámica social con los conceptos de salud-enfermedad y las prácticas de cuidado. Esto, en contraste con la oferta de servicios de salud de Promoción y Prevención (P y P) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

2. Con los profesionales de los servicios de salud del municipio

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a ejecutores de programas de P y P en el municipio de Leticia. Se seleccionaron siete profesionales de salud con experiencia laboral en la ejecución de programas de P y P, de las secretarías de salud municipal y departamental y de una de las Instituciones Prestadoras de Servicios que atienden población indígena en el municipio. Estas entrevistas tuvieron como objetivo conocer tres temáticas principales: Primero, los antecedentes en la aplicación y concertación de programas de SSR para población indígena del municipio de Leticia. Segundo, la organización, planeación y desarrollo de los actuales programas de SSR. Y tercero, la interpretación de los profesionales de salud sobre la realidad sociocultural de la población indígena y su forma de plantear acciones en salud que integren dichos aspectos.

Adicionalmente se recopiló información correspondiente al período 2004 a 2006, de los planes operativos anuales (POA), informes de trabajo de campo de vigilancia en salud pública y del perfil epidemiológico del municipio de Leticia, en las secretarías de salud municipal y departamental, específicamente del área de SSR.

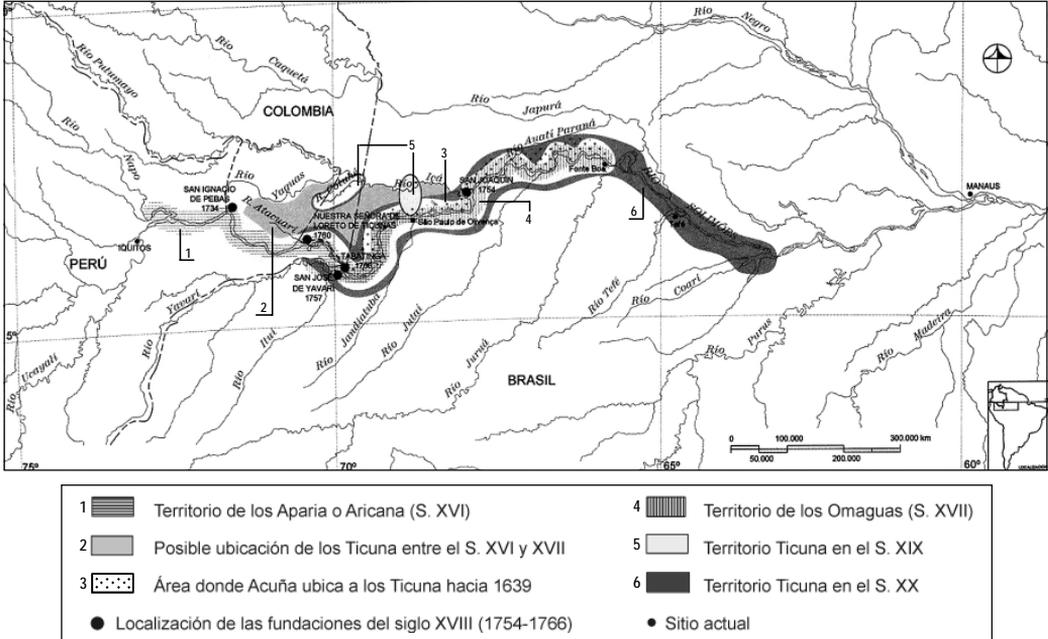
Esta información pone en evidencia, en el presente documento, la práctica de los servicios de salud en el municipio de Leticia, en el marco del SGSSS, en contraposición al modo de vida de la comunidad.



RESULTADOS

1. Población

Mapa 1: Territorio Ticuna a lo largo de cuatro siglos.



Fuente: Riaño, Elizabeth (2003) Organizando su espacio, construyendo su territorio. Transformaciones de los asentamientos Ticuna en la ribera del Amazonas colombiano. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Sede Amazonia.

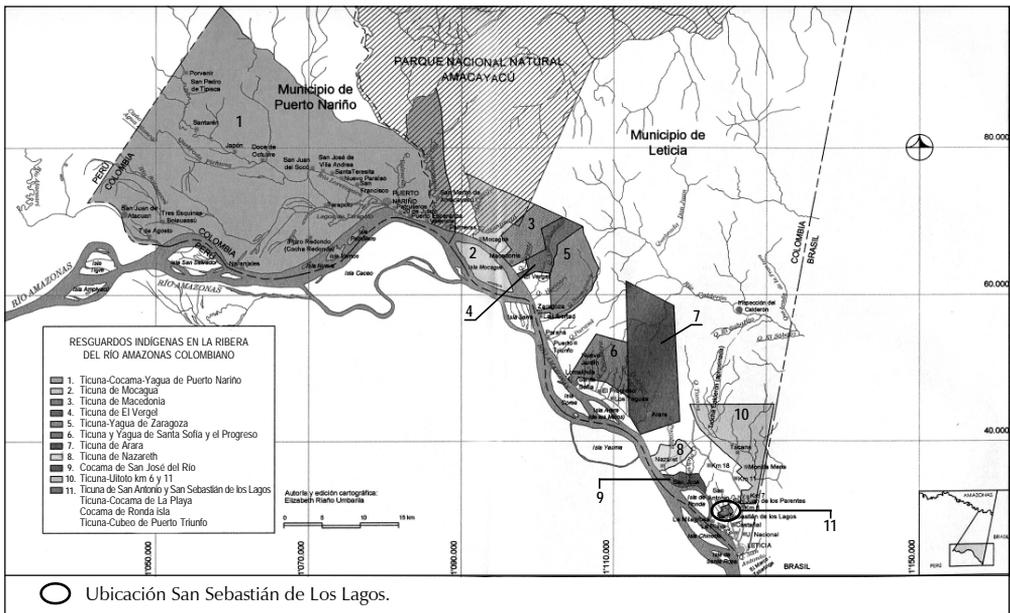
Los indígenas Ticuna ocupan actualmente un territorio extenso, desde la desembocadura del río Atacuari en Perú hasta la del río Coarí en Brasil (Mapa 1). Han tenido una gran movilidad en este territorio que ocuparon después de la conquista Amazónica. En el trapecio dicha movilidad ha sido promovida, en las últimas décadas por varias situaciones: La oferta de servicios de salud y educación en asentamientos indígenas cercanos a la cabecera municipal, como parte de las políticas de Estado. Su propia organización social y dinámica cultural que genera situaciones como el establecimiento de relaciones matrimoniales con personas de otras comunidades, actos de chamánico que desplazan a familias de sus comunidades y movimientos mesiánicos, que se han presentado principalmente en las comunidades Ticuna



ubicadas en territorio peruano, y algunas de la ribera del Amazonas en Colombia, no es el caso de San Sebastián de Los Lagos. Además, la proximidad a los centros de comercio regional (Tabatinga y Leticia) ha permitido a las comunidades indígenas Ticuna adicionar a su actividad agrícola y pesquera de subsistencia, el intercambio comercial de sus productos.

En Colombia, están ubicados en el Trapecio Amazónico⁵ y distribuidos en once resguardos indígenas entre los municipios de Puerto Nariño y Leticia (Mapa 2).

Mapa 2: Resguardos indígenas del Trapecio Amazónico



Fuente: Riaño, Elizabeth (2003) Organizando su espacio, construyendo su territorio. Transformaciones de los asentamientos Ticuna en la ribera del Amazonas colombiano. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Sede Amazonia.

En el año de 1982 fue constituido el Resguardo de San Antonio y San Sebastián de Los Lagos con una extensión de 247 hectáreas, dividido en dos parciali-

⁵ El Trapecio Amazónico se ubica entre el río Putumayo al norte y el Amazonas al sur y entre la frontera con Brasil al este y la frontera con Perú al oeste. Se conforma así una franja trapezoidal de cerca de 50 km en el Putumayo y 100 km en el Amazonas y 150 km de longitud entre ambos ríos. La forma trapezoidal le da el nombre a este brazo geográfico colombiano.



dades correspondiendo a cada comunidad 189 y 58, respectivamente. San Sebastián de Los Lagos se ubica en un sector rural de expansión urbana al noroccidente de la ciudad de Leticia, en la ribera de la quebrada Yahuaraca, afluente del río Amazonas, en el kilómetro 5 de la carretera vía Los Lagos del municipio de Leticia, la cual atraviesa el Resguardo en la parte central y de forma perpendicular al río (Mapa 2). San Sebastián mantiene una relación constante con el casco urbano del Municipio de Leticia, ya sea porque muchas mujeres venden los productos de la chagra o la pesca en la plaza de mercado, por la escolarización de los jóvenes, la visita a los servicios de salud, el trabajo asalariado principalmente de los hombres, el tránsito constante de colonos de la zona por el resguardo o las visitas institucionales a la comunidad que son frecuentes.

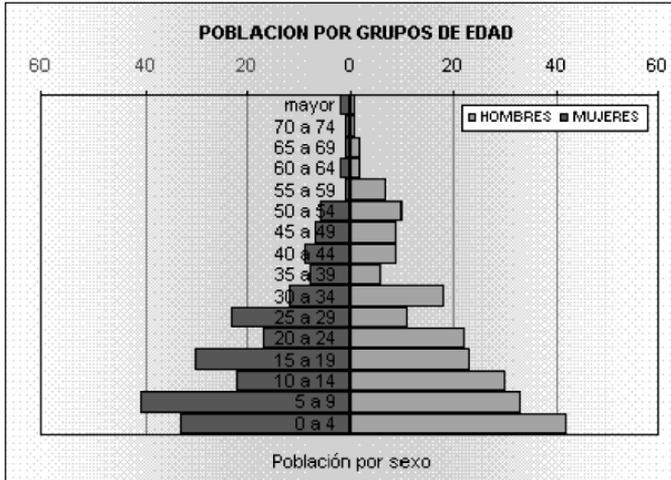
Tabla 1. Censo poblacional de San Sebastián de Los Lagos.

Característica	hombres	mujeres	Total
Viviendas habitadas (Unidades familiares) Unidades Familiares	-	-	81
Etnias			
Ticuna	124	133	257
Cocama	60	47	107
Mestizos	33	26	59
Uitoto	1	1	2
Yagua	8	5	13
Sin dato	3	2	5
Población			
Promedio de edad	21	20	20
Total habitantes	229	214	443
Menores de 6 años	53	39	92
De 6 a 14 años	52	57	107
De 15 a 49 años	98	106	204
De 50 a 59 años	17	7	24
Mayores de 60 años	6	6	12
Mujeres			
Entre 10 y 49 años	127		
Ticuna	85		
Cocama	23		
Mestizo	16		
Yagua	3		

Fuente: Censo promotor de salud de San Sebastián, actualizado Junio de 2007.



Gráfico 1. Distribución poblacional.



Como se observa en el gráfico 1, la mayoría de la población de San Sebastián es joven; de hecho el 52% es menor de 18 años. Este comportamiento demográfico se explica por la dinámica que ha vivido la población desde su fundación. La población de mayor edad se ha desplazado dentro de la región hacia afuera de la comunidad; por lo tanto, en ella sólo viven actualmente tres de los hijos de la familia fundadora con sus parejas y una nuera, quienes hoy día son las personas de mayor edad. Los abuelos que quedaron y las siguientes generaciones han tenido un promedio alto de hijos, que a su vez han establecido relaciones de matrimonio y han permanecido en la comunidad. Además, en los últimos 10 años, se ha presentado un aumento en la llegada de nuevas familias jóvenes de etnia Ticuna, Cocama y algunos mestizos, provenientes de otras comunidades del Trapecio, principalmente: Atacuari, Macedonia, Zaragoza, Santa Sofía, San Antonio de Los Lagos y Leticia. Esto ha contribuido a aumentar la población joven, pese a que el promedio de hijos ha disminuido en las últimas generaciones.

El resguardo tiene en la actualidad un territorio extremadamente reducido para el desarrollo de actividades de cultivo y “rebusque”. Durante la realización del estudio en la comunidad existían 81 unidades familiares (según el número de viviendas habitadas), por lo tanto a cada una le corresponden aproximadamente 71 m² para vivienda y chagra, lo cual es crítico si se tiene en cuenta la fragilidad de los suelos y por ende la necesidad de rotar la



chagra. De esta forma, se han visto obligados a cultivar sus chagras en terrenos privados de colonos, o en zonas cercanas a las comunidades de San Antonio y San Pedro de Los Lagos, en terrenos de otros familiares, sin poder realizar el sistema de rotación de la chagra, que permite la recuperación del suelo después de varias cosechas, mientras se cultiva en otro lugar. Así lo explica Ruth durante una de las entrevistas:

Ahorita una de las dificultades es que no tienen donde hacer sus chagras. Muy reducido el terreno... supuestamente era grande este pedazo de terreno, y hoy en día lo ven como... cada vez está aumentando [la población] y lo ven dificultoso. (Fragmento relato de Ruth Lorenzo Fernández, curaca de la comunidad. Septiembre de 2006).

Todo lo anterior, junto al aumento progresivo de la colonización en la zona de Los Lagos, alrededor del Resguardo, ha acarreado un proceso de deforestación importante y una disminución significativa de recursos naturales, como los animales de monte, los peces y los productos de la chagra. Esto acarrea problemas serios que pueden repercutir en la seguridad alimentaria de la población y también en la reducción de fuentes de generación de excedentes monetarios para acceder a productos básicos. Esta situación, a su vez, ha ocasionado una dependencia mayor del intercambio comercial de los productos de la chagra, principalmente, y de la poca pesca que queda, para generar ingresos y así poder adquirir productos básicos para su alimentación y su vida cotidiana, tales como: sal, azúcar, proteína animal, jabón y otros implementos de aseo o utensilios de cocina. Muchas familias, como lo menciona Hermelinda Parente, *“pescan en la plaza de mercado con dinero”*.

Otra situación para resaltar es que el botadero a campo abierto de residuos sólidos del Municipio de Leticia, cuya ubicación fue establecida sin estudios técnicos previos, colinda con la comunidad de San Sebastián de Los Lagos. El reciclaje, entonces, representa una opción para el 20% de las familias de la comunidad ante el déficit de tierras para el cultivo de la chagra como fuente de alimento y de ingresos monetarios. El “basurero” también genera condiciones desfavorables de saneamiento básico ambiental debido a la proliferación de vectores y roedores y a la contaminación de fuentes de agua como las Quebradas Urumutu y Yahuaraca por las escorrentías de aguas lluvias y las subterráneas por los lixiviados (Camacho y Guio, 2004: 33).



2. Reunirse en pareja y hacer parientes: “Por acá es bueno porque todos somos familia”

Actualmente, la familia fundadora de la comunidad está distribuida en cuatro unidades domésticas extensas, conformadas por los hijos y nietos de cuatro parejas, a las que pertenecen las abuelas parteras de la comunidad, que son las figuras más visibles de cada unidad. La comunidad se fue conformando por la descendencia de estas cuatro parejas y la migración de otras familias Ticuna, Cocama y Mestizas. El trabajo de campo etnográfico con la comunidad se realizó con las cuatro unidades domésticas extensas, productivas y autónomas⁶, denominadas así por estar conformadas por varias unidades familiares pequeñas que habitan en viviendas separadas. Ellas constituyen una red social al interior de la comunidad que comparte el trabajo de la chagra, alimentos, labores domésticas, el cuidado de los niños pequeños. Allí, cada abuela lidera los ritos o las prácticas de cuidado de su familia extensa.

2.1. El matrimonio

El matrimonio entre los Ticuna se establece por la unión de dos mitades clánicas, opuestas, que forman una unidad. Según cuenta la tradición oral (Goulard, 2006c), los “inmortales”⁷ determinaron que a partir de los sabores y olores a paujil, guacamayo, paucara, gallina, tigre, semilla de cascabel, hormiga arriera, entre otros, quedaran definidos los clanes Ticuna, los de la mitad de plumas y los que no las tienen. El clan es el primer “nombre” que se le da a una persona después de nacer, el que lo hace pertenecer a una familia y define su consanguinidad. Ésta forma de unión matrimonial man-

⁶ Este concepto se basa en los hallazgos etnográficos del autor Halbmayer sobre la vida de los Yukpa de la frontera colombo-venezolana, donde hombres y mujeres tienen acceso a los recursos, a las actividades apropiativas, productivas y reproductivas, sólo algunas son de dominio exclusivo de hombres o mujeres. No hay una división compleja del trabajo, sino que se basa en la cooperación y en una división laboral flexible (1997: 85).

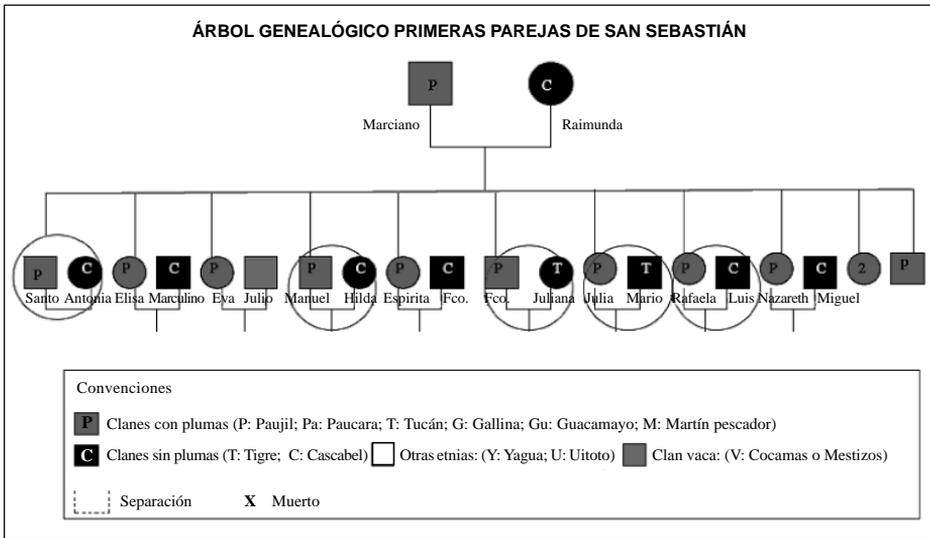
⁷ Su cosmología sobre la organización del mundo considera que existe una división entre seres “mortales” e “inmortales”. Los primeros son los humanos, animales y plantas, y los segundos los “dueños” espirituales de los animales y plantas, que en lengua Ticuna son denominados *ngo-ogü*, y dentro de este grupo también se encuentran los seres pescados por los dioses originales *Yoí* e *Ipi*, considerados sus ancestros y denominados “los antiguos”. Para los Ticuna, el universo se mueve en un conflicto constante entre “mortales” e “inmortales”. De tal forma, que debe existir un flujo de energía que mantenga la armonía entre estos dos mundos, lo cual está directamente relacionado con el mantenimiento de la salud y la ausencia de enfermedad en los humanos.



tiene cierta armonía social, pues establece relaciones de complementariedad y solidaridad con nuevos parientes. Su base ideológica, se encuentra reflejada en los mitos de origen.

En San Sebastián de Los Lagos las primeras parejas se unieron por el arreglo de los matrimonios entre las familias de los novios, usualmente entre el padre del novio y los padres de la novia, sin que la nueva pareja interviniera en la decisión. No obstante, a través de las generaciones se puede observar que estas relaciones de intercambio hacen parte de la dinámica cultural propia de los Ticuna para construir familia y redes de parentesco. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Primeras parejas de San Sebastián de Los Lagos.



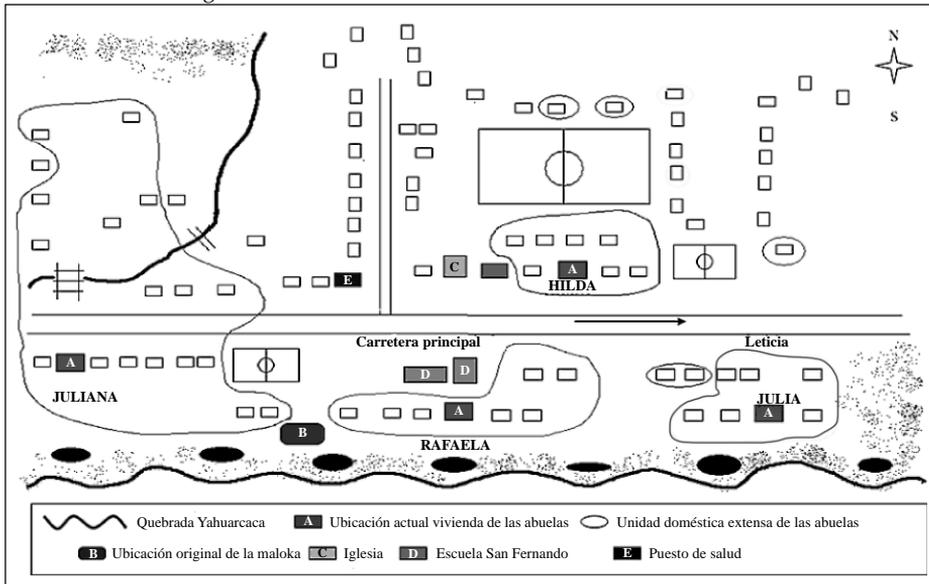
La primera pareja de la comunidad, Marciano y Raimunda, llegó al lugar donde hoy se ubica San Sebastián de Los Lagos, aproximadamente en los años 20 del siglo pasado, durante el furor de las caucherías. Sus hijos e hijas se unieron en pareja con personas de su clan opuesto, como se observa en el gráfico 2. A ellos les correspondió una época donde las uniones de matrimonio se establecían y aprobaban por arreglo entre las familias de los novios. En esta época la prioridad fue poblar el nuevo territorio y establecer una red de parientes con comunidades Ticuna aledañas, como es el caso de Umariaú, en Brasil.



Sin embargo, las parejas jóvenes han transformado esta forma de establecer las uniones de matrimonio; la gran mayoría ha sostenido relaciones de amistad previas, se han conocido en diversas actividades de intercambio social como fiestas de las comunidades, eventos deportivos o en la escuela, sin cambiar la base ideológica de las uniones de pareja y aceptando la aprobación de los padres, quienes controlan que cada miembro de la pareja corresponda al clan permitido y no se den relaciones incestuosas.

Las relaciones de género en la Amazonia han sido analizadas por los antropólogos tradicionalmente desde el sistema de parentesco, filiación y alianza, con predominio del discurso masculino que privilegia la interpretación de las relaciones económicas o de poder de los hombres, sobre las mujeres o sobre el intercambio de mujeres por hombres, especialmente en sociedades patrilineales y virilocales; pero, en palabras de Belaunde, el intercambio social entre los géneros “es solamente un elemento de las relaciones de intercambio y de seducción puestas en movimiento en el matrimonio”(2005: 302).

Gráfico 3. Croquis de la distribución de las cuatro unidades domésticas extensas en San Sebastián de Los Lagos.





Con el crecimiento de la comunidad y de la colonización en la zona, aumentó el contacto con mestizos y cocamas provenientes de otras comunidades o de Leticia, por cuestiones laborales. Así comenzaron a sumarse los miembros del clan Vaca⁸ a la red de parientes. Las uniones entre éste y otras etnias son permitidas, sin afectar el orden social y por el contrario, constituyen una buena oportunidad de ampliar la red de parientes hacia *la gente blanca* que aunque no sabe trabajar la chagra, trae dinero.

Para conformar la comunidad actual de San Sebastián, no sólo las mujeres se quedaron, como lo establece el patrón de residencia uxorilocal⁹ de los Ticuna; también los hombres lo hicieron, pues el objetivo era hacer crecer la comunidad con más parientes, a partir de las cuatro unidades domésticas extensas (Gráfico 3). Como se observa en el gráfico, alrededor de las cuatro casas de las abuelas se han instalado sus hijos e hijas con sus respectivas familias. Estas cuatro unidades están conformadas por 58 parejas en total, de las cuales 34 (59%) tienen residencia uxorilocal y 24 (41%) patrilocal. Actualmente en la comunidad hay 32 parejas jóvenes, pertenecientes a las últimas generaciones de los cuatro grupos familiares. De éstas, 18 (56%) tienen residencia uxorilocal y 14 (44%) patrilocal.

Las parejas jóvenes, recién establecidas permanecen en el espacio doméstico con los padres o suegros hasta que tienen el primer hijo, compartiendo trabajo, alimentos, y techo. Después deben construir su propia casa, momento a partir del cual deben responder por su trabajo, sus alimentos y demás necesidades de la unidad doméstica pequeña. Actualmente sucede, por las razones ya descritas, que algunas parejas jóvenes ya no logran acceder a un área para cultivar su propia chagra, por lo tanto continúan compartiendo el trabajo y los productos de la chagra con los padres.

La decisión sobre el uso del terreno de las chagras les corresponde a las abuelas. Ellas definen a quién y cuánto entregar. A cada pareja joven se le entrega un pedazo de terreno sólo cuando construyen su casa y pertenecen a la unidad doméstica extensa de cada abuela.

⁸ Éste es el clan asignado a los parientes de la etnia cocama o mestizos.

⁹ Existen varios tipos de residencia después del matrimonio: uxorilocal o matrilocal cuando el nuevo matrimonio reside en el grupo doméstico de la mujer, virilocal o patrilocal cuando reside en el grupo doméstico del hombre y neolocal cuando constituyen una nueva residencia. En la organización social Ticuna predomina la residencia uxorilocal.



A medida que fue creciendo la población y el número de viviendas, el territorio destinado a las chagras se fue desplazando periféricamente. Así que una parte del mismo está dentro del resguardo y otra por fuera, en predios de propiedad privada. A pesar de esta situación, las abuelas deciden cómo se usa el territorio. Salvina, nieta de Juliana, lo comentó un día en una visita en que se habló sobre este tema: *Recién hicimos casa, mi tía Ruth [curaca y nieta de la abuela Juliana] nos dio un terreno cerca de la chagra de la abuela Julia, para que nosotros sembráramos la nuestra. Pero la abuela no permitió que lo hiciéramos, y se rabió por eso.* (Fragmento, Diario de Campo, Febrero 2007).

Con esta situación podemos comprender que en las decisiones sobre el manejo del territorio, la autoridad de las abuelas predomina sobre el del curaca y además nos muestra la solidaridad al interior de las unidades domésticas. La fuerza de las mujeres mayores, en esta comunidad, es muy importante para mantener los lazos de parentesco y perpetuar la cohesión social como grupo. Ellas son las que tienen el conocimiento de la medicina tradicional como parteras, de la organización y realización de los rituales; las que colocan el clan de los recién nacidos otorgándoles su primer nombre; las que aconsejan, preparan y reparten el masato en las fiestas y el paiyabarú¹⁰ en el ritual de la pelazón; las que dan ejemplo de trabajo y son autoridad para su familia.

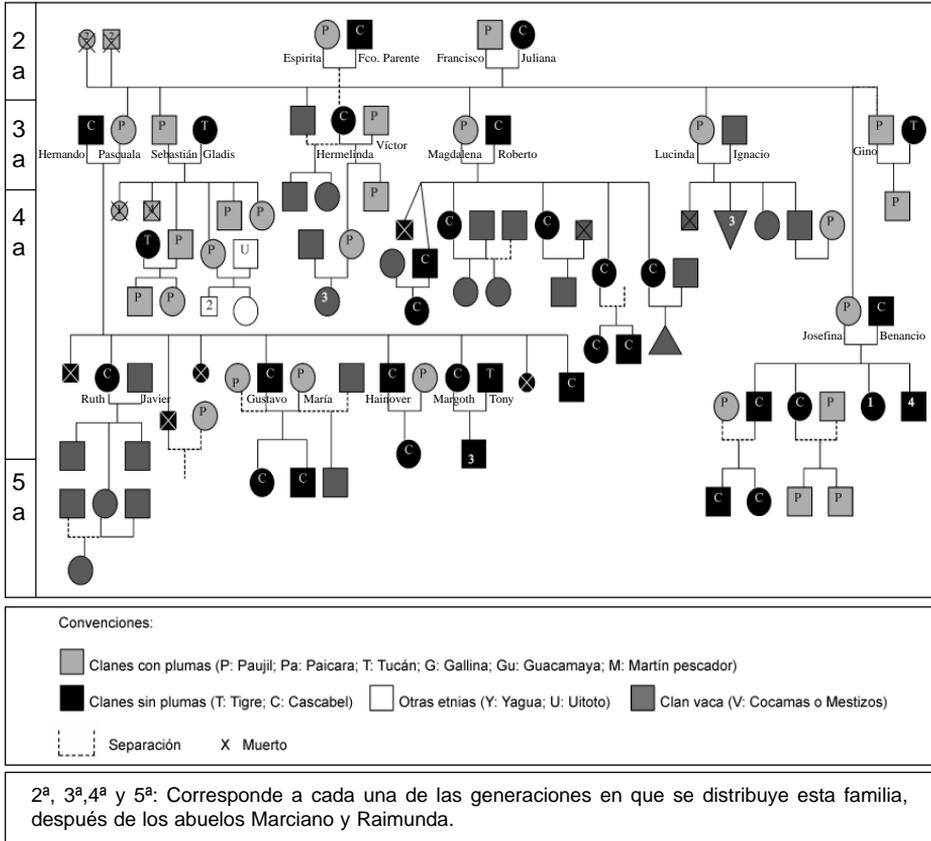
Los cuatro grupos familiares de las abuelas se han organizado en el transcurso de cincuenta años como unidades domésticas extensas, productivas y autónomas. Cada unidad doméstica extensa ha sido producto de la formación de una red de parientes a través de la unión de dos mitades: los clanes con plumas y sin plumas. No han dispuesto una organización social determinada por la permanencia de un hijo hombre (patrilocal) o mujer (uxorilocal).

En el gráfico 4, se puede observar la forma en que se han constituido las uniones matrimoniales y conformado las unidades domésticas pequeñas a través de cinco generaciones en uno de los grupos familiares más numerosos de la comunidad, los descendientes de los abuelos Francisco del Clan paujil y de la abuela Juliana del Clan tigre.

¹⁰ Bebida fermentada preparada con yuca dulce, que semeja un vino.



Gráfico 4. Árbol genealógico de los abuelos Francisco y Juliana.



La organización en el territorio de ésta y cada una de las unidades domésticas extensas se ha dado por la unión de dos mitades clánicas y por la necesidad de conformación de una red de parientes, que les proporciona cohesión social, construye lazos de parentesco con otras familias Ticuna o con otras etnias. La red de parientes promueve la solidaridad, constituye fuerza de trabajo y construye personas a través de las enseñanzas, los cuidados y los rituales. Esto es lo que en este trabajo se denomina “reproducción social”, es decir, la formación de personas y cuerpos en una red de socialidad, no como parte de una estructura, sino como una “forma de vivir”.

Visto de esta forma, la reproducción deja de ser sólo una cuestión biológica y no se reduce al acto sexual. Lo incluye, dentro del espectro y el devenir de la socialidad, que construye cuerpos, personas, familias y redes de



parentesco, en el transcurso del ciclo vital. Así, tanto el individuo como el grupo social se transforman a través del tiempo, desde la concepción hasta la muerte, de acuerdo a la experiencia y a la construcción permanente de conocimiento y prácticas en la vida cotidiana, es decir, según la dinámica cultural.

2.2. La fertilidad

Según lo expuesto aquí, para el caso de las familias Ticuna de San Sebastián, la reproducción y la fertilidad no son conceptos meramente biológicos. Una mujer fértil es igual que la tierra, que es el cuerpo de *Ngutapa*¹¹ para los Ticuna. *“Nuestros cuerpos son parte de Ngutapa, por eso el cuerpo es territorio sagrado. Si la tierra es fuerte y sana, se cuida, se nutre, puede dar buenos frutos. Igual sucede con nuestros cuerpos y así es para la mujer”*¹². Una mujer fértil, también, es quien llega a anciana manteniendo su cuerpo fuerte para nombrar, alimentar, cuidar, pintar, embriagar y aconsejar a sus hijos y nietos. Es decir, la reproducción no depende de un momento; es un proceso que se da a lo largo del ciclo vital.

De las ciento cuarenta (140) mujeres mayores de nueve años que habitaban la comunidad, según el censo poblacional a Junio de 2007, ochenta y dos (82) pertenecen a la familia fundadora y, por ende, a las cuatro unidades domésticas extensas en mención. Esto corresponde a un porcentaje de 58,6%. Esta población está distribuida en cuatro generaciones después de la de los abuelos fundadores Marciano y Raimunda, como se mostró previamente. En la siguiente tabla, se muestra que cada generación se distribuye en un rango de edad, que se superpone con las otras. De acuerdo a ésta distribución, se mostrarán los datos recopilados sobre la historia ginecobstétrica de las mujeres, porque permite mostrar el cambio y la adopción de nuevas prácticas para el cuidado de la salud, según su ritmo de transformación cultural. De tal forma, dejan de ser simples datos sin contexto, como ocurre en los clásicos estudios epidemiológicos.

¹¹ Dios mítico, creador del universo, padre de *Yoí e Ipi*, los dos gemelos que pescaron a los humanos, entre ellos a los Ticuna.

¹² Palabras de Abel Santos registradas en el diario de campo el 31 de Agosto de 2007.

**Tabla 2.** Distribución de las mujeres por generación y rangos de edad.

Generación	Rango de edad	Sub-división	No. mujeres por rango de edad
2 ^A	63 – 76	63 – 76	4
3 ^A	28 – 63	28 – 37	5
		38 – 54	16
		63	1
4 ^A	10 – 38	10 – 17	20
		18 – 29	30
		33 – 38	2
5 ^A	10 – 21	10 - 21	3
TOTAL			82

En la siguiente tabla, se puede apreciar la predilección por ciertos métodos para el control de la fertilidad, en cada generación:

Tabla 3. Métodos para el control de la fertilidad usados por las mujeres de San Sebastián de Los Lagos.

Generación	Rango de edad	Total mujeres por rango	Métodos usados	Frecuencia	Porcentaje %
2 ^A	63 - 76	4	Usaron plantas y no usan ahora	3	3,7
			Ligadura + planta	1	1,2
3 ^A	28 - 63	22	Usan plantas	4	4,9
			Usaron plantas y no usan ahora	4	4,9
			Curación con tabaco	1	1,2
			Anticonceptivos orales	1	1,2
			Anticonceptivo inyectable trimestral	1	1,2
			Ligadura de trompas	9	11
			Sin dato	2	2,4
4 ^A	10 - 38	52	Usan plantas	8	9,8
			Usaron plantas y no usan ahora	2	2,4
			Anticonceptivo inyectable trimestral	6	7,3
			Anticonceptivo inyectable trimestral + planta	1	1,2
			Ligadura de trompas	3	3,7
			Ligadura de trompas + planta	1	1,2
			Ninguno	26	31,7
Sindato	5	6,1			
5 ^A	10 - 21	4	Ninguno	4	4,9
TOTAL	10 - 76	82		82	100



En la tabla 3, vemos que hay una transversalidad a lo largo de las generaciones en el uso de plantas para el control de la fertilidad (18,3% del total las usan), así como en la elección de la ligadura de trompas para controlar de forma definitiva la fertilidad biológica (17,1% del total tomó esta opción). Pero, con respecto al uso de métodos anticonceptivos hormonales, las mujeres de las generaciones más jóvenes los han preferido en mayor proporción que las mayores. De ellas, sólo una mujer ha usado anticonceptivos orales, el resto han preferido el inyectable trimestral. En la tercera generación, el 2,4% de las mujeres usan dichos métodos, mientras que en la cuarta generación, éstos son usados por el 9,5% de las mujeres.

El porcentaje de mujeres que no usa ningún método anticonceptivo (36,6%) corresponde al grupo ubicado entre los 10 y 27 años. De ellas las que tienen entre 10 y 19 años no tenían vida sexual activa. De las que están entre los 20 y 27 años, dos se encontraban en el periodo de gestación, una en procreación y dos sin pareja.

Así, podemos analizar que las prácticas para el control de la fertilidad se han transformado con el paso del tiempo, pero persiste el uso de plantas en todas las generaciones para diferentes necesidades de la mujer en su ciclo vital, como: menstruación, postparto, control de la fertilidad, incluso algunas usan plantas y anticonceptivos simultáneamente. El conocimiento sobre el uso de plantas medicinales para el control de la fertilidad es de las mujeres mayores, de la segunda y tercera generación. Este conocimiento ha sido adquirido por tradición oral y por experiencia propia. Las más expertas son las parteras.

Las mujeres emplean diferentes tipos de plantas para el control de la fertilidad y las situaciones propias del sistema reproductor femenino. Las más utilizadas son: “Cáscara de uvo, cáscara de limón, cáscara de huevo, cáscara de guacapurana, palo sangre, silvalena, ajijimbre, hoja de café y ortelón”. De todos los anteriores, la corteza del árbol de uvo es el más usado. El árbol de uvo o Yómeru es considerado por los Ticuna símbolo de fertilidad, abundancia y protección. Se usa para el control de la fertilidad, para disminuir la hemorragia post parto y como protección durante el ritual de iniciación femenina.

Todas las mujeres de estas cuatro unidades domésticas extensas y que han tenido hijos han usado en algún momento de sus vidas esta planta, ya sea para el control de la fertilidad o para los cuidados post parto.



El uso de plantas medicinales para el control de la fertilidad es efectivo sólo si se acompaña de una dieta y cuidados físicos estrictos; de lo contrario no funcionan. En este sentido, las mujeres jóvenes, perciben que los métodos anticonceptivos biomédicos son más prácticos y efectivos en su uso, porque no requieren de la preparación del remedio ni de cuidados físicos estrictos. Además, en estas generaciones se ha comenzado a controlar la fertilidad considerando también la planificación del número de hijos, a diferencia de las primeras.

En la siguiente tabla se puede apreciar que el promedio de hijos de las mujeres de las últimas generaciones ha disminuido. Con respecto al espaciamiento de los nacimientos no hay una diferencia significativa entre una y otra. Lo que demuestra que en todas las generaciones el control de la fertilidad está relacionado también con el espaciamiento de los nacimientos, con un promedio de período intergénésico de 3 años.

Tabla 4. Situación de la fertilidad biológica.

Generación	# mujeres por rango	Rango de edad	Promedio de Gestaciones	N	Promedio de hijos vivos	N	Promedio periodo intergénésico (años)	N
2 ^A	4	63 - 76	10	4	8	4	2,6	4
3 ^A	22	28 - 63	6	20	5	20	3,2	18
4 ^A 5 ^A	33	18 - 38	2	28	2	28	2,7	17
	23	10 -17	0*	23	0	23	0	23
Total	82	10 - 76	3	77	2	77	3	38

* En este rango sólo había una gestante primípara de 17 años de edad. N: Tamaño de la muestra sobre el que se realizó el cálculo.

Aquí, la fertilidad también debe ser analizada, como una cuestión de la ocupación del territorio. Cuando se estableció el asentamiento, había abundancia de recursos naturales y la necesidad fue la de “poblar”; así, el número de hijos de cada familia en las dos primeras generaciones fue alto. Una de las abuelas cuenta: *En aquel tiempo había muchos animales, era caranasal¹³ y selva, había danta, remos, de todo. Churucos, micos voladores, guaras,*

¹³ Área del bosque poblada de palmas de caraná.



borugas y por todos lados había pirurí y panguanas¹⁴, y cuando se cazaba ya se tenía con quien compartir, éramos hartos, se salaba, no venderlo [no se vendía]. (San Sebastián de los Lagos, Septiembre de 2006).

Posteriormente, con el aumento de la población, la reducción paulatina del territorio y de sus recursos con relación al número de personas, las mujeres se preocuparon por controlar su fertilidad con métodos anticonceptivos biomédicos y reducir su número de hijos. Para las abuelas no existe el concepto de “planificación”, pues durante su vida como mujeres jóvenes su prioridad fue procrear, porque sin hijos no podían hacer familia. El uso de plantas medicinales estaba restringido a disminuir la hemorragia después de los partos, y permitir una involución rápida del tamaño uterino, es decir a “*sanar el vientre*”. Estos cuidados, que continúan practicando las mujeres jóvenes por consejo de las abuelas, aseguran una rápida recuperación del cuerpo, que debe mantener la fuerza para seguir trabajando sin dolores o debilidad. Sólo después de su último hijo y sabiendo que su cuerpo no soportaría más partos, las abuelas emplearon alguna planta medicinal para no tener más hijos.

En contraste con lo anterior, las mujeres más jóvenes, a partir de la tercera generación, asocian el control de la fertilidad al de planificación del número de hijos, aspecto que han discutido usualmente con sus esposos. Ellas han empleado con mayor frecuencia medicamentos anticonceptivos hormonales, a los que han tenido acceso a través de los servicios de salud.

Con una visión reduccionista se podría pensar que el uso de medicamentos anticonceptivos ha disminuido la tasa de fecundidad, pero los relatos de las mujeres muestran que el paso de una generación a otra ha estado acompañado de varias situaciones: el rápido crecimiento poblacional por migración y por natalidad; la disminución de la oferta de recursos naturales del territorio, para uso familiar y colectivo; mayor dependencia del intercambio comercial y, algo de gran relevancia, la asignación de un resguardo pequeño, ubicado en un corredor de colonización del municipio de Leticia, capital del departamento de Amazonas. No obstante, la cercanía a Leticia ha permitido mayor acceso a los servicios de salud y educación. Es decir, la combi-

¹⁴ Los churucos son una especie de micos, la guara y la boruga son mamíferos roedores, el pirurí y panguanas son especies de pájaros. Son animales de monte fuente de proteína en la alimentación.



nación de todas las situaciones descritas, ha influido en el comportamiento reproductivo y en la elección de determinados métodos para el control de la fertilidad.

Según los relatos de las propias mujeres, ellas acuden al servicio de salud cuando lo necesitan, según les corresponde por pertenecer al régimen subsidiado del SCSSS. Así lo hicieron las trece mujeres que eligieron la cirugía de ligadura de trompas y las ocho que utilizaban anticonceptivo inyectable trimestral, al momento del estudio. Estos dos métodos biomédicos son los más usados por las mujeres indígenas de la comunidad, incluso por otras comunidades del trapezio, como se evidenció durante la revisión de los informes de trabajo de la secretaria de salud del municipio.

Ésta realizó un diagnóstico sobre el uso de métodos anticonceptivos en las comunidades del río Amazonas, con los resultados que arrojó una encuesta aplicada a 371 mujeres (Secretaría de Salud Municipal, Informe Correría PAB Municipal, noviembre 27 a diciembre 11 de 2005).

Entre los hallazgos más relevantes, se encuentra que un 73,5% de las mujeres niega usar algún método de planificación familiar o no responde, frente a un 26,5% que sí usa. Este último porcentaje está representado en 98 mujeres, de las cuales 73 (74,5%) usan inyección trimestral, 18 (18,4%) fueron esterilizadas quirúrgicamente y dentro del 7,1 % restante, sólo dos mujeres manifestaron usar “métodos naturales¹⁵”. Estos resultados son similares a los encontrados en San Sebastián sobre la predilección de las mujeres por el uso de estos dos métodos anticonceptivos. No obstante, la encuesta no aporta información adicional sobre las prácticas de las mujeres para el control de la fertilidad, que no están asociadas al uso de métodos biomédicos.

La decisión de optar por uno u otro método es cambiante, hace parte de un proceso de cuidado del cuerpo que se lleva a cabo durante el ciclo vital; la predilección por algún método responde a la experiencia personal, a las vivencias compartidas con otras mujeres, a las condiciones socioeconómicas de la comunidad y a la oferta de los servicios de salud, es decir, a un proceso de ensayo–error determinado por la dinámica social, que genera cambios

¹⁵ Se entiende este término como el uso de plantas, diferente al concepto sobre métodos anticonceptivos naturales del lenguaje médico, los cuales permiten identificar el período de ovulación de la mujer; éstos son: el ritmo, la evaluación del moco cervical y de la temperatura basal corporal.



en las prácticas según el beneficio que se encuentra en ellas. Por ende, el cambio de comportamiento de los individuos no depende de lo asertiva que pueda ser la comunicación –durante un taller o charla– de los profesionales de la salud; por lo contrario, requiere de un proceso de validación social dinámico y heterogéneo, sustentado en la cultura.

3. La influencia de los programas de salud sexual y reproductiva

La orientación de los programas de SSR del SGSSS en Colombia responde a las dinámicas del conocimiento biomédico en salud y a la necesidad de inserción del sistema en la globalización industrial. En los términos económicos del SGSSS, la eficiencia y productividad de los servicios de Promoción y Prevención se miden en términos del número y porcentaje de actividades ejecutadas y de población cubierta, que dan como resultado el logro o incumplimiento de metas bajo los mismos parámetros¹⁶. Aunque el cumplimiento de estos indicadores promueve el aumento de la cobertura de los programas, no afecta de forma positiva la calidad de la atención.

Las actividades de SSR se evalúan por las intervenciones de los servicios, tales como asesorías en planificación familiar, suministro de medicamentos anticonceptivos y realización de cirugías de esterilización. Pero el comportamiento de las personas, como el de las familias indígenas Ticuna de San Sebastián, para el cuidado de su cuerpo, la forma de asumir su sexualidad y reproducción, no son valorados por el sistema, pues se supone que las conductas “saludables” que deben asumir las personas son las aprobadas por la biomedicina, sin considerar sus condiciones socioculturales. Con mayor razón, en el contexto empresarial de la salud donde las poblaciones consideradas “vulnerables” deben integrarse a los valores y prácticas de la organización industrial de la sociedad.

Los programas de SSR se ejecutan a través de actividades específicas desde dos instancias en el municipio de Leticia: la Secretaría de Salud Municipal, que se encarga de programar y desarrollar las actividades de Promoción y Prevención correspondientes al plan nacional de salud pública y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), actividades de la misma índole pero del Plan Obligatorio de Salud (POS).

¹⁶ Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de Protección Social.



El equipo de trabajo de la secretaría de salud municipal debe plantear actividades anualmente a través de Planes Operativos Anuales, que a su vez deben responder a los lineamientos de la circular 018 de 2004, elaborados para la población general. Aunque la legislación en salud está planteada para adaptar los contenidos a la realidad local, el MPS exige informes sobre indicadores generales biomédicos en SSR, de tal manera que se continúan planteando acciones bajo un esquema vertical poco participativo.

Además, el modelo de atención biomédica del SGSSS realiza acercamientos al conocimiento tradicional indígena, buscando la validación científica del mismo, como vemos en el análisis de los resultados de una encuesta sobre planificación familiar:

“La encuesta se practicó a 92 mujeres en 17 comunidades indígenas de la ribera del río Amazonas. El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 28.2 años. Cuando se pregunta sobre si conoce algún método de planificación tradicional, 80 (87.0%) de ellas respondió que ninguno y [una no responde]. Mientras que 11 (12.0%) describen claramente el método en cuanto a sus ingredientes, preparación y dosificación. Llama la atención que ninguna de ellas coincide con las otras en el tipo de ingrediente, excepto en su naturaleza vegetal, describiendo materias primas diversas (hoja o pepa de aguacate, uña de gato, hoja de cumaceba, hoja de uvo, hoja de caiyirú, hoja de mango, palosangre, hoja de pajarito, hoja de paico, cáscara de mangua, hoja de aguaje, cáscara de guacapurana y mata de picón). Casi todos en infusión o reposado en agua, consumido durante o inmediatamente después del periodo menstrual.

Los métodos anticonceptivos tradicionales que utilizan las mujeres en edad fértil de las comunidades indígenas visitadas no siguen ningún patrón uniforme y a pesar de ser descritos tan exactamente por parte de las usuarias, no coinciden de una a otra. No es posible establecer la relación causal entre alguno de los métodos utilizados y la anticoncepción deseada. Se hace necesario promover, fomentar, educar, facilitar el acceso, suministrar y hacer el control oportuno de los diferentes métodos de planificación alopáticos, pues, es evidente que los métodos tradicionales utilizados no han mostrado efectividad alguna”. (Fuente: Secretaría de Salud del Municipio, Informe General Correría PAB Municipal Junio 19 a Julio 3 de 2005).



Este análisis refleja que para los profesionales de salud es relevante tomar decisiones sobre comportamientos homogéneos que puedan validarse científicamente. Además, llama la atención que dentro de los resultados expuestos, la mayoría de mujeres no conozcan métodos de “planificación tradicional” considerando los hallazgos del presente estudio. Esto demuestra que la aplicación del método de la encuesta no logra profundizar en la realidad cultural de las comunidades. Y además, que los programas de SSR continúan realizando actividades, donde predomina la promoción de métodos anticonceptivos biomédicos para el control de la natalidad. Los cuales, a su vez, pertenecen a una corta lista de opciones que ofrece el POS.

En definitiva, los profesionales de salud utilizan una metodología de trabajo durante el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención que no permite construir los programas con la población indígena. Esta es una debilidad estructural del SGSSS. Esta problemática se hace más profunda si consideramos que los profesionales de salud tampoco tienen las competencias para el trabajo con comunidades indígenas, como lo refiere un funcionario entrevistado:

“Primero no contamos con el personal idóneo para el trabajo con las comunidades indígenas; utilizamos un lenguaje muy técnico; no se tiene la paciencia ni la tolerancia para lograr que las cosas queden claras, para hacer algo así tiene que ser una persona que le guste el trabajo con las comunidades indígenas y lastimosamente en su mayoría las personas que trabajan para las dos Secretarías no tienen esta aptitud o afinidad. Sería lo ideal, pues debería ser normativo que las personas que lleguen al Amazonas a trabajar con indígenas deben estar formados para eso. Pero se tiene que trabajar con lo que hay. Muchas veces también es voluntad de la comunidad, que se acostumbró a recibir todo de las instituciones del Estado y no tienen interés en participar. Finalmente, pienso que los profesionales de salud que trabajen en el Amazonas, deben tener una preparación para trabajar con comunidades indígenas, porque de eso depende también la calidad de los servicios que se prestan a las comunidades”. (Leticia, Octubre de 2006)

En definitiva, aunque los tecnócratas que planifican la política de salud de Colombia, defiendan la eficiencia y la productividad como base para mejorar la calidad de los servicios de salud, principalmente en términos de cobertura; en la práctica, estos principios generan debilidades estructurales en el



sistema, reflejadas en problemas de calidad en la atención, pues el cumplimiento de metas y de los lineamientos técnicos de la ley, está reemplazando la prestación de un servicio de salud integral con base en principios académicos, sociales y éticos.

CONCLUSIONES

La corporalidad, un nuevo concepto para la salud pública

Hay conocimientos sobre la noción de persona y el cuerpo humano, que la salud pública debe comenzar a incorporar en su práctica, pues tienen mucho que ver con la búsqueda de bienestar de los individuos, lo que Belaunde denomina “vivir bien”, opuesto al concepto de bienestar como “progreso” del modelo económico y político del mundo moderno de la globalización industrial. En los pueblos indígenas amazónicos, como los Ticuna, el “vivir bien” se relaciona en forma menos directa con el progreso económico o material o con los parámetros de bienestar de las sociedades industriales, y más con la formación de personas en un territorio.

Para muchas culturas su búsqueda de conocimiento y su actuar no se enmarcan en un proceso de pensamiento positivista, sino que está inmerso en un proceso cotidiano de vida, donde se evalúan y se adoptan ciertas conductas según su propia experiencia o en su defecto se desechan, pues la vida social es un continuo sopesar de pensamientos y actos que se van transformando a través del tiempo, igual que las personas. Es así como se construyen el conocimiento y las prácticas sobre salud y enfermedad en los pueblos indígenas amazónicos, inclusive en el uso de plantas medicinales y es por esa misma razón, que no se pueden considerar estáticos a la cultura y al conocimiento.

En este artículo se mostró la dinámica al interior de algunas familias de San Sebastián y se realizó una aproximación a los conceptos de reproducción social y fertilidad, con el objetivo de ampliar el análisis y la mirada clásica de la salud sexual y reproductiva. A través de estos conceptos se puede abarcar lo biológico y lo social, y, lo más importante, nos permiten entender el moldeamiento de los cuerpos, durante un ciclo vital marcado por la transformación, tanto de las personas en su experiencia vital, como del grupo social en su dinámica local.



Es decir, este estudio, abre la ventana a un horizonte en Salud Pública donde la sexualidad y la reproducción hacen parte de la experiencia corporal cotidiana y del devenir de transformación del ciclo vital; de las relaciones sociales, entendidas como formas de “socialidad” con las que se construyen cuerpos, redes de parentesco y solidaridad; de la agencia femenina, donde la mujer no sólo es sujeto para el control de la fertilidad y otros aspectos reproductivos, sino que desempeña un papel importante en la construcción de otros cuerpos femeninos y masculinos durante diferentes etapas de la vida y en la cohesión social de sus parientes. Además, nos muestra que el conocimiento y prácticas de salud generadas por esta dinámica social, no actúan solamente en el tratamiento de enfermedades sino principalmente en el cuidado de la vida.

El antagonismo entre las prácticas de salud indígenas y las del SGSSS de Colombia

Las instituciones de salud que operan en el municipio de Leticia tienen en sus manos garantizar el derecho a la salud de los indígenas, como afiliados del régimen subsidiado. No obstante, por la dinámica comercial del sistema, dichas instituciones tienen como prioridad la ejecución de los recursos financieros. Para tal fin, deben asegurar, más que la calidad, el cumplimiento de metas en número de actividades y porcentaje de población cubierta, sin adecuación cultural de los servicios.

En estas condiciones, los programas de Promoción y Prevención liderados por las instituciones de salud y desarrollados mediante un esquema vertical y reduccionista, que considera como objetivo principal la cobertura y la rentabilidad, difícilmente podrá articularse con grupos sociales, como los indígenas Ticuna, que finalmente disponen de un modo de vivir que genera por sí mismo muchas prácticas de cuidado, que se desarrollan de forma independiente del sistema de salud.

La intervención de los servicios de salud de atención primaria debe organizarse a partir de la comprensión de las concepciones, prácticas y relaciones sociales que están inmersas en la vida cotidiana y que tienen que ver con la sexualidad, la familia, las relaciones de género, las expectativas y significados con respecto a la fertilidad y las prácticas de cuidado del cuerpo. Y en definitiva, de este entendimiento podrían surgir nuevas estrategias de pro-



moción de la salud y prevención de la enfermedad ajustadas al contexto local y con menos énfasis en la reproducción biológica. En este sentido, la articulación de la biomedicina con las ciencias sociales en los programas de cuidado de la salud sexual y reproductiva y en todos los demás componentes de la salud humana es un nuevo reto para construir modelos de atención con enfoques integrales, que logren comprender e interrelacionar el modo de vida o las formas de “socialidad” y los aspectos de la biomedicina, teniendo como base la cultura.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a las personas de la comunidad de San Sebastián de los Lagos que abrieron un espacio en sus vidas para mis indagaciones y conversaciones; a Ruth y su familia, a las abuelas Juliana, Hilda, Julia y Rafaela; a Hermelinda y su familia. Gracias por la confianza, la hospitalidad y por compartir su conocimiento, plasmado en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Baztan, A. (1997). *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación socio cultural*. Bogotá: Editorial Alfaomega Colombiana.
- Belaunde, Luisa Elvira (2005). *El recuerdo de Luna: Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales /UNMS. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).
- Breilh, Jaime (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 27-92.
- Camacho González, Hugo Armando (Compilador) (1995). *MÀGUTÁ: La gente pescada por Yoí*. Leticia: Tercer Mundo Editores.
- Camacho González, Hugo Armando (Compilador) (1996). *Nuestras caras de fiesta*. Leticia: Tercer Mundo Editores.
- Camacho, Hugo; Guio, Camilo A. (2004). *Disposición final de los residuos sólidos en el municipio de Leticia, Amazonas. “De chagreros a recicladores”*: Estudio de caso



- en el Resguardo indígena de San Sebastián. En: Ochoa, Doris y Guio, Camilo (Editores). *Control social y coordinación: Un camino hacia la sostenibilidad amazónica*. Leticia: Embajada Real de los Países Bajos, pp. 25-42.
- Echeverri, Juan y Gasché, Jürg. (2004). *Hacia una sociología de las sociedades bosquesinas*. En: Ochoa, Doris y Guio, Camilo (Editores). *Control Social y Coordinación: Un camino hacia la sostenibilidad amazónica*. Leticia: Embajada Real de los Países Bajos, pp. 165-181.
- Esteban, Mariluz (2004). *La antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambios*. Barcelona: Editorial Bellaterra.
- Garnelo, Luiza y Langdon, Esther Jean (2005). *A Antropologia e A Reformulação das práticas sanitarias na atenção básica a saúde*. En: De Souza Minayo, M. y Coimbra C. Jr. *Críticas e atuantes. Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 133-156.
- Goulard, Jean-Pierre (2000). *Los Ticuna*, En: Santos F. y Barclay F, editores. *Guía etnográfica de la Alta Amazonia*. Volumen I. IFEA, FLACSO.
- (2002) *Indios de la frontera, Fronteras del Indio. Una sociedad indígena en tres Estados – naciones: Los Ticuna*. En: Morin Françoise y Santana Roberto. *Lo transnacional, instrumento y desafío para los pueblos indígenas*. Quito: Ediciones ABYA – YALA. pp. 51-84.
- (2006) *Entre mortales e inmortales. El ser según los Ticuna (Amazonia)*. Texto inédito.
- Hahn, Robert A., Kleinman, Arthur (1983). *Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions*. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 12, pp. 305-333.
- Halbmayer, Ernst (1997). *La construcción cultural de las relaciones de Género entre los Yukpa. La ideología del dominio masculino y el poder de las mujeres*. En: Perrin, Michel y Perruchón Marie. *Complementariedad entre hombre y mujer. Relaciones de género desde la perspectiva amerindia*. Quito: Ediciones ABYA – YALA, pp. 76-103.
- Harris, Marvin (2000). *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Langdon, Esther Jean (1995). *A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Palestra ofrecida na conferencia 30 anos Xingu, São Paulo: Escola Paulista de Medicina.



- (1999). *Saúde e povos indígenas: Os desafios na virada do século*. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Isla Margarita. Universidad Federal de Santa Catarina.

Mahecha Rubio, Dany (2004). *La formación de masa goro "personas verdaderas". Pautas de crianza entre los Macuna del bajo Apaporis*. Trabajo de tesis para aspirar al título de Magíster en Estudios Amazónicos. Leticia: Universidad Nacional de Colombia.

Martin, Emily. (1992). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction. With a new introduction*. Boston: Beacon Press.

Meloni Vieira Elisabeth (1999). *A medicalização do corpo feminino*. En: Giffin, Karen y Hawker, Sara. (Organizadoras). *Questões da Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Fiocruz.

Nieto, Juana Valentina (2006). *Mujeres de la Abundancia*. Tesis presentada para optar por el grado de: Magíster en estudios amazónicos. Línea de investigación Historias y Culturas Amazónicas. Leticia: Universidad Nacional de Colombia.

Overing, Joanna y Passes, Alan (2000). "Introduction: Conviviality and the opening up of Amazonian anthropology". En: *The Anthropology of Love and Anger: The Aesthetics of conviviality in Native Amazonia*. London: Routledge, pp. 1-30.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe de la 57ª. Asamblea mundial de la Salud sobre Salud Reproductiva*. Anexo 57/13 de 15 de abril.

Pedersen, Duncan (1993). "La construcción cultural de la salud y enfermedad". En: Pinzón, Carlos; Suárez, Rosa y Garay, Gloria. *Cultura y salud en la construcción de las Américas*, Bogotá: ICANH y Comitato Internazionale Per lo Sviluppo dei Popoli.

Pinzón, Carlos E., Suárez, Rosa (1989). "El cuerpo humano, la medicina y la cultura", V Congreso Nacional de Antropología. Villa de Leyva, Memorias del simposio de Arqueología y Antropología física. ICANH.

Reyes, Giovanna L. (2007). *Analogías y antagonismos en salud sexual y reproductiva entre población Ticuna y los servicios de salud del municipio de Leticia*. Tesis presentada para optar por el grado de: Magíster en estudios amazónicos. Línea de investigación Desarrollo Regional. Leticia: Universidad Nacional de Colombia.



- Riaño, Elizabeth (2003). *Organizando su espacio, construyendo su territorio. Transformaciones de los asentamientos Ticuna en la ribera del Amazonas colombiano*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia.
- Rico B., Arturo (1998). *Las fronteras del cuerpo. "Crítica de la corporeidad"*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Rodrigues, José Carlos (2005). *Os corpos na antropologia*. En: De Souza Minayo, M. y Coimbra C. Jr. *Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e humanas em saúde na América Latina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 157-182.
- Suano da Silva, Algenir (Editor) (1999). *Amazônia em Cadernos. Os Ticuna Hoje*. Manaus: Editora da Universidade do Amazonas. N° 5, jan- dez. pp. 1-288.
- Viveiros de Castro, Eduardo (1979). *A fabricação do corpo na sociedade xinguana*. Boletim de Museo Nacional. Rio de Janeiro: Nova Serie Antropología. No. 32, pp. 40-49.
- (2002) *Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena*. Capítulo 7. *En: A inconstancia da alma selvagem e outros ensayos de antropología*. Sao Paulo: Editorial Cosac & Naify.
- Viveros Vigoya, Mara (2003). *Género y salud reproductiva en Colombia*. En: Franco Agudelo, Saúl (Editor). *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 473-494.
- Young, Allan (1982). *The Anthropologies of Illness and Sickness*. Annual Review of Anthropology, Vol. 11, pp. 257-285.
- Zárate, Carlos (2001). *"La formación de una frontera sin límites: Los antecedentes coloniales del Trapecio Amazónico colombiano"*. En: C. Franky y C. Zárate (editores), Imani Mundo. Estudios en la Amazonia colombiana. Bogotá: Unibiblos, pp. 229-259.



Destilación del conocimiento indígena

Daniel Aguirre Licht¹

RESUMEN

En este artículo, se adelantarán algunas reflexiones basadas en notas escritas, tomadas de los discursos presenciados durante este evento junto con algunas ideas extraídas de tres artículos, que permiten observar cómo la ciencia de occidente, lejos de ser una ventaja para la humanidad ha servido a aquellos que la poseen, como un instrumento para apropiarse del conocimiento indígena y someterlos.

ABSTRACT

“In this article, some reflexions will be advanced based on written notes from the speech given within this event these days together with extracts from three articles that allow us see how the western science, far from being an advantage to humanity has served, to those who possess it, as an instrument to appropriate native peoples' knowledge and submit them”.



He estado muy atento a la mayoría de intervenciones de este encuentro para poder hacer unas reflexiones generales en esta última mesa redonda sobre algunos aspectos de lo aquí expuesto, emulando una situación que

¹ Profesor Departamento de Antropología - CCELA. Universidad de los Andes. daguirre@uniandes.edu.co



viví hace unos años entre los indígenas tule (cuna) del departamento de Antioquia, cuando después de una semana de talleres sobre educación indígena se paró de su hamaca un Saija (sabio mayor de la comunidad), a quien no había podido ver pero de cuya presencia me había percatado desde el comienzo, pensando en qué informales son los indios puesto que permiten a una persona estar durmiendo en medio de reuniones. Aquel último día se paró este anciano sabedor y comenzó a hacer observaciones sobre las diferentes exposiciones realizadas desde el primer día, dirigiéndose con nombre propio a cada expositor y retrotrayendo sus palabras y comentarios de forma tan precisa que no pude menos que sorprenderme por esos recursos nemotécnicos, que son cada vez más sólo un tímido recuerdo entre nosotros los ‘occidentales’, quienes ya no aprendemos de memoria ni siquiera los números de teléfono de nuestros seres queridos.

Por supuesto, ello será solo un pálido remedo de lo que hizo aquel Saija, pues yo me basaré en notas escritas, al lado de tres artículos que nos dejan ver cómo la ciencia occidental, lejos de ser una ventaja para la humanidad, ha servido como instrumento a sus portadores para apropiarse del conocimiento de los pueblos nativos y someterlos. También traigo esto a colación para hacer énfasis en la distancia, tal vez en aumento, entre la manera de tratar el saber de las –ya por siglos– amenazadas sociedades indígenas en medio de una cada vez mayor sociedad mestiza y mulata, emuladora de los países industrializados. En un encuentro internacional de saberes botánicos entre sociedades indígenas y no indígenas, los indígenas son la autoridad, nadie como ellos conoce y respeta lo que queda de la naturaleza, en todas partes han desbrozado el planeta para darle paso al concreto de la sociedad moderna.

El interés por el encuentro de saberes o conocimientos entre las sociedades llamadas ‘tradicionales’, por nuestra rápidamente cambiante sociedad tecnificada moderna, liderada por el G-8 o Grupo de los ocho países a la vanguardia del usufructo masivo del planeta con su ciencia, bajo la tutela omnímoda de Estados Unidos, está creciendo a pasos agigantados en la academia nacional. Su confrontación ha develado diferentes y complejas maneras de concebir el mundo, la naturaleza y de concebirse a sí mismos los miembros de antiguos pueblos costeros, silvestres, llaneros, serranos, –correspondientes a nuestra topografía–, que por generaciones se han relacionado con el paisaje del hoy territorio colombiano y hacen parte esencial de su geografía humana con sus rostros y costumbres milenarios, ignorados y despreciados por nosotros, los no indígenas, la sociedad ‘euroafroamericana’



resultante, con la mirada hacia Europa y Norteamérica, la sociedad nacional, aún de cerradas elites regionales, cada vez más ambiciosas y con más poder, alimentándose de inmensas masas de desposeídos, cada vez más empobrecidos e ignorantes.

Las culturas nativas de América se siguen muriendo en nuestras narices. Todavía las catalogamos desde nuestras teorías antropológicas pues no entramos en diálogo ni con los estudiantes ni con los profesores indígenas que ya están en las universidades tratando de revitalizar su pensamiento; no hemos entablado un diálogo de saberes, –especialmente sobre la naturaleza– para un beneficio en conjunto; seguimos dejando que este conocimiento sirva a otros, esta vez a las multinacionales farmacéuticas. Sus concepciones, creencias, ritos quedan ahora sólo en la memoria de los más ancianos, acciones como el estudio de la lengua y la implantación de la escritura tratan de amortiguar el daño, pero tal vez sea tarde, las jóvenes generaciones ya fueron tocadas por ‘Occidente’, quizás nunca sabremos cómo de verdad pensaban estos pueblos milenarios.

Por ejemplo, sabemos por sus narraciones y mitos, que los indígenas valoran por igual a todos los seres de la naturaleza, así distinguen entre humanos y no humanos. Pues aunque se dice que muchas de las autodenominaciones de estos pueblos nativos significan para ellos ‘gente’, ‘persona’, excluyendo a individuos de otros pueblos, esto no aplica entre los embera del occidente colombiano. En un taller en Antioquia sobre la cobertura semántica de términos de la lengua, con maestros indígenas, se encontró que una abuela sabedora, Conchita Carupia, decía sobre el significado de la palabra ‘embera’: *“Si veo algo que se mueve lejos, yo pregunto: ¿es embera?, es decir ¿es persona?, ¿se mueve como persona? o ¿se mueve como animal?”*². Entonces el término ‘embera’ equivale también a ‘humano’ y no, como se dice, solamente a los individuos con las características particulares de esta etnia.

No obstante esta distinción, los indígenas no se consideran superiores ni dueños de los animales ni del bosque, lo comparten o compiten en franca lid y lo preservan con sus técnicas no degradantes. En las grandes ciudades de los países industrializados, al contrario, muchos ciudadanos ‘civilizados’

² Curso de lingüística para maestros embera de Antioquia, Chocó y Risaralda. Organizado por el Instituto Departamental para la Educación Indígena-INDEI, de la Organización Indígena de Antioquia-OIA. Medellín, julio de 2008.



los destruyen en inmensas cantidades, en aras del progreso –supuestamente mundial–, para su explotación y comercialización, constituyéndose con sus empresas multinacionales en la octava peste del planeta. (Empresas extractoras de mares y selvas profundas, productoras de agrocombustibles con monocultivos que acaban la biodiversidad y enrarecen la atmósfera).

Los pueblos indígenas en las selvas o llanuras del país, cuyo grueso de la población todavía se ubica en regiones apartadas de los centros de ‘desarrollo’, y aquellos que en las montañas han mantenido una férrea cohesión espacial y cultural en medio de la colonización, aun con el atropello de los otros sectores de población que acosan sus tierras, conservan lógicas propias –herencia de sus ancestros– en su trato con la naturaleza y el mundo; un profundo y complejo conocimiento sobre el territorio, las plantas y los animales, junto con las prácticas medicinales, culinarias, artísticas y demás que las acompañan y aseguran y satisfacen su supervivencia en comunidad, aunque cada vez menos; conocimiento que está en manos de un decreciente número de ancianos que lo guardan con recelo y transmiten a los pocos jóvenes interesados; conocimiento que bien pudo haber sido incorporado en la sociedad mestiza desde la Colonia pero que fue ignorado y despreciado como inútil y supersticioso, aunque también apropiado y transformado por el colonizador europeo para su provecho, algo que todavía se sigue haciendo entre la mayoría de nosotros, los euroafroamericanos descendientes.



En un crítico artículo sobre las políticas de exclusión de Occidente, los problemas de propiedad intelectual y la coarticulación ciencias occidentales-ciencias de los ‘otros’, del antropólogo Robert Dover, profesor de la Universidad de Antioquia, el autor, después de recordarnos que fueron los antropólogos quienes dividieron la población mundial en sociedades salvajes, bárbaras y civilizadas, crearon conceptos como el de ‘sociedades primitivas’, y desvirtuaron el saber de estos, para ellos, pueblos ‘subalternos’ de Occidente sin “...hacer equivalentes las bases socioculturales fundamentales de los diferentes conocimientos...” (Dover, 2004:13); y de manifestarnos que aun reconociendo la ‘otredad’ “...existen fundamentos conceptuales que propician una comparación explícita y poco favorable del Otro” (ídem), trae a colación una cita de Naomi Roth Arriaza, refiriéndose a la apropiación de los derechos de propiedad intelectual por parte de Occidente, a través de “...la construcción de categorías legales y conceptuales acerca de los re-



cursos y conocimientos valiosos que excluye sistemáticamente el conocimiento y los recursos de las comunidades locales, campesinas e indígenas.” (Roth, 1997:259; citado por Dover, 2004:14).

Sobre el tema de la comercialización de los ‘recursos’ del planeta desde la mirada mercantil de Occidente, Dover nos presenta un artículo de James Scott, donde éste dice: “...*el discurso utilitario reemplaza el término ‘naturaleza’ con el término ‘recursos naturales’, enfocando en los aspectos de la naturaleza que pueden ser apropiados para el uso humano.”*; y más adelante: “...*matas que tengan valor llegan a ser ‘cultivos’, las especies que compiten con ellas ... ‘hierbas malas’ ... árboles que tengan valor llegan a ser ‘árboles maderables’, mientras especies que compiten llegan a ser ‘árboles de basura’ o ‘maleza.’” (J. Scott, 1998:13; citado por Dover, 2004:15).*

Y sobre el reconocimiento de saberes plurales –como llama este autor a los saberes no occidentales– Dover nos da una definición de ciencia aplicada a los indígenas Cree de Norteamérica, hecha por el antropólogo Colin Scott: “*Si por ciencia uno significa una actividad social que llega a inferencias deductivas de premisas iniciales, que estas inferencias son deliberada y sistemáticamente verificadas en relación con la experiencia, y que modelos del mundo son reflexivamente ajustados para conformarse a las regularidades observadas en el curso del evento, entonces sí, los cazadores Cree practican ciencia.” (C. Scott, 1996:69; citado por Dover, 2004:19).* Esto para rebatir la mirada de Occidente hacia los conocimientos de otros pueblos como pseudocientíficos, protocientíficos o no científicos, y rematar diciendo que es un efecto del etnocentrismo occidental.

En otro artículo sobre el tema, de Arun Agrawal, profesor de ciencias políticas de la Universidad de Yale, que lleva por título “*El conocimiento indígena y la dimensión política de la clasificación*”, encontramos una serie de prevenciones sobre la euforia inicial que puede presentar el querer registrar el llamado conocimiento tradicional de los pueblos indígenas dentro de los cánones de la tecnología de Occidente, particularmente en la creación de bases de datos sobre este conocimiento, acción que, encuentra el autor, está llamada al fracaso en las condiciones actuales.

Los argumentos que esgrime son, entre otros, que la búsqueda de estos conocimientos y su validación para Occidente están atravesados por el afán mercantilista o utilitario propio de nuestra sociedad moderna, lo que hace



que dichos conocimientos tengan que ser manipulados, en aras de obtener su mayor eficacia, de tal forma que salidos de su contexto adquieren nuevas características y se moldean de acuerdo con los intereses o fines perseguidos, como el de su protección para el beneficio de toda la humanidad, entre ella a los mismos indígenas poseedores de este conocimiento. En palabras del autor: *"...sólo el saber útil se convierte en algo digno de protección."* (Agrawal, 2002:11). Pero, más interesante aún es aprender que sólo a este saber seleccionado se le puede dar el carácter de verdadero dentro de nuestros parámetros científicos.

Para poder lograr este cometido, dice el autor, estos conocimientos tienen que pasar por un proceso de cientifización que se constituye a través de los siguientes pasos: particularización, validación y generalización. Entiende por el primero la selección de los elementos dentro de un conjunto, que son pertinentes a los intereses de quienes están elaborando la base de datos, intereses que, por supuesto, han de ser uniformados y tabulados de forma tal que puedan ser operacionalizados por la base. Los elementos que no se consideran pertinentes son entonces desechados como no útiles, a despecho de lo que puedan decir los indígenas sobre su validez. Esta validez, sancionada desde Occidente, está dada entonces por su utilidad, y entonces *"...puede utilizarse el poder de la maquinaria internacional de ayuda al desarrollo para otorgarle el sello de conocimiento indígena. La utilidad se convierte en requisito...para...creación de verdad. El valor de uso, combinado con la validación científica, invoca el poder de protección."* (ídem). Una vez particularizado y validado un elemento puede entonces ser generalizado e incorporado a una base de datos, es decir, puesto a disposición de la humanidad.

Esta validación se hace a través de la abstracción, la que, a su vez, queda a expensas del desarrollo como lo entiende Occidente, sin importar el daño que con ello se haga a estos saberes y prácticas no occidentales, porque: *"No todos los elementos que integran una práctica indígena útil resultan igualmente necesarios para el desarrollo. Para que ese conocimiento surta el mayor efecto posible, conviene abstraer sólo los elementos estrictamente útiles."* (ídem:10). Pero el carácter primordial indígena de un conocimiento puede desdibujarse después de ser tratado de esta forma. Más adelante, dice el autor: *"Llegados a este punto,...debe surgir la legítima duda de si existe algo especialmente indígena en el saber sometido a ese proceso de saneamiento...En el momento mismo en que...queda demostrada la utilidad*



para el desarrollo del saber indígena, éste se ve...despojando de los rasgos específicos que podrían,...denotar su carácter indígena.” (ídem:11).

Agrawal presenta los efectos de este tipo de procedimiento en tres ámbitos: el práctico, el epistemológico y el político. En el práctico nos recuerda que el fruto de un saber depende de la profundidad con que se conozca, y esta profundidad depende a su vez de la “...experiencia derivada de su utilización.” (ídem:12). Por lo que dice el autor: “Al aplicar de forma irreflexiva, estricta y académica un principio conocido de saber, hay grandes posibilidades de pasar por alto las muchas y pequeñas, casi imperceptibles, variaciones que resultan de un contexto en permanente evolución.” (ídem). Y ya hemos visto cómo varios indígenas (como el fiscal de Puerto Nariño) y no indígenas en el evento que al hablar de plantas medicinales y sus principios componentes para diferentes curaciones, se está dejando de lado el elemento importantísimo, si se quiere primordial, que acompaña las prácticas medicinales, cual es la intervención, a través de rezos, cánticos y demás, proporcionados por el curandero.

En palabras del autor, en aras del desarrollo: “Cabe obviar y descartar eventuales ritos, palabras, movimientos, gestos y acciones inherentes a la administración de una planta o un compuesto medicinal en determinada práctica indígena. (ídem:10). Y concluye sobre este aspecto: “...en el proceso de creación de bases de datos de conocimiento indígena se incurre precisamente en el error de despojar a ese fragmento concreto de saber del sinfín de detalles prácticos o contextuales que pueden ser capitales para inducir los efectos positivos que se le atribuyen.” (ídem:12).

En la dimensión epistemológica, tal vez la más crítica para ser superada, el autor anota que: “...no hay criterios sencillos o universales que sirvan para distinguir entre el conocimiento indígena y el científico u occidental.”, y: “...el uso de criterios científicos para delimitar y clasificar ciertas formas de saber como conocimiento indígena es una concesión a la idea de que la ciencia y lo que figura en la base de datos son directamente comparables.” (ídem:13).

Y en la dimensión política dice: “Aun cuando pudiera encontrarse una lógica científica dentro de lo indígena,...ello no redundaría necesariamente en beneficio de las personas de quienes se abstrae, cataloga y archiva ese conocimiento.” Y, más adelante: “...convertir lo indígena en científico puede sin



duda fomentar la idea de que merece la pena conservar el conocimiento indígena. Sin embargo, la consolidación de esa idea será de poca utilidad para modificar las relaciones de poder que...determinaron cambios sociales desventajosos para los grupos indígenas.” (ídem:14).

En Latinoamérica, esta situación de desventaja del saber de los nativos viene desde la Colonia. Una denuncia semejante a las anteriores, para el caso concreto de lo que hoy es Colombia, hace el historiador y filósofo de la Universidad de los Andes, Mauricio Nieto en su libro ‘Remedios para el Imperio. Historia natural y la apropiación del Nuevo Mundo’, donde sobre una juiciosa pesquisa bibliográfica y de archivo, ilustra los pasos en el proceso de apropiación por parte de la Corona de España, de las plantas, las técnicas y el saber de los nativos americanos en el siglo XVIII, época de exploraciones al nuevo continente, en la que llegó a esta región la Real Expedición Botánica, dirigida por el sacerdote médico español José Celestino Mutis.

Allí se puede ver la estrecha interconexión de intereses, principalmente políticos y económicos, en la exploración de la naturaleza del Nuevo Mundo, motivada por una Corona española en bancarrota y como parte de una política mayor europea de expansión de su ciencia y apropiación del conocimiento de los pueblos de estas y otras latitudes. En sus palabras: *“Algunos historiadores que se han ocupado de la relación entre el imperialismo y la historia natural han mostrado cómo la expansión europea y la exploración científica son procesos complementarios y cómo los vínculos entre la política, el comercio y la ciencia fueron especialmente estrechos durante el siglo XVIII.”* (Nieto, 2006:11); y también: *“...se pretende mostrar cómo la ciencia del siglo XVIII en América, la historia natural y la medicina...hacen parte de intereses políticos, económicos y religiosos...”* (ídem:15).

Concretamente para España el autor escribe: *“Al promover el estudio de la naturaleza, la Corona estaba estimulando la expansión comercial y la explotación sistemática del imperio y sus colonias.”* (ídem:49). Pero para lograr esta empresa la Corona precisaba una compleja labor que involucraba individuos y acciones particulares con el fin de desplazar el conocimiento de los nativos americanos al reino de España, interpretarlo, clasificarlo y legitimarlo. Por ello el autor nos dice en la Introducción: *“Este libro ofrece un estudio sobre las prácticas concretas involucradas en la exploración botánica: la elaboración de registros visuales, la movilización y clasificación de plantas y la*



construcción y certificación del conocimiento botánico y farmacéutico.” (ídem:14).

La apropiación y el uso del conocimiento de la naturaleza que tenían los nativos, por parte de los conquistadores para su beneficio propio, eran una obsesión no sólo en España sino en toda Europa: “...durante el siglo XVIII ... se podía observar ... un nuevo tipo de exploración centrada en la historia natural y la medicina. ... apropiación de la tierra que incluía no solamente las líneas costeras, ríos, oro y plata, sino también la sistematización de cada objeto de la naturaleza.” (ídem:39). “Los museos y jardines son expresiones y símbolos de poder de Europa sobre lo salvaje y del hombre sobre las bestias. (ídem:17). “Tanto la historia natural como la cartografía, la minería y la producción de floras y herbarios, fueron la expresión del compromiso europeo por extender y mantener control sobre el mundo...” (ídem).

Las exploraciones ibéricas eran vitales en un momento en que: “El poder económico y político de España había declinado notoriamente en el siglo XVII afectado por las guerras europeas...” (ídem:35), por lo que: “La clave de la prosperidad económica del Imperio español parecía yacer en una explotación más eficiente de la riqueza natural de sus colonias.” (ídem:12), para lo cual “...el gobierno español diseñó y llevó a cabo un importante número de ambiciosas expediciones a cargo de botánicos que debían investigar los posibles usos medicinales y comerciales de la vegetación tropical.” (ídem).

El proyecto económico de España era motivado principalmente por una sustitución de los productos importados de oriente debido a su inmenso costo, y a ello se ajustarían los exponentes de la nueva ciencia europea: “...Linneo mismo entendería la historia natural y los viajes de exploración como herramienta para facilitar una nueva política mercantilista de sustitución de importaciones.” (ídem:48). Pero ya desde el siglo XVI había habido interés de la Corona por estos conocimientos: “Una expedición temprana fue la de Francisco Hernández a la Nueva España (1571-1577).” (ídem:39). “Hernández había recibido instrucciones de investigar plantas medicinales e interrogar curanderos, hierbateros, indígenas o cualquiera que conociera sobre plantas y sus posibles usos medicinales.” (ídem:40).

Al igual que los autores antes mencionados, este autor encuentra que el traspaso de conocimiento de unas culturas a otras requiere un largo proce-



so, que involucra muchas personas y acciones, entre las que sobresalen la traducción y la adecuación a la cultura receptora, especialmente en lo que concierne a la apreciación de la naturaleza, porque: *“...para que cualquier objeto natural pueda ser ‘visto’ o ‘descubierto’, debe ser transformado en algo familiar conforme a un sistema ya conocido...tiene que haber pasado un proceso de construcción.”* (ídem:15). Y, por lo tanto, en el caso de América: *“...el proceso de ‘descubrimiento’ de nuevas especies es el resultado de una serie de prácticas que hacen posible el desplazamiento de la naturaleza americana al comercio europeo y, al mismo tiempo, la traducción de las prácticas nativas a la ciencia ilustrada.”* (ídem:134).

Pero: *“...¿cómo agrupar, centralizar y organizar las observaciones de personas distintas, de viajeros por el mundo entero? Es necesario ponerle reglas a la observación, estandarizar sistemas, códigos, reglas, lenguajes.”* (ídem:64). Es necesario que este proceso de traducción sea llevado a cabo por pasos: *“La traducción de la experiencia popular a un lenguaje ilustrado consiste en una serie de acciones: 1. referirse a la planta con un nombre latino, 2. clasificarla en el sistema linneano, 3. proveer una representación gráfica de la planta, 4. describirla de acuerdo con los conocimientos de la botánica contemporánea, 5. explicar sus virtudes en términos de enfermedades conocidas en Europa, y 6. mostrar cómo se pueden preparar remedios con ella, haciendo uso de los métodos de la farmacia del siglo XVIII.”* (ídem:155).

‘Proveer una representación gráfica de la planta’ requería toda una elaboración para que se ajustara a los cánones culturales de la época: *“Para el viajero botánico del siglo XVIII, la representación visual es el medio por el cual la naturaleza se hace transportable y accesible a los centros europeos de investigación.”* (ídem:63). Antes que los especímenes, llegaban a Europa sus dibujos, es decir, la forma en que los veían y representaban los mismos europeos para poder clasificarlos: *“Aprender a dibujar una planta es, en cierto sentido, aprender a verla. En el proceso de elaboración del dibujo, la planta adquiere una identidad, un nombre y una familia.”* (ídem:118); *“...los ilustradores botánicos estaban entrenados para ver y seleccionar elementos que hacían posible la diagnosis del espécimen. El artista-científico tenía de antemano un filtro que ordenaba y seleccionaba información en términos de sus propios proyectos e intereses.”* (ídem:117). Por ello, el autor llega a decir: *“Tal vez sea correcto afirmar que el artista dibujaba lo que veía, pero solamente una vez había aprendido a ver.”* (ídem:80).



Ante la imposibilidad de comprender el mundo de los habitantes de América, más que por el desconocimiento de sus lenguas por la inmensa distancia epistemológica que los separaba para interpretar el mundo y relacionarse con él, los europeos se ven en la necesidad de adecuar a su propia episteme lo que veían: *“Los naturalistas del siglo XVIII hacen del estudio de la naturaleza un elemento esencial de una educación civilizada...”* (ídem:17). *“Los naturalistas tienen una importante función social en la medida en que hacen de la naturaleza, de lo salvaje algo ordenado y placentero.”* (ídem). *“La tarea de los naturalistas era convertir y transformar lo inconmensurable en conmensurable, hacer familiar lo desconocido, crear un vínculo y, en últimas, poseer lo extraño.”* (ídem:56). *“...la medicina nativa era interpretada a la luz de ideas de Hipócrates y Galeno. Se prestaba muy poca atención a las creencias de los indígenas o a sus prácticas religiosas...vistas como inútiles y supersticiosas.”* (ídem:125).

Entonces, para llevar esto a cabo, se requería la clasificación y presentación de los conocimientos nativos americanos en términos comprensibles y de interés a la sociedad europea de la época y su pensamiento: *“...Linneo (1707-1778) y sus predecesores proveerían las bases de un marco teórico que hacía posible la fragmentación de la naturaleza y la movilización de especies de cualquier lugar del mundo a Europa.* (ídem: 105); *“...la taxonomía y los sistemas de clasificación son el reflejo de estructuras e intereses sociales...las unidades en que se fragmenta la naturaleza en el sistema linneano (especies y géneros) son el resultado de procesos de construcción más que de simples hallazgos.”* (ídem:18). *“Los exploradores recolectaron e hicieron dibujos de un enorme número de plantas y tomaron nota sobre aquellas prácticas medicinales locales, que ellos consideraran podrían tener algún valor.”* (ídem:46).

Los conocimientos de las poblaciones indígenas fueron apropiados por los españoles como ‘descubrimientos’ para ser incorporados en Europa una vez traducidos. Pero ello implicaba también ser contruidos, fabricados en términos de la nueva cultura, si querían ser legitimados por sus miembros, pues *“...un descubrimiento es un proceso de traducción y legitimación...”* (ídem:19), por lo tanto: *“...el ‘descubrimiento’ de una nueva especie o un nuevo género, lejos de ser un evento fácilmente localizado en el tiempo y el espacio, es un prolongado proceso de fabricación que supone negociaciones y acuerdos, que tienen lugar durante muchos años, y se llevan a cabo a millas de distancia del primer encuentro con la planta. Sólo entonces, la legitima-*



ción y el reconocimiento del objeto descubierto pueden llevarse a cabo.” (ídem:98). “Para conquistar plantas extrañas, el europeo se debe deshacer de contingencias locales y fabricar tipos ideales conforme al sistema de clasificación europea.” (ídem:119). Por todo esto, el autor llega a concluir sobre los ‘descubrimientos’: “...sería más sensato decir que Linneo, más que describir un nuevo género, lo fabricó.” (ídem:178).

La apropiación era total, de prácticas, conocimientos y especímenes mismos: “...los botánicos... no tenían ni el tiempo ni los medios para investigar las virtudes de cada uno de los especímenes, su conocimiento de estas nuevas plantas útiles dependía generalmente de tradiciones locales y en el comercio ya establecido de algunas especias que ya eran reconocidas y ya tenían un valor comercial.” (ídem:19); “...es necesario dejar atrás cualquier intento por entender el descubrimiento de una droga específica como el logro de algún individuo que deambulaba los bosques tropicales y repentinamente encuentra un nuevo medicamento.” (ídem:124).

En nombre del dios cristiano se cometió el mayor genocidio de la humanidad: la Conquista de América. Justificada la apropiación con esta causa se procedía a los medios necesarios para su consumación: “...nombrar, dibujar, clasificar y transportar objetos naturales son prácticas centrales de un proyecto en el cual la historia natural, al revelar el orden de la naturaleza, puede ofrecer nuevos métodos para resolver problemas políticos y económicos de los imperios.” (ídem:227); “Este proyecto global de ordenar la creación de Dios necesariamente implicó la reincorporación de la naturaleza en un patrón de unidad y orden eurocéntrico y cristiano.” (ídem:228). “El botánico linneano estaba en capacidad de transformar una vegetación extraña en algo familiar, porque estaba convencido de que cualquier planta sobre la tierra respondía a reglas de un orden preestablecido.” (ídem:107).

La historia de la ciencia occidental, que ha jalonado la sociedad actual desde los países que la secundan y alimentan, muestra su estrecha vinculación con el poder de someter los pueblos a los que se ha ido expandiendo, porque: “...el punto aquí es comprender el conocimiento como una forma de poder y apreciar que la diseminación de disciplinas como la historia natural, la taxonomía y la medicina es la diseminación del poder.” (ídem: 210); y porque al mirar la precaria situación actual de la mayoría de países del mundo, y luego de años de pretender que la ciencia es neutral y al servicio de la humanidad, descubrimos que: “Cuando asumimos que el conocimiento y la



ciencia son actividades neutras y moralmente incuestionables nos es imposible reconocer que estas prácticas conllevan relaciones de poder, que constituyen importantes herramientas de dominación. Tales relaciones determinan y definen conceptos de “superioridad” o “subdesarrollo” y, subsecuentemente, justifican el control de unas naciones sobre otras.” (ídem:215).

El encuentro de mundos ha sido siempre desfavorable a los pueblos de América. Europa se apoderó de ellos sin siquiera detenerse a mirar sus gentes y sus saberes: “Entre los indígenas americanos las plantas eran generalmente clasificadas de acuerdo con su utilidad culinaria, medicinal, o por su significado religioso y espiritual.” (ídem:112), pero eso no importaría a los invasores, para quienes el mundo todo era a su imagen y semejanza: “...una planta ya conocida y utilizada por un grupo de personas que desconozca las reglas del sistema linneano de clasificación podría ser ‘descubierta’ y re-nombrada después de años de uso de acuerdo a tal sistema ... los exploradores españoles encontraron comunidades y tradiciones con un sofisticado conocimiento de las plantas.” (ídem).

Las palabras de un sacerdote Jesuita, Bernabé Cobo, dejan ver cómo aun reconociendo la sabiduría de los indígenas del ‘Nuevo Mundo’ el centralismo ideológico de los europeos no los dejaba aceptarla: “Los tratamientos hechos por estos indios Peruanos están acompañados por superstición y magia...ninguno de ellos, excepto algunos que dominan el español, sabe cómo informar al doctor sobre el mal y qué pudo haberlo causado. Sin embargo ellos tienen muchas hierbas para curar sus enfermedades... usan hierbas simples y entre ellos encontramos excelentes hierbateros; de ellos hemos aprendido sobre los poderes curativos de muchas plantas que ahora usamos.” (ídem:126)³.

Hipólito Ruiz, encargado de las exploraciones de la flora americana en el Perú, no sería la excepción: “... los exploradores ... tenían una muy pobre opinión del conocimiento de los nativos americanos. Ruiz se refiere a los nativos como ‘belicosos’, ‘perezosos’, ‘malvados’, ‘rateros’, ‘supersticiosos’ y ‘enemigos declarados de los europeos’. Sin embargo, las culturas americanas dependían en gran medida del cultivo y recolección de plantas útiles y... las

³ Benrabé Cobo. “Of their knowledge and practice of medicine.” En: Inca Religión and Customs..., pp. 220-22. (Citado por Nieto, p. 126).



prácticas de los nativos fueron una fuente especial para el conocimiento medicinal y botánico de la flora americana por parte de los europeos.” (Ídem: 151)

La esencia del conocimiento europeo y americano de la época fue extraída del saber de los indígenas, alrededor del cual se fue organizando la sociedad y construyendo la base de toda la farmacopea moderna. *“Antes del siglo XVIII... los curanderos nativos ‘charlatanes, ‘hierbateros’ o ‘parteras’ constituían los agentes de salud más importantes de la población americana compuesta por indígenas, mestizos y españoles.” (Ídem: 127).*

Es importante anotar que: *“...estos proyectos europeos...no hubieran sido posibles sin la colaboración de una elite americana interesada en adoptar los métodos y cumplir con las ambiciones de la ciencia europea.” (Ídem: 229).* Pero desde entonces hemos quedado dependientes del extranjero, serviles a otros pueblos y tiranos con los propios, anclados con una aristocracia criolla que se siguió sintiendo europea aún habiendo nacido en América y habiéndose emancipado de la Corona de España, admirando todo lo de ‘allá’ y despreciando todo lo de ‘acá’.



En las intervenciones para este evento, tanto de nacionales como de extranjeros, se vieron éstas y otras inquietudes, demostrando que estos trabajos están a la altura crítica de las reflexiones que acabamos de leer. Se vieron los peligros de la globalización que afecta sobre todo a las comunidades que cultivan estas plantas y a sus prácticas, pues, como alguien dijo: *“Si se internacionalizan los productos medicinales los más perjudicados serán los habitantes locales que se benefician de ellos”.* Se confrontó nuestra estática ciencia al querer caracterizar los componentes siempre dinámicos de las plantas. Alguien más dijo: *“Las plantas en sí modifican mucho sus principios activos, los llamados ahora fitocomplejos. ¿Cómo analizarlos artificialmente en el laboratorio?”.* Se discutió que las prácticas medicinales se basan en algo más que el mero conocer los componentes de las plantas, que no se deben ver las plantas fuera de su contexto, de su paisaje y del sistema de creencias del pueblo que las conoce y utiliza, que involucran la relación con el medio, el diálogo con los seres de la naturaleza en igualdad de condiciones: *“El hombre tiene que escuchar esos mensajes de la naturaleza para curar”.* *“Si no hay sensibilidad no hay medicina tampoco”.*



Tal vez, lo que está en el corazón del debate sobre el diálogo de saberes es su posibilidad o imposibilidad de llevarlo a cabo con beneficio para ambas partes, y tal vez la solución esté en la forma como nos relacionemos, a partir de cómo nos valoremos de cada lado. Es un hecho que las culturas indígenas con toda su cosmovisión y prácticas culturales están entrando cada vez más en el panorama mundial, movidos por diversos factores como la falta creciente de territorios por un lado y la globalización (occidentalización) de las culturas modernas, por el otro; pero sea cual sea la solución, debemos confiar en que acciones como las que se nos han presentado en estos días van por el camino correcto. Es de parte de nosotros, de los no indígenas, de donde se deben exigir más demandas, para aminorar nuestra soberbia, nuestra superioridad alimentada por nuestro mayor manejo de la materia y por nuestra gran confianza en el avance de la técnica que se muestra cada vez más eficaz pero a la vez más inhumana o, mejor, deshumanizada.

Porque si hay algo que todavía nos pueden mostrar las comunidades indígenas, que mal que bien han mantenido sus estructuras sociales y de pensamiento, es que nos dan ejemplo de convivencia (recuérdense, por ejemplo, las marchas en el sur del país de numerosos indígenas paeces y de otras etnias en el año 2005, sin el más mínimo asomo de violencia y prescindiendo con razón de la presencia de la policía y el ejército) y de una sabiduría que en ocasiones pareciera escaparse por completo de cualquiera de nuestros supuestos de realidad (Qué increíble las técnicas de las parteras indígenas que pueden acomodar a los niños atravesados en el vientre de sus madres y llegar incluso entre los uitoto –como me contó Juan Álvaro Echeverry– a hacerlo sin siquiera tocar a la parturienta). Es un largo camino, y álgido si tomamos en cuenta que hasta el momento todos los intentos por tomar, interpretar y utilizar los conocimientos de los pueblos indígenas en beneficio de la humanidad en general, han resultado en perjuicio para ellos y significado una burda simplificación (destilación, como me sugirió mi colega Juan José Vieco) de estos conocimientos.

Ahora, como ejemplo de la gran distancia en la que aun nos encontramos al enfrentar epistemologías o maneras de acercarse al conocimiento del mundo y, por ende, de comprenderlo, tratemos de entender desde nuestras perspectivas racionalistas de Occidente la conexión indígena-naturaleza, a través de una anécdota sobre algo que me sucedió en una fiesta con indígenas Uitoto.



Encontrándome en una reunión con indígenas Uitoto, asentados en la sabana de Bogotá desde hace unos años, al calor de una fogata y unos 'etílicos', en las montañas del chapinero rural, rodeados de risas y de cantos, de repente un Uitoto comenzó a ser violento de forma tal que varios tuvimos que intervenir para calmarlo sin lograr mayor solución, pues desgraciadamente la intervención de cualquiera de nosotros acrecentaba la furia del violento. Cuando todo parecía empeorar, súbitamente otro uitoto presente logró calmar al energúmeno hombre no sé con qué razones o maneras, pero con una efectividad tal que en menos de segundos éste estaba relajado y no pasaron muchos minutos antes de que se durmiera profundamente. Estaba, al parecer del Uitoto pacificador, 'pasado de tragos' o 'con malos tragos'. Gracias a ello se logró terminar la reunión pero con los ánimos ya apaciguados como las llamas de la hoguera que antes había ardido intensamente.

Al día siguiente, a eso de las 8 de la mañana, cuando me desperté, dormía aún el Uitoto violento y el pacificador se encontraba haciendo café, alegre y cantando, casi que bailando, e inmediatamente, como era de esperarse, no logré contener los deseos de preguntarle cómo era que siendo los dos uitoto el otro era tan supremamente violento y él, al frente mío, era, por el contrario, tan afable y amistoso. El uitoto pacificador, haciendo un gesto como de evidencia, los ojos abiertos como diciendo 'eso es lógico', expresó: *"¡Ah! eso es muy sencillo, Daniel, yo soy caimito dulce, él es caimito amargo."*

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- Agrawal, Arun (2002). "El conocimiento indígena y la dimensión política de la clasificación". En: *Revista Internacional de Ciencias Sociales*. No. 173. Consejo editorial Arun Agrawal. pp. 6-18.
- Dover, Robert (2004). "El encuentro inminente de otros recíprocos: estrategias para el reconocimiento de saberes plurales". En: *Revista Educación y Pedagogía*. Universidad de Antioquia – Facultad de Educación. Vol. XVI. No. 39. pp. 11-25.



Nieto, Mauricio (2006). Remedios para el Imperio: Historia natural y la apropiación del Nuevo Mundo. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Historia. Uniandes – CESO. Bogotá. 248 p.

Roht-Arriaza, Naomi (1997). "Of seeds and shamans: the appropriation of the scientific and technical knowledge of indigenous and local communities". En: Borrowed Power: Essays on Cultural Appropriation. Editores: Bruce Ziff y Pratima Rao. New Brunswick, Rutgers University Press. pp. 255-287.

Scott, Colin (1996). "Science for the West: myth for the rest? The case of James Bay Cree knowledge construction". En: Naked Science: Anthropological Inquiry into Boundaries, Power, and Knowledge. Editora: Laura Nader. New York y Londres, Routledge. pp. 69-86.

Scott, James (1998). Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed. New Haven. Yale University Press.





Las dinámicas del discurso de la maloca

Juan Felipe Guhl Samudio¹

RESUMEN

En este artículo mostraré que la etno-farmacopea olvida lo esencial de la medicina indígena; ya que no es aplicable en los términos cartesianos de la ciencia occidental. Trataré de acercar al lector a las nociones básicas de salud y enfermedad, tanto en las comunidades indígenas, como en la construcción del discurso euro-céntrico. Mostraré cómo la salud está ligada con: el cuerpo y el manejo del territorio. Que las enfermedades son construcciones sociales y que los sistemas de salud se pueden ver como sistemas religiosos, a los cuales las personas acuden con la tranquilidad y la fe de ser curados.

ABSTRACT

In this article I will show that the ethno-pharmacopeia forgets the essence of indigenous medicine, because it is not applicable in the Cartesian terms of western science. I will try to approach the reader to basic notions of health and disease, both in indigenous communities and in the construction of Eurus-central discourse. I will show how health is associated with the body and the territory's management. How diseases are social constructions and how the health systems can be seen as a religious system, where people assist with the tranquility and the faith they will be cured.

¹ Antropólogo. Magíster en Estudios Amazónicos. Universidad Nacional de Colombia. jfguhl@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La presente investigación se pudo realizar después de varios años de convivencia entre las personas de las comunidades del río Mirití-Paraná y el autor. Han sido casi cinco años de interactuar con los paisanos de la selva; de ver sus alegrías, pero también sus dolores. Después de tanto tiempo reflexionando sobre la ontología del ser en las comunidades indígenas, he pensando que el estudio debería ser al revés, pues tal vez parte de mi identidad está ahora conformada por mi vivencia entre estas comunidades y sus sabedores.

Siempre me faltarán las palabras para agradecer a las personas del río Mirití-Paraná, con quienes viví momentos únicos e irrepetibles. Serán pocas las páginas que escriba para contar sobre mis vivencias y aprendizajes durante mi convivencia con los paisanos. Pero para empezar creo que es necesario reflexionar sobre el camino de pensamiento o Lawichú haciendo referencia al recorrido que hicieron los cuatro seres poderosos Kaipulakeno o Imarimakana, narrado por los chamanes del río Mirití-Paraná. Muchos de los acontecimientos de estos mitos se encuentran en el plano denominado ñamato-boiko: nuestro mundo. Este camino está representado en los flujos de energías, esencias, humores, etc. que están dentro del recorrido que hace el sol diariamente (dirección oriente-occidente) y el curso de las corrientes de los ríos (Amazonas, Caquetá, Mirití-Paraná, Wakaya, Oiyaka, Popeyaca, Apaporis, etc. en dirección occidente-oriente).

Es el recorrido del sol y el flujo de las corrientes de los ríos que forman un camino constante y cíclico entre el cielo; espacios superiores wehea, y ñamato –la tierra–, complementándose en el manejo de las energías. Al ser de noche, los mundos subterráneos consuman el ciclo como se explicará más adelante.

La llegada de personas foráneas al río Mirití-Paraná ha ocurrido siempre por el río Caquetá; en dirección oriente-occidente en contra-corriente. En los mitos el sol, kamu o jeechú, viaja en canoa con toda su “gente” a bailar en las malocas de otras personas. En los bailes rituales en los que participé, pude observar que los invitados que venían de otras comunidades viajaban con casi la totalidad de los miembros de la comunidad para “curar” el mundo y darle de mambear a todos sus dueños.

Es, por tanto, que todo llega en esa dirección incluyendo la enfermedad. Para lograr tener control sobre las cosas y personas que vienen, es necesario tener



un entrenamiento y una educación especial. El “saber curar” requiere tener un conocimiento de la curación lawichú, siendo necesario conocer el camino del pensamiento ripechú, haciendo que el territorio tenga así prevención ijají, dejando a la gente que habita sin tantos problemas y enfermedades.

Los intercambios inter-étnicos se daban en todas las direcciones. Cuentan que iban los “antiguos” hasta más allá del chorro de Aracuara (río Caquetá) y Jirijirimo (río Apaporis) a intercambiar curare por plumajes, rayadores y mujeres. Por el río Caquetá desde el oriente; lugar en el que se encuentra la maloca de las cuatro ñamato (mujeres), partió el –bote boa– con todas las cosas que hay en el mundo². También por el oriente llegaron los indios “comegente” los mirabara, ba´kaka que realizaban intercambio de indios capturados (rescate) con los portugueses por mercancía “occidental”, con los vendedores de esclavos que estaban en Tefé.

Posteriormente, comienzan a llegar los caucheros, los curas capuchinos, los antropólogos, militares, policías, médicos, corregidores, guerrilla, funcionarios de parques, enfermeros, bacteriólogos, etc. Flujos de gente con nuevos saberes e instrumentos. La ciencia y sus primeros botánicos como R.E. Shultzes, quien investigó y propulsó el comercio de muchas especies de la flora amazónica.

Todos los flujos de intercambio se dan a través del río y con él, la percepción de camino de curación y prevención del territorio. También posee una agencialidad peligrosa, pues si los dueños de la naturaleza Jarechinas se molestan, causarán enfermedades en la población. Se dice que a medida que se vea más gente extraña en el río, el mundo y su manejo se terminarán y con él, gran parte de su cosmovisión.

Para contextualizar al lector es necesario ubicarlo en el lugar en que se desarrolló esta investigación. El departamento del Amazonas es el más extenso de Colombia con un área aproximada de 109.665 km², lo que equivale al 9.6% del territorio nacional. Cuenta con una población de 56.036 habitantes, de los cuales 18.673 son indígenas. El 44% vive en cabeceras corre-gimentales y en los municipios, el resto en áreas rurales que en su mayoría están bajo el título de resguardos indígenas y poseen una extensión total de

² Ver origen de las mercancías en Hammen 1992.



91.996,88 Km². El departamento consta de una sola carretera, que tiene una extensión de 22 Km. y va desde Leticia en dirección norte; las demás vías de comunicación son fluviales o aéreas³.

Este trabajo se realizó en el resguardo de Mirití-Paraná, ubicado al noroccidente de la cuenca amazónica. Cuenta con una extensión de 16.000 Km², conformado mediante la resolución 0104 del 15 de diciembre de 1981. Su población actual es 1008 habitantes según el censo del Plan de Ampliación de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud Departamental (actualizado hasta agosto de 2007). Se encuentra ubicado entre las latitudes 0° y 1° sur y las longitudes 70° y 71° oeste, los habitantes pertenecen a los grupos que practican el ritual de yuruparí y pertenecen a las raíces lingüísticas tukano oriental y arawak, en su mayoría.

El río Mirití-Paraná se considera como territorio Yukuna-Matapí, ya que su tradición oral habla sobre sus orígenes en los caños de Ewarita y Ke´chirapí cerca de las cabeceras del mismo, donde el primer ancestro de cada etnia nació. La zona en la cual se realizó el estudio está bajo la jurisdicción de la Asociación de Capitanes Indígenas del Mirití-Paraná, Amazonas (ACIMA), la cual está conformada por 12 comunidades pertenecientes a las etnias yukuna, tanimuka, letuama, matapí, cabillarí, cubeo, makuna, yauna, uitoto, entre otras. Estas comunidades son de sur a norte: Puerto Lago, Quebrada Negra, Puerto Castaño, Puerto Nuevo, Puerto Guayabo, Puerto Libre, Mamura, Jariye, Wakaya y Centro Oiyaka con centro Avawrita, que quedan sobre las quebradas de sus mismos nombres.

UNA CAPACITACIÓN EN LA PEDRERA

La influencia del Estado en este momento es mayor que en otras épocas, lo que ha generado nuevos discursos y dinámicas en estas poblaciones, logrando un sincretismo o hibridación en el manejo del cuerpo, el espacio y la manera de concebirse a sí mismos y a su territorio.

El estar en las comunidades me permitió vivir y comprender que el modelo de Estado-Nación y su discurso basado en el modelo de desarrollo, son réplicas

³ Datos DANE 2005, Gobernación del Amazonas.



del sistema emancipador y colonizador planteado desde la conquista. Por tanto, el mostrar las diferencias que hay en el pensar indígena y occidental, en la formación del yo, los símbolos colectivos y el manejo del territorio, ayudará a empoderar a las comunidades en los procesos que hay actualmente para que tengan una mayor autonomía, fortaleciendo los espacios en la toma de decisiones y colaborando a que exista un mayor respeto a la diferencia.

Todas las nuevas políticas que se están desarrollando en el país para que los indígenas tengan gobiernos propios, con espacios políticos participativos, están sujetas a los límites que impone el estado colombiano. Es por tanto que la autonomía indígena se está construyendo en un campo de tensión de discursos con diferentes grados de fuerza e impacto. Los cuales conllevan alteraciones en las prácticas tradicionales de regulación social en las comunidades y, por lo tanto, en sus estructuras, en la formación de los individuos y en la concepción del yo y el nosotros, en la conciencia colectiva y en el manejo y concepción sobre su territorio.

El centro de salud (IPS⁴) más cercano a la cuenca del río Mirití-Paraná se encuentra en La Pedrera. La construcción que hay con esta finalidad en la comunidad de Jariye está fuera de servicio⁵. La Pedrera es el único asentamiento con comercio y población colona de la región. La IPS cuenta con un área de media manzana. El personal médico que allí trabaja en su mayoría son jóvenes recién egresados de la universidad, que realizan durante un año el servicio social obligatorio. Cuenta con un pequeño salón donde se realizan algunos talleres de capacitación a los promotores de las comunidades. Al frente se ve una estructura sin culminar, entre las vigas de cemento con varillas que sobresalen en su parte superior hay un bote ambulancia anaranjado que se encuentra abandonado.

La IPS consta de un corredor de entrada al público donde por lo general se ve una fila de personas; madres con sus niños en brazos, como otros indivi-

⁴ Institución Prestadora de Servicios de salud.

⁵ El centro de salud ubicado en Jariye quedó sólo en manos de un auxiliar de enfermería: Daniel Yukuna. El médico que lo acompañaba en el año 2006, sufrió un accidente náutico durante el traslado de un paciente desde el centro de Salud hasta La Pedrera y perdió la vida. El médico que lo sustituyó, cuentan que “jugó” con un collar de dientes de tigre del dueño de una maloca, quien le dijo que no los tocara. Después él se enfermó y fue remitido a La Pedrera, de ahí a Leticia y por último a Bogotá. Después de esos acontecimientos, la gobernadora y el secretario de salud de turno, optaron por no mandar más médicos porque en el Mirití-Paraná los ¡“brujeaban”!



duos que asisten por distintas situaciones. En este corredor se ven letreros pegados que hablan de las campañas de prevención del sida, el uso de condón, los diferentes métodos de planificación familiar, etc. Salen fotos de diferentes paisanos⁶ con enfermedades, malformaciones, desnutridos, tuberculosos, leprosos, etc., que generan impactos en las personas ahí presentes para su regulación y control. Pero hay otros anuncios en los cuales salen personas rubias y de ojos azules en una casa prefabricada que no tiene nada que ver con la región y su población, y que evidencian la falta de una estrategia congruente con las visiones y modos de entender la vida de los habitantes.

En una ocasión pude participar de una jornada organizada por el centro de salud corregimental, en la cual hacían campañas de prevención contra la Tuberculosis (TBC)⁷ y otras enfermedades respiratorias (infección respiratoria aguda (IRA)), mostraban una pequeña cartilla en la cual se exponían las consecuencias de esta enfermedad y el modo de contraerla.

El bacteriólogo del centro de salud era el encargado de leer la cartilla que le habían dado en Leticia para realizar estos talleres. Estos panfletos de salud pública se estructuran a partir de los lineamientos globalizantes formulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los campos de: promoción, prevención y abolición de las enfermedades, siendo su emblema la viruela que fue declarada como erradicada a nivel mundial en 1980 y de la cual la última cepa del virus se encuentra en sus instalaciones por si existe un nuevo brote epidémico poder fabricar la vacuna.

La lectura por el bacteriólogo comenzó: “La tuberculosis es una enfermedad contagiosa que se propaga por el aire. “El bacteriólogo hace una aclaración: “si alguien acá tiene la enfermedad y tose, icof! icof!... todos los que nos

⁶ En el río Mirití le dicen paisano a cualquier indígena, compadre a los colonos, blancos a los del interior, no importa si su piel es o no de color blanco.

⁷ Todas las enfermedades producidas por el contacto con el hombre europeo generaron grandes epidemias en la Amazonia. Augusto Gómez en su libro nos cuenta que hay que hacer una mención especial a la TBC, pues: “marca rítmicamente el proceso de enajenación cultural, pérdida de sus territorios ancestrales, el hambre endémica, el hacinamiento y la tristeza de los indios esclavizados, la civilización “occidental” y las sociedades nacionales mayoritarias. La tuberculosis, en estas nuevas condiciones sociales de pobreza, de desnutrición y melancolía, encontró en las viviendas comunales de los indígenas de la Amazonia Noroccidental, las malocas, y en la costumbre por parte de algunas mujeres, de la masticación de los productos vegetales para ayudar a la fermentación de las chichas, de consumo colectivo, las condiciones que favorecieron su dispersión.” (Gómez 2000:390).



encontramos a su alrededor nos podemos enfermar, por eso es tan importante que si ven a alguien con los síntomas, o alguno de ustedes los presenta, nos tiene que contar para poder darle el tratamiento y que se mejore...” Continúa su lectura: “La fuente de infección son otras personas aquejadas de tuberculosis pulmonar. Cuando una persona infecciosa tose, estornuda, habla o escupe, expulsa al aire bacilos⁸ de la tuberculosis. Basta inhalar un pequeño número de esos gérmenes para resultar infectado. Se entiende por infección la presencia de bacilos de la tuberculosis en el organismo”. El bacteriólogo pregunta “¿Está claro?”, pero ninguno de los asistentes contesta nada, ni se escucha ninguna afirmación o pregunta. Vuelve a preguntar en tono más fuerte: “¿Hay preguntas? ¿Está todo claro?” Las personas ven la insistencia y la cara del hombre blanco, que en su rostro refleja que ha expuesto con una claridad insuperable. Éste, mirando a los ojos a su público, pasa uno a uno y ve que los asistentes mueven la cabeza en signo de afirmación, sin musitar ninguna palabra. Continúa la lectura: “No obstante, no todas las personas infectadas por esos bacilos necesariamente enferman. El sistema inmunológico «enclaustra» los bacilos de la tuberculosis, que pueden permanecer latentes durante años. Si el sistema inmunitario no logra controlar la infección, se produce una forma activa de la enfermedad, entendiéndose por enfermedad las lesiones causadas por los bacilos de la tuberculosis. Si no reciben tratamiento, las personas con tuberculosis pulmonar

⁸ Los bacilos pertenecen al reino monera o de las bacterias, el cual se caracteriza por presentar muy pocos cambios evolutivos desde hace 3.500 millones de años. Sus miembros se caracterizan por ser células procariones carentes de organelos. Existen dos tipos de bacterias: las Eubacterias, del griego bacterias verdaderas, y las Archaeobacterias, del griego bacterias antiguas. La clasificación de las bacterias se da según su forma, modo de locomoción, los pigmentos, las propiedades de tinción, la necesidad nutricional y la apariencia de las colonias bacterianas. Las formas más características de las bacterias son los bacilos, semejantes a un bastón, los cocos, de forma esférica, y los espirilos, que tienen forma de sacacorchos. La tinción de Gram distingue entre bacterias gram positivas y gram negativas dependiendo de la composición molecular de sus membranas. Su reproducción es por fusión binaria, asexual; por tanto, de solo una bacteria se produce una copia idéntica de sí misma, generando dos individuos iguales. Las bacterias se han especializado para sobrevivir a los diferentes ambientes, logrando sobrevivir en lugares denominados extremos, ácidos, salinos, de altas o bajas temperaturas y ausencia de oxígeno.

Las enfermedades causadas por las bacterias en los seres humanos se pueden dividir por los modos de ingresar a su agente patógeno: 1) Tubo digestivo: Fiebre tifoidea (*Salmonella typha*), la fiebre entérica (*Salmonella Typhimurium*), el cólera (*Vibrio cholerea*) y la disentería bacteriana (*Shigella dysenteriae*). 2) A través de heridas: Tétanos (*Clostridium tetani*), la gangrena (*Clostridium perfringens*), la gonorrea (*Nesseria gonorrhoeae*) y la sífilis (*Treponema Pallidum*). Estos logran sobrevivir en ambientes anaerobios, heridas profundas o lugares que son poco irrigados por el aparato circulatorio. 3) Por medio de gotitas exhaladas: Difteria (*Corynebacterium diphtheriae*), la tuberculosis (*Micobacterium*), la meningitis meningocócica (*Neisseria meningitidis*), la neumonía neumocócica (*Streptococcus Pneumoniae*). 4) Por mordidas de animales: El ejemplo más típico es la peste, producida por *Yersinia* (antes *Pasteurella*) *pestis*. (Smith y Word 1997:52)



pueden infectar a un promedio de entre 10 y 15 personas al año...” (<http://www.who.int/features/qa/08/es/index.html>).

Al terminar la exposición los indígenas se dirigen con gran alegría a la mesa de las medias nueves y las personas comentaron que la tuberculosis no existe en la región y de llegar a presentarse es solo a unos poquitos, pero no a todos como dice el doctor. Me preguntaron: ¿cómo es posible tener en el cuerpo una enfermedad y no enfermarse durante años? Exclamaban: ¡Esos blancos sí son muy brujos! para poder mirar esos animales invisibles.

También expresan que no le creen todo a los doctores, pues si uno de los miembros de la comunidad se enferma se dirige a donde está el tradicional⁹ Lawichura¹⁰ y él le “mira” la enfermedad y la “saca”, y terminan diciendo que como los brujos son “tigres” ellos sí saben icurar!

Me quedé pensando por un rato en sus palabras y sentí gran intriga por entender de qué manera los brujos “miran la enfermedad” y la “sacan”. Me interrogaba para mi interior: ¿será posible que un chamán vea los bacilos y además los pueda sacar del cuerpo del doliente?, ¿le dará una purga con alguna planta? Mis conocimientos en biología me hacían reflexionar que en caso de usar una planta se debería contar con el conocimiento de sus propiedades químicas, ya que deben ser las indicadas para atacar a la bacteria obligándola así a abandonar a su hospedero. Después me cuestionaba, ¿cómo habrán obtenido el conocimiento sobre esa planta y sus propiedades?

Las preguntas seguían, ¿qué quieren decir con “mirar” la enfermedad?, ¿cómo la mirará? Buscaba respuestas que mi conocimiento pudiera entender. Me dije: el brujo mira los síntomas externos que tiene una persona: los ojos y su color de piel, el color de sus manos, sus llagas, etc.; las enfermedades se “miran” a través de lo que el cuerpo presenta, y con eso saben qué planta

⁹ En el transcurso del artículo se va a encontrar brujo, chamán, tradicional, sabedor, y tal vez tigre en alguna ocasión, para hacer referencia a la persona que tiene conocimientos sobre la cosmología, lo que implica saber de historia (mitos, oraciones, orígenes), territorio (recursos dueños *Jarechinas*), épocas, curaciones *Lawichu Itají* y sobre las personas (cuerpos).

¹⁰ *Lawichura*´a: son los chamanes que curan e identifican enfermedad mediante el cuerpo.

Mari´chu: chamán que “mira” que anda con el “pensamiento”.

O´najomi: chamán que anda en forma de tigre, hombre/tigre.



usar. Pensar así me tranquilizaba ya que quedaba todo en términos pragmáticos y de esa manera podía traducir lo que quería decir con mirar las enfermedades. Pero dentro de mí seguían surgiendo más preguntas y, por supuesto, no todo tenía respuesta o no sabía si la respuesta que planteaba era la acertada.

Al oír que los médicos también son grandes brujos porque ellos con sus aparatos pueden ver la enfermedad, me di cuenta que mi respuesta no era satisfactoria del todo, pues en muchas ocasiones los utensilios que usan los doctores son para poder identificar una enfermedad que no se puede clasificar con los síntomas que se presentan exteriormente. Además comentaban que las formas de curar son diferentes, los escuché decir que esos “blancos” sí son muy “jodidos” para manejar la enfermedad y daban el ejemplo que los hombres ayudaban a la mujeres durante el parto y no les pasa nada. Esos doctores tampoco cumplen “dietas”, ellos solo pueden curar con pastillas, esa es su magia, decían.

Volviendo sobre la tuberculosis señalaban que si esa enfermedad llegara a la región, los cogería a todos, porque no existe una cura tradicional. Los chamanes lo único que pueden hacer para esas enfermedades, es quitarle la fuerza para que la enfermedad se presente con su “poder” disminuido, así solo “coge” a unos poquitos y muy suavcito a los demás. Pero en tono afirmativo comienzan a decir: que si alguien no quiere enfermarse tiene que cumplir con las dietas que dice el tradicional, porque si no: “se jode solito”. Cuando esa enfermedad “coge” a la persona, lo mejor es que venga al centro de salud porque, como esa enfermedad no es propia de la región, los brujos no saben su origen y por eso es muy difícil curarla.

Ahí comencé a preguntarme otra vez qué entenderán por bacilo las poblaciones indígenas; ¿será que una explicación de este estilo sí logra hacer que las personas interioricen lo que se está explicando o simplemente asisten a la reunión porque hay algunos bocadillos disponibles a la hora de las medias nueves? Seguimos en la reunión y en la jornada se aprovechó para vacunar a algunos niños, reparar algunas dentaduras y repartir ciertos utensilios: bienestarina comida por excelencia de las escuelas públicas nacionales y los hogares sin estrato. Cepillos de dientes, dentífrico, algunas purgas y, por supuesto, las medias nueves: unas empanadas y un jugo.



SALUD Y ENFERMEDAD

Es necesario hacer una discusión sobre las concepciones de salud y enfermedad en el pensamiento amerindio, partiendo desde el perspectivismo planteado por Viveiros de Castro, quien nos habla de que las personas de la región amazónica basan su modelo de vida en la depredación. Esto se puede plantear para todas las comunidades amerindias ya que le atribuyen diferentes energías a los objetos, las piedras, el agua, las nubes, los árboles, los animales, no siendo simples consecuencias del transcurso del tiempo en la naturaleza; por el contrario, éstas cuentan con energía vital propia, “pensamiento” (esencias, sabores, colores), que actúan sobre ellos y éstos sobre las personas, logrando que los objetos se conviertan en sujetos.

La posible transformación del sujeto en hombre-jaguar, o *najomi*, permite la transmutación del chamán en predador, el cual, por medio del camino del pensamiento, como se verá más adelante (*lawichú*, *fafarifaka*), va en busca de “camisas” o espíritus para alimentarse. Para que esto pueda suceder, los individuos se deben convertir en personas sociales y “verdaderas”, ya que en la naturaleza es muy difícil que la depredación se de entre dos individuos de la misma especie. El hombre jaguar, por tanto, solo comerá aquellas “camisas” que sean diferentes a las que él tiene.

Las “camisas” transforman a la persona en el animal (presa/predador) que tocó o consumió; un ejemplo: esto se puede dar a través de la substancialidad. Si alguien ingiere, toca, inhala, lo que no debe, como animales grasos, mujeres en menstruación, plantas prohibidas, etc., la persona pierde su carácter humano convirtiéndose en animal y pasará a ser posible presa.

Se puede ver que hay una concepción de cuerpo individual y social interrelacionada todo el tiempo a través de los flujos verticales y horizontales de energías, esencias, humores, etc. que hay en el medio. Se hace evidente que por medio de la salud hay un manejo directo del espacio circundante, los consejos que da el chamán, sobre no visitar salados, prohibir ciertos alimentos y la relación que hay con la cadena trófica –de ser cazado (enfermarse) o cazador (sano)–, el tipo de alimento (energía, esencia, comportamientos, etc.) que ingirió, como el cumplimiento de normas sociales. Por lo general estos consejos expresan relaciones entre los géneros y la interacción con los dueños de la naturaleza *Jarechinas* (manejo territorial),



formulando la relación existente entre individuo, salud y territorio en la cosmovisión indígena.

Para poder hacerse una persona verdadera inauk'e¹¹ es necesario pasar diferentes rituales, que van formando a la persona y su cuerpo a lo largo de la vida. Es a través de estos momentos de transición que cada individuo genera una identidad y recibe un nombre de acuerdo a su función y estatus, dentro de su grupo. La moralidad y las formas de relacionarse con los demás, hacen que el incumplir estas reglas que se dan a lo largo de la vida perjudique la salud y la pertenencia del grupo; por tanto queda expuesto a la posible predación por los demás brujos que andando en su forma de jaguar están al acecho para aumentar su poder y, con él, causarle enfermedad a la persona¹².

Para analizar el modo como confluyen los discursos estatal e indígena en el área de la salud, es necesario aclarar el posible sincretismo que hay entre los dos. La mente es una máquina¹³ abstracta que manipula símbolos y representaciones de todo tipo. Taussig deja ver dos tipos de estructuras de pensamiento, la primera es la visión "occidental" o moderna de los hechos y la segunda es la explicación local o émica que surge en la gente que vive en la

¹¹ Camilo Robayo, en su tesis doctoral, nos cuenta sobre el proceso que requiere un kamejeja para volverse inauk'e de lo que es ser yukuna. Robayo: 2007.

¹² Viveiros de Castro nos habla de propiedad de transformación del chamán en espíritu jaguar, como lo expone a continuación: "... Empecemos por los *xapiripë* propiamente dichos. La palabra designa al *utupë*, la imagen, principio vital, verdadera interioridad o esencia (Kopenawa & Albert 2003:72 n. 28) de los animales y de los otros seres de la selva, y al mismo tiempo imágenes inmortales de una primera humanidad arcaica, compuesta de Yanomami con nombres de animales que se transformaron en animales de la actualidad. Pero *xapiripë* también designa a los chamanes humanos, y la expresión "convertirse en chaman" es sinónimo de "convertirse en espíritu" (*xapiri-pru*). Los chamanes se conciben a sí mismos como de la misma naturaleza que los espíritus auxiliares que traen a la tierra durante su trance alucinógeno. El concepto de *xapiripë* señala, por tanto, una interferencia compleja, una distribución cruzada de la identidad y la diferencia entre dimensiones de la "animalidad" (*yaro-pë*), y la "humanidad" (*yanomae thëpë*). (Viveiros de Castro 2008:89)

¹³ "De creer en Richard Mayer (1985), existirían cuatro orientaciones globales en el interior de la ciencia cognitiva:

1. La que concibe la mente en términos de un sistema de procesamiento de la información, atendiendo a las operaciones mentales y los mecanismos involucrados sobre la base de la metáfora de la computadora.
2. La que aborda el análisis de los procesos cognitivos implicados en la realización de determinadas tareas intelectuales.
3. La que se ocupa de analizar las estrategias, heurísticas y técnicas que utilizan las personas para controlar fragmentos de información que poseen, en el contexto de la relación entre medios y fines.
4. La que define las estructuras cognitivas necesarias para la representación de diversos tipos de conocimiento." (Reynoso:51)



región. Cuando se bifurcan los dos discursos, la magia y la alteridad cultural se comienzan a dar en todos aquellos personajes que están en la región. Para comenzar voy a explicar la visión indígena, en la cual ven a los blancos como “come gente” y las mercancías como enfermedad. Para dar un ejemplo, existe una canción entre los uitoto que hace referencia a un capitán que se va con los caucheros y en la hora de su salida dice: “el tigre de la mercancía me quiere llevar...el tigre de la mercancía me quiere comer...” (Roberto Pineda notas personales), es decir que el poder que hay en el blanco y sus mercancías, es visto que puede tener la agencialidad del jaguar, dentro del chamanismo.

Taussig nos deja ver el manejo que los chamanes amazónicos tienen de la substancialidad del individuo, la envidia y la buena redistribución. Pero para complementar estas exposiciones voy a mostrar un caso de los indígenas del río Mirití-Paraná, en un documento de Faustino Matapí que nos expone lo siguiente:

“1.Las autoridades tradicionales... llegan acuerdo como indígenas, prevención contra maldad que está utilizando algunos tradicionales indígenas removiendo todos los animales del mundo jugando con todos pensamiento para destruir la vida de personas y tramitando enfermedades perjudiciales que están causando daño y muerte....6. justicia: indígenas frente al (m)aldadoso acabarlo porque de contrario siga destruyendo la vida de gente hasta su fin de vida. 7. Envidia era acabar con todos su cultura y no dejaban progresar, no lo utilizaban persona inocente. 8. que en todos los periodos de la historia indígenas han sido algunos brujos grande por envidia de acabar persona cometieron el genocidio, ha infligido grandes pérdidas la vida mucho indígenas de las tribu, ni siquiera existe nieto. 10. ...como no respetaron quitar la vida de muchos de las personas que perdieron la vida por ello, sigue destruyendo nuestros hijo o nuestro tradicionales, por ley de mi raza nos tocará vengarse frente al médico tradicional...” (Faustino Matapí, sin publicar)¹⁴.

Este es un escrito de todas las autoridades de OLCIMA, antigua asociación indígena del medio Caquetá y afluentes, dirigido a Asuntos Indígenas y a la Corte Suprema de Justicia. En el documento se puede ver el gran poder

¹⁴ Los paréntesis y el subrayado es mío; la ortografía y redacción del documento.



que hay en los brujos o tradicionales, la forma como pueden a través de su magia ejercer miedo y maldad en las personas. Se ve de manera clara que el móvil para realizar este tipo de maleficios es la envidia. En la estructura del pensamiento de estas comunidades hay que estar siempre cuidándose de otros que no son afortunados, para que la maldad que hay en la envidia no llegue¹⁵.

La causa de mayor enfermedad es la envidia, la cual logra que los pobladores reciban maldades realizadas por otras personas. Esto implica que ellos deben estar todo el tiempo controlando la redistribución y si ésta se hace mal, se generan chismes y peleas como otras enfermedades. El poder de la brujería se basa en el conocimiento, no en la acumulación de bienes. Para tener una explicación de esto voy a dar el siguiente ejemplo de Fernando Urbina, en el cual habla de la diferencia en la manera de concebir el poder para los occidentales: "... generalmente el poder se busca y se detecta para servirse de él, lo cual motiva a la ostentación que es la clave en nuestra concepción del poder". Mientras que analizando lo mismo para los uitoto, manifiesta: "...el poder en estas comunidades es para servir y no para ser servido... hay tendencia a ver el saber como fundamento del poder y no el poder que se impone sobre el saber..." (Ibid:99). Son diferencias en la estructura mental que son tangibles al observador. La alteridad que se forma cuando hay una unión de pensamientos tan disímiles genera conflicto en la comprensión de los hechos. Frente a lo que plantea Urbina con los uitoto, he de decir que en el Mirití se puede aplicar de cierta manera, ya que el maloquero que ostenta su poder por medio de una maloca muy grande, hace explícito que su brujería lawichú es mayor que la de los demás, lo que lo expone a recibir más ataques por otros brujos para ver si su poder es real. En este contexto, lo que trato de explicar es que no es la acumulación de bienes lo que genera la envidia, sino el ostentar el poder tradicional que se tiene.

¹⁵ Taussig nos da este ejemplo de la envidia entre colonos del Putumayo. Nos cuenta cómo a un colono le estaban haciendo maldad por prosperar con un préstamo del banco mundial. La persona cuando tomó yagé tuvo visiones que las interpretó así: *"vi que esa noche me estaban haciendo un maleficio. Trataban de matar a todo mi ganado... ví a la vieja que me había hecho el maleficio de que algún día todos estuviéramos muertos. De manera que pedí a Dios y a la Virgen Santísima que me ayudaran y me concentré y decidí curarme. Adquirí fuerza, pero no pude penetrar a su casa para curar mi finca... recé y recé hasta que me pude concentrar y entrar a su casa. Entonces pude llevar a cabo la limpieza de todas las cosas malignas que había lanzado a mi ganado. Ella tenía poderes. Conocía todas esas cosas. Bueno, Dios me ayudó y ejecuté la curación ahí mismo en la casa de Santiago; curación espiritual. Junté las cosas malignas, entre a su sitio, me devolví y lo hice de nuevo..."* (Taussig 2002:196)



Por ahora me voy a centrar en lo que se llama en la región “brujería” chamanismo, para contextualizar mejor la concepción de magia.

La brujería es una manera de dar un orden al caos del mundo. Se le atribuye a los acontecimientos de la vida cotidiana la ingerencia por parte de otro individuo, que puede tener acceso al espacio de “vida y muerte” (médium). La brujería está hecha para hacer el bien y el mal. Como en todas las sociedades existe todo tipo de gente, por eso es que en su aplicación puede ser real.

Existen diferentes tipos de magia. Para algunos la magia comienza en los milagros de la iglesia y sus santos. Para otros está en tratos con espíritus llamados también demonios por estar fuera de la doctrina católica¹⁶.

Taussig muestra que hay dos maneras cognitivas de organizar los hechos, pero que al examinarse detalladamente son complementarias. Es decir, logran hacer un sincretismo o una alteridad cultural de los hechos que sucedieron en la región, generando una nueva manera de organizar el pensamiento de las personas.

Tomando la modernidad como el nuevo discurso estatal que hoy en día entra a la región y, por tanto, el que está llevando nuevas estructuras de pensamiento en la formación de las personas y el modo de explicar los acontecimientos diarios, es necesario mencionar lo que Giddens cuenta sobre la modernidad reciente. Esta se refiere a vivir inmerso en un universo de cambios y riesgos, que implican dominio sobre la naturaleza y la elaboración refleja de la historia, lo que genera “el control humano abierto de los mun-

¹⁶ En el libro de Taussig hay varios ejemplos de la alteridad que se da a través de la magia y cómo los objetos que tienen carácter mágico lo han adquirido por el intercambio del pensar entre culturas. Un ejemplo puede ser el señor de los milagros de Buga, el cual fue entregado por una india. Otro análisis es de las tres potencias: el erabundo de Huefía, Teresa de Yateque y Francisco Chasoy. Los tres usados en brujería hacen la unión de tres culturas, negros, blancos e indios. Nuestra Señora de los Remedios, la llamada “montañerita cimarrona”, la cual era utilizada en rituales indígenas y después fue trasladada a la catedral. La Niña María de Caloto, la cual fue llevada por los españoles, pero los indios lograron apoderarse de tan especial estatua, a lo que los españoles respondieron y en lugar de encontrar que la Niña María había sido profanada, encontraron en su altar gran cantidad de ofrendas. Existen otras versiones sobre el origen de la Niña María en el pensamiento popular, algunos dicen que era de los indígenas y los españoles se la robaron y la pusieron en la iglesia. Todo este intercambio de ídolos lo explica Taussig de la siguiente manera: “*La curación popular le quita respetuosamente la doctrina de la iglesia al sacerdote, los iconos a los muros de la iglesia, al reapropiarse para su propio uso lo que la iglesia se había apropiado de la mitología popular al extraerlo de los sueños de los oprimidos... entran en la textura vibrante y contradictoria de la vida social.*” (Taussig 2002:217)



dos natural y social". Éste consiste en una concepción de futuro sujeto a cambios por la intervención humana, la cual viene a ser regulada por el riesgo. Pero él arguye que la noción de destino no ha desaparecido y es fundamental en el estudio de la identidad del yo en la modernidad. "El mundo no se considera un torbellino de acontecimientos sin rumbo donde los únicos agentes de orden serían las leyes naturales y seres humanos, sino como algo intrínsecamente configurado que relaciona la vida humana con los sucesos cósmicos." (Giddens 1997:140). El carácter abierto del futuro se basa en la capacidad de los seres humanos de dar forma a las condiciones físicas de nuestra existencia.

Giddens habla que el futuro se observa cada vez de manera más alejada del pasado, lo que lo convierte en un campo de incertidumbre donde las posibilidades se pueden volver catastróficas. Esto implica que la noción de riesgo se encuentre implícita dentro del marco de la modernidad en el plano de la existencia humana. La esperanza de vida y la posibilidad de evitar enfermedades logra hacer que las personas se sientan en una posición mucho más segura que los individuos de las épocas anteriores. Por tanto, se puede decir que "el control reflejo del riesgo es intrínseco a los sistemas de riesgo institucionalizados y extrínseco a otros parámetros de riesgo" (Ibíd.: 153); pero lo más importante es el perfil del riesgo, ya que hace parte del pensamiento especializado y del discurso público que generan la "planificación de la vida".

Todo esto está vinculado a la salud, en cuanto a los sistemas expertos¹⁷ y la conducta no profesional hacia el riesgo. Los conceptos y sus términos cambian cuando las teorías se revisan o abandonan. Sucede en el momento en el cual el individuo o grupos de individuos introducen un perfil de riesgo que parece ser objetivo en un momento del tiempo, y donde "la interpretación del riesgo en el caso de un individuo o grupo de individuos depende de si se introducen o no cambios en el estilo de vida y hasta qué punto estos cambios se basan de hecho en presunciones válidas." (Ibíd.: 157).

Giddens con esto no quiere decir que en esta época existan más riesgos que en épocas anteriores, sino que la implicación del riesgo en la modernidad y

¹⁷ Giddens habla de sistemas abstractos y expertos. Los primeros son mecanismos simbólicos; los medios de valor estándar, y por tanto intercambiables como el dinero. El segundo hace énfasis en las relaciones sociales y en la intimidad del yo.



su evaluación es un factor generalizado “de carácter en parte imponderable tanto para los agentes no profesionales como para los expertos en terrenos específicos” (Ibíd.: 158).

Para Kleinman la enfermedad es una construcción social, la cual es vivida y expresada de manera diferente dependiendo de los sistemas de referencias que hay en cada sociedad. Él explica cómo a través de la enfermedad se pueden mostrar los distintos comportamientos, tanto en políticas que se basan en el riesgo¹⁸, como en el desencadenamiento de factores sociales cuando ésta se encuentra presente. Hace referencia a tres distintos modos de ver la enfermedad: el primero es *sickness*, el cual trata sobre la disfunción patológica que presenta el ser humano en su organismo. El segundo es *illness*, que se basa en la explicación propia y sentida sobre la enfermedad por el enfermo. El tercero es *disease*, que explica lo que sucede en el grupo social en el momento en el cual se presenta la enfermedad. Este último punto es de especial atención, ya que menciona que nunca la persona acude en primera instancia a un especialista, sino por el contrario, la primera persona que asiste al enfermo es el cónyuge o algún familiar cercano. Después, algún amigo o médico, chamán, brujo, promotor, etc., que son en este caso los primeros terapeutas. El desencadenamiento de roles específicos en las sociedades cuando se presenta este acontecimiento es común. Las personas allegadas al doliente acuden a visitarlo, le llevan regalos, le hacen rezos, lo lloran, lo alegran, etc. La enfermedad es vivida y sentida de manera diferente.

A través de la enfermedad se desatan sistemas más complejos dentro de la maquinaria estatal, como las aseguradoras, los hospitales, clínicas con especialistas en las partes más pequeñas del cuerpo –hoy en día se crean especia-

¹⁸ “We can demystify the clinical construction of social reality and illuminate the cultural construction of clinical reality. And though up to now we have only begun to do so, we can do this for biomedicine (through analysis of the social production of biomedical research knowledge) and for public health (through analysis of the social production of «risk» and «prevention» policy formulations) as much as for alternative healers and the popular culture. Our strong suit as medical anthropologists is versatility and breadth of cultural analysis. We can pass back and forth between concrete clinical cases and public policy problems, encompassing both practical and theoretical aspects of health issues, bringing as much empathy to our understanding of the problems facing professionals as to those facing patients, and advancing an interactionist framework that draws on symbolic, ecological, psychological, social constructionist, and biocultural explanations. We bring a vision to medicine, furthermore, that the core of clinical work is interpretation, a view that is increasingly a focus in medicine, especially primary care. Clinically applied anthropologists should be masters in analyzing, comparing, and teaching interpretation. (Kleinman 1985:70)



listas en estética—, un factor importantísimo en la seguridad ontológica del individuo y, por ende, en su buena salud a la hora de desempeñar sus funciones. La enfermedad logra articular distintas esferas sociales, desde la política, hasta lo doméstico y el manejo del cuerpo, creando estereotipos sobre lo que es cuerpo sano y atractivo para el sexo opuesto. Esto en cada espacio tiene diferentes interpretaciones y manejos. Un ejemplo claro es que la mujer bonita para los indígenas es aquella que sea redondita “bien formada”, caderona y fuerte. El cuerpo atractivo para el sexo opuesto es aquel que pueda formar una complementariedad en las funciones de la pareja.

El ejercicio de la bio-política se da a través de la medicina, para poder imponer normas sobre todos los individuos y para masificar a la población, pero al mismo tiempo particularizándola para lograr hacer los tratamientos a cada persona. La bio-política, según Foucault, se presenta para formular lineamientos sobre la población. Esto ocurre en el momento de regular el comportamiento de los individuos aplicando la anatomopolítica, la cual consiste en el poder-saber sobre el comportamiento del cuerpo del otro, el poder sobre la vida centrado en el cuerpo-especie, es decir, en la sexualidad (reproducción), la mortalidad y la longevidad, las cuales se basan en la demografía, para el control de población. “...La bio-política no se ocupa sólo del problema de la fecundidad. Afronta también el de la morbilidad, pero ya no sólo, como antes, a nivel de epidemias, cuyos peligros habían obsesionado profundamente a los poderes políticos...”

En otros términos empieza a ser estudiada y observada la forma, la naturaleza, la extensión, la duración, la intensidad, de las enfermedades que predominan en una población y que son menos difíciles de erradicar. Éstas, sin embargo, no son consideradas, como en el caso de las epidemias, como las causas más frecuentes de defunciones, sino más bien como factores permanentes (y así son tratadas) de reducción de fuerzas, de energías, de disminución del tiempo de trabajo. En definitiva, son consideradas en términos de costes económicos, ya por la falta de producción, ya por los costes que las curas puedan comportar.” (Foucault 1992:252).

Foucault expone dos versiones del cuerpo a través del biopoder: el primero, el cuerpo como especie, es decir, el cuerpo como agente natural de reproducción (que nace, come, se reproduce y muere). El segundo, el cuerpo se convierte en un objeto que puede ser manipulado, el cuerpo como objeto de disciplina dentro de una maquinaria productiva: “el sexo... es el elemen-



to más especulativo, más ideal y también más interior en un dispositivo de sexualidad que el poder organiza en su apoderamiento de los cuerpos, su materialidad, sus fuerzas, sus energías, sus sensaciones y sus placeres.” (Foucault en Altamarin 1982:209).

El bio-poder también entra a particularizar a los individuos a través de la sexualidad, que la concepción del mundo occidental e indígena está regida por la moralidad. En ambas el placer queda escondido detrás de la explicación científica dada por psicólogos, psiquiatras, médicos y chamanes. Cuando la sexualidad está regulada y es tabú, al no poder hablar de ella en público, queda relegada al ámbito privado, a lo individual. Es en este momento cuando la medicina entra a ejercer la bio-política, ya que para poder saber el origen de las enfermedades el médico sirve de confesor al paciente sobre sus prácticas sexuales y por tanto, entra a regular el comportamiento sexual de cada individuo.

Para las comunidades del río Mirití-Paraná, la reproducción es la base de la sexualidad y está regulada por los rituales, por ejemplo: Yuruparí. En este ritual los hombres deben permanecer aislados de las mujeres durante un periodo de 15 días. Después ya pueden entrar en contacto con las mujeres pero no pueden tener relaciones sexuales hasta que el chamán diga que es hora. Lo mismo sucede cuando se da la ceremonia de curación o bautizo, el parto y cuando se realizan algunos bailes. La sexualidad es regulada a través del discurso del chamán de sus curaciones y sus rituales. Es de este modo como interviene en el manejo de las energías, masculinas y femeninas, que hay en el medio logrando mantener un orden en la reproducción.

Para otras sociedades, el sexo es tratado como placer: “El placer es un fin en sí mismo. No está subordinado a la utilidad, ni a la moralidad, ni, ciertamente, a la verdad científica. La sexualidad no es una clave para el yo individual, sino más bien un conjunto de prácticas y una doctrina esotérica en que un maestro introduce a un iniciado. Estos rituales prometen ‘un dominio absoluto del cuerpo, goce único, olvido del tiempo y los límites, elixir de larga vida, exilio de la muerte y sus amenazas” (Foucault en Altamarin 1982:207).

La individualización de las personas a partir de sus enfermedades (anatomopolítica) logra hacer una exclusión de las mismas, ya que el poder se ejerce desde un ámbito exterior, en el cual aíslan a los enfermos ejerciendo el poder disciplinario, dejándolos sólo al análisis de lo que es aceptable a la



ciencia. De esta manera, el cuerpo vuelve a ser objeto de tratamientos y el sujeto es dejado de lado.

Giddens habla al respecto sobre la conciencia secuestrada de los individuos. Ésta es un carácter especial de la modernidad que tiene énfasis en el control. Lo que significa la subordinación de la naturaleza para la colonización del futuro, es decir, para la planeación de los propósitos humanos a través de la ciencia y la tecnología. Lo que denomina “aparición de un sistema referencial de conocimiento de poder”, que va a desembocar en el fin de la naturaleza. Esto se da a través de los sistemas abstractos, es decir en la economización de lo natural. Con esto quiere argumentar que es cada vez más simple el ver como la vida social se hace referencia a sí misma a través de la activación de la identidad del yo: “Los sistemas sociales solo llegan a ser internamente referenciales de forma completa y en cualquier circunstancia en la medida en que se convierten institucionalmente en reflejos y, por tanto, ligados a la colonización del futuro”. Haciendo referencia a que la moralidad es la institución que prima en lo que respecta a la colonización del futuro. (Giddens 1997: 185/186).

Al interiorizar las instituciones morales que están inscritas en la tradición, queda la normatividad, en donde las prácticas que se realizan están sujetas de hacerse bien o mal, según los preconceptos que trae la tradición: “En efecto, los principios morales van en contra del concepto de riesgo y de la activación de dinámicas de control. La moralidad es extrínseca por lo que respecta a la colonización del futuro.”(Ibid:186).

La construcción del sujeto parte del aprendizaje, la educación logra los referentes y son estos elementos los que forman a la conciencia colectiva, la moral, la ética, que hacen que los seres humanos puedan comunicarse y lograr un orden social y una concepción común del medio, esto se da a través del lenguaje. Como lo expone Bourdieu en su libro *El oficio del sociólogo*, “... la ingenua promesa de todo sujeto social: creyendo ser dueño y propietario de sí mismo y de su propia verdad, no queriendo conocer otro determinismo que el de sus propias determinaciones (incluso si las considera inconsistentes), el humanismo ingenuo que existe en todo hombre opera como una reducción “sociologista” o “materialista” de todo intento por establecer que el sentido de las acciones más personales y más “transparentes” no pertenecen al sujeto que las ejecuta sino al sistema total de relaciones en las cuales, y por las cuales, se realizan... la indagación superficial de las



fundaciones psicológicas tal como son vividas –‘razones’ o ‘satisfacciones’– impide a menudo la investigación de las funciones sociales que las “razones” ocultan y cuyo cumplimiento proporciona, además, las satisfacciones directamente experimentales”. (Bourdieu 2002:33).

Esto hace que el análisis del discurso sea fundamental en la comprensión del accionar social, pero a la vez hay que ver cómo cada individuo interpreta el discurso y hace uso del mismo, ya que cada ser humano puede interpretar las cosas de manera diferente de sus semejantes.

Kleinman nos deja ver cómo la enfermedad es expresada de diferentes maneras, tanto en su sintomatología, como en la manera en la cual la sociedad y los especialistas la describen. Las diferentes causas que logran que un individuo se encuentre enfermo son infinitas, como se explicará.

En las largas charlas nocturnas discutimos con el capitán Valerio Tanimuka¹⁹, en su maloca, las diferencias entre los modos de entender y concebir la salud para lo cual exponía:

“Salud es mejorar el sitio, el aire, la tierra, los ríos. Tienen que estar curados para estar ‘prevencionados’, cómo hacen curación y hasta dónde de la salud está bien. Cuando termina curación, prevención es bueno para que la gente esté contenta, pero así mismo como persona humana se enferman. Ellos no son hijos de piedra ni palo de corazón duro, sí, se mueren. La piedra dice “yo no voy a morir”, el aire, agua. Los humanos es un rato no más y dependiendo de la suerte es larga o no. Entonces todo es por medio de prevención y curación y eso se hace todo el tiempo, no solo un día, y tenemos fechas limitadas, esas cosas son las que toca mejorar y arreglar y mejorar. Lo que es de morir se muere.

El brujo sabe cuando alguien tiene “seña” de morir, para las fechas, entonces él da aviso al resto de la comunidad y dice qué va a pasar para que tengan cuidado...”

¹⁹ Valerio Tanimuka, es el capitán de la comunidad de Wakaya. Hijo de Federico Tanimuka, capitán de la comunidad durante la cauchería. Es brujo y curador de su comunidad, tiene 53 años.



De las palabras del capitán Valerio podemos ver tres puntos. El primero: cuando se refiere a salud, contempla el entorno de manera diferente a la concepción que se tiene en la ciudad. En las urbes el entorno saludable está directamente relacionado a la limpieza y desinfección de las cosas. A mayor transformación del paisaje, es un lugar más saludable ya que se puede controlar. Por ejemplo un parque en el cual no se poda el césped, es sinónimo de un lugar malsano. Siempre se plantea que los barrios de estratos más bajos son lugares malsanos, pues la transformación del paisaje no es completa, las calles sin pavimentar, sin andenes, con caños abiertos, etc. Los indígenas hacen dos tipos de transformación del paisaje. El primero es la vivienda, la cual puede ser sobre postes, o en tierra; casas y malocas. El segundo es el espacio de cultivo (la chagra), alrededor de la vivienda y en cercanías de la misma. El manejo espiritual y simbólico del entorno como del territorio es un factor clave para entender la concepción y administración del mismo, como veremos más adelante. Ahora solo se dirá que el cuerpo hace parte integral del ambiente natural y social, tendiendo a formar un único conjunto. El segundo punto significativo es que la enfermedad y la muerte se contemplan dentro del concepto de salud como una realidad diaria. Es lógico que a todos nos llegue la enfermedad y la muerte en algún momento, sin embargo, un lugar saludable para el discurso occidental es aquel que está libre de muerte y enfermedad. Sabemos que eso no es real, ya que los enfermos y los muertos se encuentran en todas las sociedades, pero en las ciudades sabemos que estos acontecimientos se dan en espacios restringidos, o se ocultan de la vista. Los muertos y los enfermos se esconden de la vida diaria, y la ciudad más saludable es aquella que oculta su enfermedad aunque sus hospitales estén atestados de personas.

Varias veces se colocó copay en el centro de la maloca, cada vara se consumía en una hora y media. Los efectos del mambe se comenzaban a sentir y las conversaciones se tornaban más interesantes. Al terminar Valerio su explicación de lo que es salud, me preguntó qué es salud para mí.

Comencé a buscar un camino por el cual mi respuesta fuera entendida. Me planteé el reto de tratar de mostrar el cambio de los discursos en salud, había leído a Foucault, Kleinman y Giddens. Busqué una forma de explicar el ejercicio del poder, la regulación y homogenización de las poblaciones por medio de la salud. Le comenté cómo antes de que existieran las repúblicas, el Estado, que era el rey, tenía como política el dejar vivir, es decir, administraba la muerte. Aquella persona que desobedecía los mandatos del



rey podía ser condenada a muerte. El rey no se preocupaba sino de las grandes pandemias y la regulación de la sexualidad. La vida de las personas estaba en manos de los sacerdotes, quienes eran aliados de la monarquía. Después, con la entrada de la república, las personas empezaron a ser vistas como máquinas productivas para el Estado: hoy nadie puede escoger un horario de trabajo o elegir qué hacer en el día. Por el contrario desde el sistema médico se estandariza el modo de producción de cada persona y se masifica la salud, llegando a controlar la natalidad y la sexualidad de las personas. La salud y la enfermedad en últimas no son vistas a través de la persona que padece alguna dolencia, se ve como un costo y una pérdida en la producción total del Estado.

Adicionalmente las vacunas, los medicamentos y demás productos preventivos y curativos, deben ser aprobados por el sistema burocrático que a la vez acredita a los profesionales de la salud, quienes son los únicos concededores de la “verdad” en esta área, desacreditando otras prácticas alternativas, porque se salen del sistema capitalista e involucrando dentro de sus políticas a quienes tienen acceso a los espacios privados de las personas; así los médicos determinan que es sano y nocivo.

Cuando hay un enfermo en la maloca todas las personas saben y lo ven. El brujo se sienta a curarlo haciendo mambear a los dueños y recogiendo el pensamiento del enfermo, que durante su enfermedad se queda en la hamaca. Al no existir divisiones visibles en la maloca, es decir paredes, el enfermo queda a la vista de todo el mundo que pasa por ese lugar. La enfermedad es visible y por lo tanto da la impresión de una comunidad poco saludable; sin embargo se ven menos enfermos en toda la comunidad que en los puestos de salud urbanos, donde la enfermedad está recluida para simular una sociedad saludable.

A través de la interpretación del mundo se puede ver una simbología común en los indígenas del río Mirití-Paraná, y hablo de cosmologías en plural porque cada etnia cuenta con un manejo del mundo propio de acuerdo a los orígenes de las cosas y de su gente. No obstante, en general se aprecia que los indígenas tienen un esquema de pensamiento común, basado en la interacción con el mundo que los rodea. Esto hace que sus pobladores posean una concepción de enfermedad propia que difiere de la occidental en varios puntos: toda dolencia es creada por un comportamiento social dado y no por tener mala suerte. También pueden existir casos en que alguien se



enferma por culpa de otro miembro de la comunidad o comunidades vecinas. Esto se puede explicar de la siguiente manera: el orden en la comunidad está regido por el calendario ecológico, que dependiendo de cada época tiene prevenciones especiales como bailes, dietas, yuruparí y otros rituales. Estos exigen a las personas de la comunidad el cumplimiento de las normas establecidas por el chamán. Si alguien incumple alguna de estas imposiciones puede causar enfermedad, por ejemplo: si Pedro come o'jo²⁰ que el chamán le había prohibido, puede que se enferme él, el hermano, la mamá, o algún primo o paisano.

En la explicación que da Faustino Matapi sobre el origen de las enfermedades podemos entender mejor este punto:

“Toda la enfermedad, microbios²¹ y todo quedó en la tierra, quedó en frutales, animales y todo quedó contaminado, esto quedó para el mundo entero, al mirar todo eso que circula²², para manejarlo quedó complicado para el creador. Esa vez hizo reglamento antes de existir el primer hombre, hizo el reglamento para saber cómo se iba a respetar la forma de vivir, no tenía habilidad para manejar la tierra, amarillo, rojo, azul y blanco y estos son los colores de la tierra²³. La primera capa fue la

²⁰ o'jo alimento prohibido por dieta. Diccionario ILV.

²¹ Es interesante observar que hay conocimiento sobre la medicina occidental y que éste ya está inscrito en el manejo propio de la salud. Aunque las causas por las cuales la persona se enferma son distintas ya que quedaron en la naturaleza, se puede entender que la enfermedad por parte de un agente extraño como parásitos o virus en el individuo, es causada o enviada a través de los diferentes “dueños” de la naturaleza y no es sólo el tener el agente infeccioso en el cuerpo.

²² La circulación de la enfermedad se pueden ver como los flujos de energía que existen en la naturaleza. Reichel Dolmatoff nos cuenta para los desana etnia Tukano del Vaupés que “La enfermedad se interpreta pues comúnmente como un mandato, o el producto de un mandato, enviado por un agente sobrenatural o a través de él... tenemos pues tres ideas básicas: el mandato, la transformación y el acto sexual... La causa mas común es la malevolencia de Waí-Maxsë, el dueño fálico de los animales. Una segunda causa puede ser un payé y, por último, cualquier persona enemiga... Las enfermedades fueron creadas por el padre sol, para controlar, a través de él la conducta humana (ante todo la conducta sexual), pero la ejecución del castigo por no obedecer las normas morales, no es tarea del sol sino de sus instrumentos, principalmente de Vixo-maxsë... en efecto, todas las enfermedades salvo las causadas por Waí-Maxsë se producen solo por intermedio de Vixó-maxse, quien sirve de instrumento y transmisor. Siendo su campo de acción la Vía Lactea, queda así asociado con las arpias y gallinazos, comedores de lo podrido y que representan la esencia de todo lo enfermo y patógeno...”. (Reichel Dolmatoff 1968:135)

²³ Estos colores de la tierra hacen referencia a los diferentes mundos inferiores que existen (mundos femeninos). Según E. Reichel, “Esta tierra es concebida como un budare que “cayó del cielo”, habiendo quedado la tierra anterior como mundo subterráneo. En la subtierra inmediata se encuentra el pasado de las tribus históricamente anteriores a los Yukuna Matapi actuales, los Mapajaré, “anteriores a los blancos” y los majupena, de “cuando comenzaron a entrar los blancos” (s. XVII/XVIII?) allí también están la “gente noche” y una serie de animales que “cuelgan de sus quijadas”, tienen falos desmesurados, duermen de



mujer: quedó para controlar; se crearon los reinos de los animales, los sitios sagrados con reglamento. De ahí los animales cogieron fuerza y con ella la justicia para los hombres que cumplían el reglamento, de eso quedó la constitución de la naturaleza, el que sobrepasa las reglas se castigaba solo con enfermedad”²⁴.

Es imposible tratar de comprender el mundo amerindio sin tener en cuenta su manera de representarlo. Se puede ver que la estructura del pensamiento en las comunidades del río Mirití-Paraná parte de la complementariedad: las funciones y espacios masculinos y femeninos, tareas y animales diurnos y nocturnos, etc. La estructura social se mantiene por el sistema dual de opuestos. Pero cuando se entra en la subjetividad del individuo se comprende que la seguridad ontológica parte del medio en el cual crece. Los referentes con los cuales se explica todo lo que se ve están a su alrededor, en la selva.

Se observa que las actitudes de las personas van relacionadas con el comportamiento de los animales o esencias de los mismos. Hay una estructura

día y llevan una vida invertida a la de la tierra. También hay gente pequeña armada con flechas y unos seres “que viven colgados de cuerdas con sus cachos” y otros, la “gente día” que “si ven de día”. Parece haber otros dos mundos subterráneos subyacentes a esta subtierra que son a la vez el resultado de cataclismos, del intento de génesis anteriores. El primer submundo fue destruido por fuego y el segundo por agua”. (Reichel 1987: 218)

²⁴ Como dice Kleinman, las enfermedades son construcciones sociales, “We can, moreover, investigate and teach how these aspects of illness experience express the way local cultural systems transmit societywide (and worldwide) economic and political constraints such that negotiation over scarce and unequally distributed resources, demoralization due to systematic powerlessness, and the quest for social efficacy cause illness careers to oscillate between agency and structure. We can illuminate the distinctive lay and professional interpretations of illness and disclose how these are constrained by the different «texts» (explanatory systems, experiences, roles) each brings to the sickness. We can also interpret the seeming paradox of how the biophysical basis of disease constrains illness experiences and yet is itself, as a social construct (i.e., biomedicine’s historically derived understanding of pathophysiology), modified by the local cultural systems of which it is part. We can advance this dialectical interaction between social structure and physiology—the symbolic reticulum between person and society—in the practical moment of the clinical transaction so as to compel the attention of clinicians to a much-needed reformulation of clinical models, one that can liberate practitioners from the inadequate and dehumanizing Cartesian mind/body and individual/society dichotomies and can offer a theoretical basis for the myriad of research findings supporting biopsychosocial interaction, a model congenial for many practitioners. It is not the biopsychosocial model, however, but our virtually unrivaled opportunity to practically deploy interpretation along a continuum from person to context that enables us to link affect to cultural meanings, symptom to social relationships, and personal distress to social problems. Here we can become leading advocates of the critical assault on biological reductionism and value indifference by disclosing, in particular clinical cases, the systematic interactions between diseases and gender, class, ethnicity, lifestyle, societal resources, behavior, and the social sources of human misery that make care a medical and moral endeavor. (Kleinman 1985:69)



social que se reproduce a partir del discurso androcéntrico basado en el yuruparí que le da el conocimiento y poder a los hombres.

Hay una manera de representar y manejar el medio, que va de la mano del perspectivismo, donde cada individuo se forma, se moldea para ser útil socialmente dentro de la comunidad, cumpliendo con un rol que le fue asignado por el brujo al momento de ver el ritual de yuruparí para que se convierta en una persona social.

Según von Hildebrand, las épocas del año en el pensamiento de los indígenas del Mirití están relacionadas con la masculinidad y la femineidad, es decir, con la reproducción social y del medio ambiente, dependiendo si es verano (calor, femenino) o invierno (frío, masculino)^{25,26}. Para poder aproximarnos a este pensamiento es necesario aplicar el sistema binario, es decir, de principios opuestos. Como señala Elisabeth Reichel basada en Levi Strauss, "Las relaciones de oposición que existen entre constelaciones en épocas de solsticio, y entre aquellas de época de equinoccio, indican una lectura dialéctica de cualquier elemento de la astronomía, ya que todo sentido se deriva del estudio de suposición dentro del conjunto" (Reichel Dussan 1987:196). Se puede hablar de espacios masculinos/femeninos, arriba/abajo, luz/oscuridad, superior/inferior, sano/enfermo. Por su parte Viveiros de Castro estima que no puede estudiarse el pensamiento amerindio a partir del modelo dual y ecológico, sino que las sociedades deben verse más allá de sus mecanismos de adaptación al medio y se deben basar en sus formas de representarlo²⁷.

²⁵ Según von Hildebrand para los Ufaina que habitan el río Mirití, en el Equinoccio de Marzo-abril termina la época seca y comienzan las lluvias, época de transición de seco a húmedo, de lo caliente a lo frío, de la comida cultivada a la comida silvestre, de una estación esencialmente femenina a una masculina, es época peligrosa y mal sana, en la cual celebran el ritual de yurupari para la curación y prevención del mundo. El solsticio de los meses de junio y julio la selva esta inundada, es una época fría que se considera masculina, se realiza el ritual de "pluma blanca" o "baile de garza". El equinoccio de septiembre-octubre vuelve a llover y es una época de enfermedad en la cual celebran el baile de pescado y baile de bamba, en la cual baja a este espacio el capitán de las chicharras que es el dueño de la energía de la comida cultivada, quien trae el pensamiento de la comida cultivada para fertilizar las nuevas áreas de cultivo y como retribución lleva el pensamiento de la gente que muere. En el solsticio de verano, se realizan guarapeadas y el baile de muñeco. Por tanto hay dos grandes divisiones, los bailes de las épocas sanas (solsticios) y los bailes de épocas mal sanas equinoccios, los cuales implican grandes curaciones chamanicas.(von Hildebran 1983:49-54)

²⁶ Según Maria Clara van der Hammen, este ciclo anual es similar para las etnias Yukuna-Matapi.

²⁷ Muitos dos traços recorrentes das sociedades do continente –pequeno número de membros, prevalência de sistemas cognáticos, ausência de grupos corporados que controlem o acesso a recursos materiais escassos, divisao do trabalho, etc.– podem ser correlacionados com a ecologia da floresta



La medicina indígena se caracteriza por la habilidad para manejar el contacto con los seres espirituales que existen en la naturaleza. Las enfermedades, desde el punto de vista étnico, son causadas por los diferentes dueños de este y otros mundos, que bajan o suben al nuestro para causar mal. Para evitar esto, es necesario que el médico tradicional entre en conversación con los espíritus que habitan en ellos: él va con su pensamiento hasta las malocas donde ellos se encuentran. Estas se ubican en los sitios sagrados^{28,29}, y cada ser mítico vive en una maloca con todos los implementos y toda su gente al igual que el chamán. Allí hacen un pago en coca, tabaco de oler y tabaco de fumar para que permanezcan tranquilos en su maloca y no causen enfermedad a los hombres.

El universo, la naturaleza y el hombre se encuentran dentro de un mismo flujo de esencias que son complementarias, masculinas y femeninas. El manejo de estas energías está sujeto a la reproducción biológica y social (Mahecha (2004), Hildebrand (1984, 1987), Hammen(1992), Reichel Dolmatoff (1968), Reichel Dussan (1987), Franky (2005)), Robayo (2007)); por tanto, cuando se caza un animal la “camisa” que este posee es adquirida por las personas que la consumen: en ese momento hay una acumulación y por ende un desequilibrio. En los diferentes ejemplos citados se habla de los olores, sabores, posiciones corporales, renovaciones del cuerpo, las diferentes actitudes que son adoptadas por las personas al momento de ingerir algún alimento. Se pueden también clasificar como rabia, tristeza, dulzura, etc.

tropical ou do cerrado. Outras coisas, porém –e sobretudo as variações entre os grupos no mesmo ambiente– escapan ao modelo ecológico. Neste modelo, a sociedade é parte da Natureza; para os «idealistas», a Natureza é uma região dentro de uma cosmologia socialmente mantida e organizada.” (Viveiros de Castro, 2002).

²⁸ Para van der Hammen es necesario tener en cuenta la maloca dentro del manejo del territorio, “Para entender el uso del medio ambiente por los Yukuna es necesario tener presente la manera de concebir por lo menos cuatro elementos básicos: la maloca, el territorio, el paisaje y sus dueños espirituales y el ciclo anual, los cuales actúan de manera interdependiente mediante acciones del chaman” (van der Hammen 1987:89).

²⁹ Viveiros de Castro habla en su prespectivismo amerindio que todos los seres con alma incluyendo a los animales, se perciben a sí mismos como humanos y sus vidas están caracterizadas por malocas, chagras, etc. El modo en el cual una especie observa a otra, depende del cuerpo del observador, es decir, si alguien se percibe a sí mismo como jaguar, puede ver a los demás como cerdos y por tanto cazarlos. Esto es relacionado con la capacidad ambigua moralmente de los chamanes de poder transformarse en cuerpos de otras especies para realizar sus viajes y a la vez comunicarse con ellos para el beneficio de la humanidad. (Viveiros de Castro en Londoño, sin publicar: 5), Reichel-Dolmatoff, muestra como para los desana también los dueños del monte viven en malocas. Reichel-Domatoff 1968).



Estas sustancias que entran en el cuerpo también se curan³⁰, y de esta manera se reestablece la homeostasis y se repone al lugar original la esencia del animal cazado, realizando los pagamentos y así evitando la enfermedad. Como señalan Hildebrand y Franky para los ufanía, en esta región el “pensamiento” es la energía vital de cada uno y todos los seres que existen en la naturaleza. Se encuentra distribuido en tres espacios: el de arriba es denominado wehea (mundo superior, cielo, masculino)³¹, el de abajo, la tierra, es ñamato (mundo subterráneo, tierra, femenino)³², el plano intermedio es aquel en que estas dos energías confluyen: ñamato boikó, y en él se da la vida. Entre todos los niveles, tanto horizontales como verticales, hay flujos de energía constante que deben estar en equilibrio para que no exista enfermedad.

Para el plano en que nos encontramos hay gran cantidad de sitios sagrados, que comienzan en la “cepa” (semilla) del mundo, que es la desembocadura del río Amazonas en el océano Atlántico, siguiendo su curso en dirección oriente-occidente, hasta el raudal de Araracuara en río Caquetá, pasando por el río Mirití y bajando por el río Apaporis. Este recorrido es denominado como Lawichú, es el camino del pensamiento, enfermedad o curación, y por él fluyen las energías que fertilizan el mundo y causan la enfermedad en las personas. Es recorriendo este curso y dando pagamento a los diferentes dueños espirituales como se va restableciendo el equilibrio energético.

En la comunidad de Curare, sobre el río Caquetá, pude observar la “subienda”: el ascenso de los peces hacia las cabeceras más pequeñas de los ríos para desovar. En esta época del año los chamanes deben ser muy cuida-

³⁰ Mahecha nos cuentan que entre los Makuna hay varios procedimientos cotidianos para la preparación de la comida, ya que es necesario despojar a un animal de sustancias impuras, ya que al ser ingeridas los cuerpos de las personas se impregnarían de ellas. También podrán ser lastimados con ciertos atributos físicos del animal. Nos habla que la mayoría enfermedades de origen animal y vegetal son atribuidas al incumplimiento de las dietas, las normas para manejar las áreas de pesca, cacería o recolección de frutos y materias primas, o a la actuación perversa de un pensador. (Mahecha 119). Para la sustancialidad en los Uitoto ver Urbina, entre los Tanimuka, Franky, para los Makuna Arhem Cayon.

³¹ Wehea se compone por seis espacios diferentes: (Imarimakârâ wí'ia, “la maloca de los cuatro seres vivientes”, Aya wí'ia “La maloca del sol” el mundo de la música, Opireko wí'ia “La maloca de los espíritus”, Wayúrina wí'ia “la maloca de Wayúrina” el mundo de los gallinazos, Kari wí'ia “uno de los dueños de la semilla cultivada”, Makuémari “el dueño de la cacería”).

³² Ñamato se compone de seis espacios inferiores; ñamato neiko “mundo/tierra negra”, ñamato waruriko “mundo/tierra amarilla”, Ñamato boborico “mundo/tierra naranja”, Namato yururiko “mundo tierra negro y amarillo” Ñamato ooriko “mundo/tierra rojo. Son seis espacios o mundos. Los Yukuna-Matapi por su lado, cuentan con cuatro superiores y cuatro inferiores.



dosos y realizar las prevenciones para que los dueños no hagan daño a las personas, ya que es un tiempo peligroso, es el yuruparí de los pescados.

En agosto después de la subienda es época de chicharra, la gente también debe tener mucho cuidado y guardar las restricciones que el chamán aconseja. Cuando se incumplen las normas establecidas por el brujo se presentan calamidades. Un ejemplo son las cuatro muertes ocurridas en el Raudal de Córdoba, y las dos muertes de las comunidades de Mamura y Jariye, causadas por no realizar las prevenciones y pagamentos necesarios, según se dice en las comunidades.

Algunos brujos ya sabían que eso iba a suceder, pero en el momento en que hay un muerto se debe tener más cuidado, pues el dueño de esa época está rondando y buscando más gente. Por ello hay que darle mambeada y hacer prevención para que se vaya lejos.

De las muertes de los niños en las comunidades del río, me contaron que fue un brujo que pidió a las “cobijas del agua” que cogieran a esas personas. En la comunidad de Curare se dijo que los ahogados eran por el dueño del chorro de Córdoba Ameru, ya que en la “subienda” no habían pagado a los seres míticos como se debía, con mambe y tabaco. Se habló de que una subienda como aquella no se veía hacía años, según las versiones desde 4 hasta 12 años. Por tal razón se extrajeron del río varias toneladas de peces, que se comercializaron, esto generó un desequilibrio en el medio. En términos locales se expresa así: el dueño se encontraba recobrando en ese momento los “vestidos” que había perdido.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Partiendo del hecho que la seguridad ontológica del individuo se constituye con los primeros referentes que tiene la persona en la vida, se puede observar cómo para el hombre occidental la selva es un ambiente inhóspito donde las personas se sienten fuera de lugar e inseguros por no encontrarse dentro de un ambiente transformado culturalmente bajo sus parámetros.

Todas las personas se sienten seguras en el medio que crecen y conocen. Los discursos sobre el desarrollo del Amazonas están consumados por personas urbanas, que encuentran la seguridad ontológica en la ciudad, por lo cual, al



ver el “caos” de la selva, sienten la necesidad de transformarlo para poder hacer un uso “seguro” de este espacio. Sin embargo, lo mismo sucede en el momento en el cual un indígena conoce la ciudad; le parece una aglomeración de gente sin orden, una destrucción del medio natural que no le permite a las personas tener su espacio vital y su relación con la naturaleza, logrando que se sienta inseguro de sí mismo, en comparación con el lugar en el cual creció.

Observando las diferencias existentes en los modelos de salud y de ejercer la biopolítica por parte de las comunidades indígenas, se puede ver la forma en que el Estado comienza a desvirtuar el conocimiento de las comunidades y a vincularlas dentro de su discurso homogeneizante, el cual está basado en sistemas expertos. Para el caso colombiano es necesario decir que la vinculación de la población indígena dentro del sistema de seguridad social en salud, es un nuevo marco de intervención en las comunidades. Mediante la ley de talento humano de éste, se excluye a la medicina indígena como medicina alternativa y se dice que los médicos tradicionales deben ser nombrados a través de los mecanismos de regulación interna de las comunidades. También refiere que: “El personal al que hace referencia este artículo deberá calificarse mediante la inscripción en el registro Único Nacional del Talento Humano en Salud y se le otorgará la Identificación única. Igualmente el Gobierno Nacional establecerá mecanismos de vigilancia y control al ejercicio de prácticas basadas en las culturas médicas tradicionales”.

Mirando lo expuesto en el artículo anterior, la pregunta que surge es: ¿De qué manera un médico alopático o un funcionario del Ministerio de la Protección Social, va a poder regular las maldades enviadas por los Jarechina, los Ojomi? ¿De qué manera los sistemas de biopolítica propia de los indígenas van a ser realmente aceptados como modelos de salud eficientes y reguladores de las comunidades?

También es preciso tener en cuenta que el poder aislar principios activos de muchas de las especies vegetales de la selva; ha sido de gran utilidad para la humanidad. No hay que olvidar la quina, que cuando se dio a conocer para occidente hizo que surgiera un medicamento que ha tenido repercusión mundial para el caso de la malaria. Existen varios ejemplos sobre la producción de fitofármacos, sin embargo, a la elaboración de dichos medicamentos no se le puede denominar medicina tradicional indígena; ya que los modelos de curación son diferentes.



No es razón suficiente, que muchas especies de plantas hayan servido para que la ciencia occidental aisle el principio activo para tratar alguna enfermedad y que este principio tenga su origen en el conocimiento de los aborígenes americanos. La medicina tradicional indígena es un manejo holístico del saber. Por tanto creo que la medicina indígena es mucho más que saber usar algunas plantas con fines medicinales, tiene intrínsecamente una relación con un sistema simbólico que les permite interpretar, reinterpretar la naturaleza y al hombre y la mujer como parte de ella.

Todas las plantas que hay en el territorio y se usan con fines alimenticios, medicinales, para construir vivienda, de caza (fabricación de veneno), tienen que pasar por un proceso de curación Lawichú que es realizado por el chamán de acuerdo a su cosmovisión. Es necesario que la ciencia occidental revalore la importancia de los conocimientos ancestrales de las comunidades e integre ese saber holístico en las prácticas médicas de curación.

Hacer mención de la modernidad, significa realizar cambios, alteraciones en las estructuras estables de una sociedad o de un lugar, creando beneficios o problemas en el mismo, lo que genera que el riesgo juegue un papel importante en el planteamiento del discurso moderno, creyendo que todo se encuentra sujeto a cambios por la intervención humana, sin tener en cuenta que existen otros factores, no comprendidos por los formuladores del biopoder, ya que no son cuantificables. Sin embargo, estos planeadores del desarrollo creen basar sus decisiones de manera correcta, desvirtuando el pasado y realizando la elaboración refleja de la historia para tener el control sobre el mundo natural y social.

Es muy difícil saber con exactitud qué va a suceder en el futuro, la incertidumbre es necesaria para la modernidad, ya que el mundo se considera expuesto a la intervención humana en todos sus espacios. La visión del mundo que se tiene permite al hombre occidental creer que va a poder controlar todas las variables naturales con cifras, pues ve al planeta como un sistema cerrado. Lo que nunca se ha reparado a pensar, es si estas variables realmente son finitas y o si están fuera del alcance de las mediciones humanas.

Se puede argumentar que, para la gente, los indígenas del Mirití-Paraná, la enfermedad va relacionada con el comportamiento social de la persona: el incumplimiento de las normas sociales (moralidad) genera desequilibrios en



los individuos. La regulación sexual, las dietas nutricionales, los lugares que se pueden visitar y el cómo se deben recorrer. La salud se encuentra relacionada con el buen vivir. El vivir satisfecho y en paz con sus vecinos hace que la salud no sea sólo un hecho de padecer una dolencia física, sino que entra en los espacios comunales, logrando generar modelos de convivencia lógicos entre los vecinos.

En el momento en que el biopoder estatal entra de una manera impositiva a las comunidades generando una discriminación hacia la medicina indígena, comienza a generar desequilibrios y alteraciones en las prácticas propias de la salud. Un último ejemplo de lo que puede llegar a suceder con la ley de talento humano, es que los chamanes deben trabajar de la mano con una IPS, que está bajo las condiciones de las Empresas Prestadoras de Servicios Salud (EPS). Ellas llevarán un registro de atenciones por parte del médico tradicional. Y algo realmente preocupante es que los chamanes sean carnetizados, y por lo tanto, sus pacientes deban mostrar que su brujo pertenece a una empresa y así seguir el mismo esquema de funcionamiento que existe en el SGSSS, perdiendo los roles de reciprocidad e intercambio, logrando una pérdida en los conocimientos propios y los modos de transmisión de los mismos.

Para el caso de la etnofarmacopea, creo que el problema es reiterativo. ¿Cómo realizará el brujo sus consultas? ¿Mandaré a tomar una cápsula de yagé concentrado a su paciente? ¿Le dará un par de hormigas empaquetadas para el dolor de cabeza? Creo que no es posible, pues las hormigas en primer lugar deben estar vivas y con su Lawichú, al igual que las plantas. Así, tienen un verdadero efecto en las personas.

La ciencia es un sistema de creencias occidental que da la posibilidad de curar a las personas a través de distintas prácticas. Sin embargo, es fundamental tener el conocimiento no sólo sobre los principios químicos activos, sino también, de su relación con los humanos y el medio ambiente. Igualmente, es pertinente tener en cuenta que las culturas tienen sus propias formas de producir conocimiento, por lo cual, se hace necesario replantear si la etnofarmacopea no es simplemente la desvirtualización de un saber milenario, que terminará con las culturas minoritarias de América, convirtiendo un proceso ritual y simbólico en una mercancía. El saber que se ha conservado y que ha fortalecido la convivencia del ser humano y la naturaleza no se puede encapsular, no es una simple píldora, que para colmo de



males tampoco podrá ser adquirida por los indígenas por tener ingresos económicos mínimos y estar alejados geográficamente.

Con esta reflexión espero que todos nos replanteemos la manera como se dan los intercambios de conocimiento. ¿Cuál es su verdadera finalidad? ¿La salud de las personas? ¿La apropiación de los conocimientos de culturas nativas? ¿La generación de conocimiento? En caso de ser este último punto, la pregunta que quedaría sería ¿conocimiento para quién? Con todo esto, más que buscar la cura contra una enfermedad a través del principio activo de una planta, la humanidad debe apropiarse de los principios de respeto con el mundo; así la medicina tradicional nos mostrará que no somos sólo seres culturales que dominamos la naturaleza, sino que hacemos parte activa de ella, nosotros tenemos la misma esencia de animales como el mico, el caimán, la culebra, todos terminamos en las entrañas de ñamato (la madre tierra), por lo cual hay que ver hasta dónde la codicia humana nos dejará seguir viviendo o nos llevará a la pérdida de conciencia sobre dónde vivimos y cómo debemos vivir en nuestra casa: la tierra.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer profundamente a Germán Palacio de la Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia, director del Proyecto Saber y Gestión ambiental por la oportunidad brindada de realizar esta charla y de permitir que escribiera este artículo. Todo este escrito comenzó cuando se realizó el primer laboratorio de medicina tradicional latinoamericano, que, gracias a la colaboración de Progetto Mondo, MLAL-Colombia a través de Enrico Neri financiaron la realización del mismo. A Giovanna Reyes, quien ha hecho un gran esfuerzo para que se diera el laboratorio y esta publicación.

A mi profesor Juan José Vieco por sus consejos y apoyo inigualable para poder realizar este trabajo. A Carlos Franky y Dany Mahecha por sus ayudas. Al Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas SINCHI; a Luz Marina Mantilla por todo su apoyo, a Luis Eduardo Acosta por su colaboración.



BIBLIOGRAFÍA

- Arhem, Kaj (1998). *Makuna: portait o fan Amazonian People*. Smithsonian Institution Press. Washington and London.
- Arhem, Ka; Luis Cayón; Gladis Angulo, Maximiliano García (2004). *Etnografía Makuna*. Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH). Bogotá.
- Arias de Greiff, Elizabeth Reichel D. (1987). Compiladores. *Etnoastronomías americanas*. Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Barfiel, Thoomas (2000). *Diccionario de Antropología*. Ediciones Ballaterra, Lima.
- Cayón, Luis (2002). *En las aguas del Yuruparí. Cosmología y chamanismo Makuna*. Ediciones Uniandes. Bogotá.
- Cabrera, Gabriel (2002). *La iglesia en la frontera: misiones católicas en el Vaupés 1850-1950*. Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Primera edición. Bogotá.
- Constitución Política de Colombia* (1991).
- Deckmann Fleco, Eliane Cristina. *Las reducciones jesuítico-guaraníes- un espacio de creación y de resignificación (provincia Jesuítica de Paraguay-siglo XVII)*.
- Domínguez, Camilo y Augusto Gómez (1994). *Nación y etnias. Conflictos territoriales en la Amazonia colombiana 1750-1933*. Disloque Editores Ltda., Bogotá.
- Echeverri, Juan Álvaro (2004). "Territorio como cuerpo y territorio como naturaleza: ¿Diálogo intercultural?" En: A. Surrallés & P. García Hierro (eds.), *Tierra adentro: Territorio indígena y percepción de entorno*, pp. 259-275. Documento No. 39. IWGIA. Copenhague.
- Escobar, Arturo (1996). *La invención del tercer mundo. Construcción y reconstrucción del desarrollo*. Norma. Bogotá.
- Foucault, Michell (1978). *Cuarta y quinta conferencia. La verdad jurídica y las formas judiciales*. Gedesia 2000. Barcelona.
- (1976). *Derecho de muerte y poder sobre la vida" Historia de la sexualidad. 1 la voluntad de saber. Siglo XXI*. Madrid.
 - (1992). *Undécima lección- 17 de marzo de 1996. Genealogía del racismo*. La Piqueta. Madrid.



- Fontaine, Laurent (2001). "Intercambios de frontera y solidaridad social en La Pedrera" en *Imani mundo*. Universidad Nacional de Colombia, Editorial Unibiblos. Bogotá.
- Franky, Carlos (2004). "Territorio y territorialidad indígena. Un estudio de caso entre los tanimuka del bajo Apaporis (Amazonia colombiana)". Tesis de grado Maestría en Estudios Amazónicos. Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia.
- (2001). "Ordenamiento territorial indígena amazónico" en *Imani mundo*. Universidad Nacional de Colombia, Editorial Unibiblos, Bogotá.
- Giddens, Anthony (1997). *Modernidad, identidad y el yo. El yo en y la sociedad contemporánea*. Editorial Península. Barcelona.
- Gómez, Augusto, Hugo Armando Soto Mayor, Ana Cristina Lesmes Patiño (2000). *Amazônia colombiana: enfermedades y epidemias. Un estudio de bioantropología histórica*. Premio nacional de cultura, Ministerio de Cultura. Panamericana Formas e Impresión S.A. Colombia.
- (2001) Raza "salvajismo", esclavitud y "civilización". Fragmentos para una historia del racismo y de la resistencia indígena en la Amazonia" en *Imani mundo*. Universidad Nacional de Colombia, Editorial Unibiblos, Bogotá.
- Guevara, Juan (2004). *Etnodesarrollo y medicina indígena ecológica*. Ministerio de Protección Social, Sistema General de Seguridad Social en Salud. Mitú (Vaupés), Colombia.
- (2004). *Introducción a la atención primaria con participación comunitaria en el Vaupés*. Ministerio de Protección Social, Sistema General de Seguridad social en Salud, 2a. edición. Mitú (Vaupés). Colombia.
- Guhl Nimtz, Ernesto (1991). *Las fronteras políticas y los límites naturales*. Fondo FEN Bogotá.
- Guhl Samudio, Juan Felipe (2005). *El chamanismo y su relación con la medicina occidental. Historia y estrategias*. Monografía de pregrado Universidad de los Andes.
- Hildebrand, Martin von y Elizabeth Reichel (1987). *Introducción a la Colombia Amerindia*. Instituto Colombiano de Antropología. Bogotá.
- Hildebrand, Martin von (1983). *Medicina, chamanismo y botánica. Cosmovisión y el concepto de enfermedad entre los ufaina*. Editorial Presencia. Bogotá.
- (1987). "Datos etnográficos sobre astronomía de los indígenas tanimuka del



noroste amazónico” en: Arias de Greiff, Elizabeth Reichel D. (Compiladores). *Etnoastronomías americanas*. Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Jacopin, Pierre-Yves (1988). “On the Syntactic Structure of Myth, or the Yukuna Invention of Speech” en *Cultural Anthropology*, Vol. 3, No. 2. (May, 1988), pp. 131-159.

Jackson, Jean. (1996). “¿Existe una manera de hablar sobre hacer cultura sin hacer enemigos?” en: *Globalización y cambio en la amazonia indígena*, Vol.1, F. Santos Granero (comp.), Colección Biblioteca 37. AbyaYala-Flacso. Quito.

Kleinman, Arthur (1985). Interpreting Illness Experience and Clinical Meanings: How I See Clinically Applied Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 16, No. 3. (May, 1985), pp. 69-71.

Langdon, E. Jean (1990). “La historia de la conquista de acuerdo a los indios Siona del Putumayo”, en *Los meandros de la historia en Amazonia*. Ediciones AbyaYala. Cayambe, Ecuador.

Llanos Vargas, Héctor y Roberto Pineda Camacho (1982). *Etnohistoria del Gran Caquetá (siglos XVI-XIX)*. Fundación de Investigaciones Arqueológicas Nacionales, Banco de la Republica. Bogotá.
- (1997). *Biomédica* 19(2):93-102.

Mahecha, Dany (2004). Formación de MASA GORO “personas verdaderas”. Pautas de crianza entre los macuna del bajo apaporis. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia, Instituto IMANI.

Mich, Tadeusz (1994). *The Yuruparí Complex of the Yucuna Indians The Yuruparí Rite*. *Anthropos* 89, pág 39-49.

Mignolo, Walter D. (2000). La colonialidad a lo largo y a lo ancho: el hemisferio occidental en el horizonte colonial de la modernidad. En: <http://www.clacso.org/wwwclacso/espanol/html/libros/lander/4.pdf>

Mogollón, José Vicente, Juan Mayr, Manuel Rodríguez y Eduardo Uribe (2006). *Asuntos esenciales para comunicar al señor presidente en relación con la ley forestal*. Policy Paper 10. Bogotá. 12 de enero de 2006.

Molano, Alfredo (1987). *Selva adentro, una historia oral de la colonización del Guaviare*. El Áncora Editores. Bogotá.



Morgan, L. Henry (1887). *Ancient society*. Holt. Nueva York. (Reeditado por la University of Chicago Press, 1965).

Palacio, Germán (compilador) (2002). *Agenda Prospectiva de Ciencia y Tecnología Amazonas*. Universidad Nacional de Colombia, Sede Leticia, editado por Hernando Valdés Carrillo, coordinador Germán Palicio Castañeda. Colciencias - Instituto Amazónico de Investigaciones Sinchi. CorpoAmazonia. Pronatta. Leticia, Colombia.

- (2006). *Fiebre de tierra caliente. Una historia ambiental de Colombia 1850-1930*. Filigrana, librería y editorial ILSA. Bogotá.

Pineda Camacho, Roberto (2002). *Consulta en: Palabras para desarmar*. Ministerio de cultura e ICANH. Bogotá.

- (2000). *Holocausto en el Amazonas, una historia social de la casa Arana*. Planeta Editorial. Bogotá.

- (1995). *El libro rojo del Putumayo*. Colección Lista Negra. Planeta Editorial. Bogotá.

- (1987). "El ciclo del caucho", en: *Colombia amazónica*. Universidad Nacional de Colombia, Fondo FEN. Bogotá.

- (1985). *Historia oral y proceso esclavista en el caquetá*. Fundación de Investigaciones Arqueológicas Nacionales, Banco de la República. Bogotá.

Ramírez, Maía Clemencia (2001). *Entre el estado y la guerrilla: identidad y ciudadanía en el movimiento de los campesinos coccaleros del Putumayo*. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá.

Reichel Dolmatoff Gerardo (1968). *Desana: Simbolismo de los indios tukano del Vaupés*. Editorial Uniandes. Bogotá.

- (1997). *Chamanes de la selva pluvial. Ensayos sobre los indios tukano del Noroeste amazónico*. Publicado por Themis Books Ltda. bajo el sello editorial de Green Books Ltd. Foxhole, Dartington, Tontes, Devon, TQ9 6EB, Gran Bretaña, en asociación con programa COAMA, Colombia, y Fundación Gaia, Londres.

Reichel Dussan de von Hildebrand Elizabeth (1987). "Astronomía yukuna matapi", en: *Etnoastronomías Ameridias*, eds. J. Arias de Greiff & E. Raeichel. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Pp. 193-232.

Reichel Dussan, Elizabeth (1997). "The ecosmology in the tanimuka and yukuna" Tesis doctoral.

- (1999). "Cosmology, Worldview and Gender-bases knowledge systems among the Tanimuka and Ykuna (northwest Amazon). En *Worldview*



Environment culture religion, volume 3, number 3, December 1999: pág. 213:243.

- (1987). *La danta y el delfin: manejo ambiental e intercambio entre dueños de maloca –el caso yukuna-matapí (Amazonas)*. Informe final. Universidad de los Andes, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Antropología. Bogotá.

Rivas Duarte, Gloria; Armando Oviedo Zambrano (1990). “Colonización temprana de la Alta Amazonia Colombiana”, en: *Los meandros de la historia en Amazonia*. Ediciones AbyaYala. Cayambe, Ecuador.

Robayo, Camilo (2007). “La concepción de la persona Inau´ké y del pensamiento ripechu de los yukuna matapí. Tesis de doctorado, Instituto de Etnología, Facultad de Ciências Sociales y Filosofia, Philipps Universität, Malburg.

Ribeiro, B. (1990). *Amazônia urgente. Cinco sécalos de historia e ecología*. Editora Italiana. Belo Horizonte.

Rodríguez, Carlos A. y María Clara van der Hammen (1992). “Nosotros no sabíamos cuanto valía el muerto”. Memorias VI Congreso de Antropología en Colombia, La construcción de las Americas, julio 22-25 de 1992. Departamento de Antropología, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad de los Andes. Bogotá.

Rosas, Diana (2006). *Pulsaciones y estacionalidad del dinero y las mercancías en el Mirití-Paraná*. Tesis para optar al título de Magíster en Estudios Amazónicos. Universidad Nacional de Colombia. Sede Leticia.

Taussig, Michel (2002). *El chamanisimo, colonialismo y el hombre salvaje*. Grupo Editorial Norma. Bogotá.

Tylor, Edward (1881). “Anthropology, introducción to the study of man and civilization. Appleton. Nueva York. (Trad. castellano: *Antropología: introducción al estudio del hombre y de la civilización*. Alta Fulla. Barcelona, 1987).

Van der Hammen, María Clara (1987). *El manejo del mundo, naturaleza y sociedad entre los yukuna de la Amazonia colombiana*.

Vieco, Juan José (2001). “Desarrollo sostenible, organización social y ambiente en la Amazonia” en *Imani mundo*. Universidad Nacional de Colombia, Editorial Unibiblos. Bogotá.



Viveiros de Castro, Eduardo, Anthony Seeger, Roberto da Matta (1979). "A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras". Museu Nacional (fotocopias).

Viveiros de Castro (1979). "A fabricação do corpo na sociedade xinguana". Boletim de Museu Nacional. Nova Serie, Rio De Janeiro, RJ, Brasil. Antropología No. 32, Maio de 1979, pp. 40 a 49.

Zárate, Carlos (2001). "La formación de una frontera sin límites: los antecedentes coloniales del trapecio", en *Imani mundo*. Universidad Nacional de Colombia, Editorial Unibiblos. Bogotá.



Medicinas y encuentros heterogéneos: una mirada hacia el conflicto y el diálogo de saberes¹

Edgar Eduardo Bolívar²

RESUMEN

En este pequeño artículo correspondiente al panel final “Cosmovisiones en contacto: un diálogo de saberes”, presento algunas observaciones sobre este encuentro en torno a las plantas medicinales, la salud pública y el diálogo de saberes. Estas observaciones, resaltan la conjunción de elementos heterogéneos de cultura-naturaleza, ciencia y saberes tradicionales que se han hecho presentes en estos días y finalizo puntualizando algunos elementos tanto conflictivos como conciliadores alrededor del tema que nos convoca: las articulaciones entre la medicina tradicional y los sistemas de salud pública.

ABSTRACT

In this short essay, corresponding to the panel “Cosmovisions in contact: a dialogue between knowledges” the author uses some observations about the workshop to exemplify the heterogeneous combination of elements of nature-culture, science and traditional knowledge that converged in it to

¹ Presentación en el Laboratorio Latinoamericano de plantas medicinales: diálogo de saberes, salud y cosmovisiones: experiencias de medicina tradicional al servicio de la salud pública.

² Ingeniero Químico, Magister en Estudios Amazónicos Universidad Nacional de Colombia. ekbolivar@yahoo.com.ar / rio.bolivar@gmail.com



illustrate some of the conflictive and promising approaches that the articulations between traditional and public health systems implies.

CONSTRUYENDO INTERACCIONES: MOVILIZANDO ELEMENTOS

Durante los tres días del evento escuchamos y comentamos conferencias de participantes diversos: médicos, académicos diversos (de químicos a antropólogos), estudiantes y miembros de institutos de investigación, representantes indígenas y médicos tradicionales. Sus múltiples y contrastantes visiones fueron expresadas a través de diferentes lenguajes. Escuchamos a las abuelitas parteras contando, en lengua Ticuna, sus experiencias, técnicas y uso de plantas, diferentes investigadores presentaron numerosas listas de plantas en latín, diagramas de moléculas, calendarios ecológicos; se expuso sobre el desarrollo de medicamentos, fitoterapia, manejo del territorio, de biopiratería, de curación del mundo, de métodos computacionales para cambiar la estructura de las moléculas y hasta de Andrea Echeverry.

Este encuentro, tal vez por realizarse en medio de la selva amazónica, fue filtrado por una especial dosis de multiculturalidad, expresada en sus participantes, cada uno con sus narrativas y su forma propia de movilizar y organizar la dimensión de lo humano y lo no humano, moléculas, medicinas, normas técnicas, seres ancestrales, plantas, animales, y objetos técnicos.

No obviemos que sentarnos a conversar implicó un importante flujo de correos electrónicos, dinero, tiquetes aéreos, memorias USB, presentaciones en power point, café y comida, tabaco y coca.

Subrayo estos elementos para hacer más visible que lo complejo del tema da pie a la formación de una red de elementos heterogeneos, en la cual las agendas y políticas públicas son actores con un papel importante. En este encuentro estuvieron presentes políticas y estrategias de carácter global como las de la Organización Mundial de la Salud, ONGs ambientalistas y cooperación internacional para el desarrollo. De otro lado fueron expuestas contrastantes experiencias en las políticas públicas nacionales en Latinoamérica en torno a las plantas medicinales y los sistemas de salud. Finalmente, experiencias locales y experiencias de indígenas amazónicos en las que el interés de los blancos en las plantas medicinales es motivo de recelo,



y los investigadores y sus aparatos, en su percepción, pueden ser bastante peligrosos (Cure 2007).

Sentarnos a conversar, de hecho, implica enfrentar diferentes tensores y conjugaciones entre ciencia, tradición y mercado a través de las diferentes percepciones de los participantes.

Esta circulación de imágenes, discursos, aparatos, dinero, artículos, no es nada excéntrica: es cada vez más común y necesaria. Reconocer y convocar interlocutores tan diversos, es una ventana a una pertinente reflexión: cómo funcionan en la práctica estas intersecciones entre diversos mundos (de indígenas, campesinos, burócratas, científicos, empresarios), cómo se construyen puentes de interacción y cómo estas interacciones implican relaciones de poder. Que tipo de arquitecturas de estos elementos heterogeneos produce procesos exitosos alrededor de las medicinas tradicionales y la investigación científica?

¿BABEL O DIÁLOGO DE SABERES?

Para observar algunas dimensiones conflictivas y conciliadoras, tendríamos primero que adoptar una posición que no distinga a priori entre conocimiento científico, occidental, tradicional, indígena o ancestral como opuestos.

El conocimiento, en general, está constituido por la forma en que la gente categoriza, codifica, procesa y da significado a sus experiencias. En fin, implica las formas en que construimos el mundo. Esto es verdad en el caso del conocimiento científico como del conocimiento no científico o cotidiano; es algo que todo el mundo posee aunque los procedimientos de validación del mismo difieran (Long 2001).

El conocimiento mas bien, emerge en procesos complejos que implican factores sociales, culturales, situacionales, institucionales, en una doble situación: constructiva (como resultado de gran cantidad de decisiones e incorporación selectiva de ideas creencias e imágenes previas) y destructiva (de otras posibles formas de conceptualización y entendimiento).

Esta producción y transformación del conocimiento está moldeada por las formas de poder, legitimidad y validación disponibles a los diferentes acto-



res involucrados. De la medicina tradicional a una aplicación más amplia de la salud pública, los diferentes objetivos, percepciones, valores, intereses y relaciones son reforzados o reformados implicando procesos de acomodación y conflicto que generan nuevas y emergentes formas de organización y entendimiento. La pregunta es quién hace valer sus condiciones en el proceso?

Es de resaltar, por ejemplo, cómo los aspectos de estandarización, calidad, seguridad, eficacia, trazabilidad, cobran una especial centralidad para lograr un uso más amplio de las plantas medicinales. Lo anterior requiere de procesos de validación científica y la aplicación de una racionalidad de control sobre toda la producción y el uso de las medicinas y procedimientos. El dominio de los pequeños productores de estos elementos constituye tal vez uno de los puntos más críticos para crear alternativas de producción sostenibles (Bolívar et. al. 2009). Finalmente, se ha hablado repetidamente del especial énfasis que se ha hecho en los compuestos activos de las plantas, y mucho menos, en aspectos más holísticos incluyendo otras concepciones de salud y enfermedad.

Es decir, en el esfuerzo de involucrar las plantas medicinales y las prácticas de medicina tradicional en un contexto más amplio, éstas deben cruzar por sistemas de validación y control que se constituyen en fuertes mecanismos de poder en la medida que la capacidad de control de los “conocedores” originales se pierde cada vez que se hacen más inteligibles, complejas, especializadas y cerradas las redes de información (Agrawal 2002).

Si bien existe un gran consenso a favor de encontrar formas para un mejor acceso a la salud para la humanidad, es cierto también que la salud es un negocio serio con fuertes intereses económicos y políticos que median en este acceso.

Sin embargo, dar un especial énfasis en cómo el encuentro de sistemas de salud es reflejo de tensiones e intereses diferentes, es también el primer paso para reconocer y valorar las experiencias de cooperación que han avanzado con éxito en esta empresa.

El diálogo de saberes entonces, sin desconocer la complejidad de estas articulaciones, implica una agencia proactiva hacia la colaboración y efectivi-



dad tanto en asuntos de investigación como en asuntos ligados al desarrollo. Co - investigación, investigación participativa, procesos de acompañamiento, construcción de interlocución, fortalecimiento de aspectos culturales organizativos locales, políticos etc, son algunas de las estrategias a través de las cuales se ha posibilitado el diálogo de saberes. En algunos de ellos se verifican mayores niveles de compromiso, proyectos y objetivos “comunes” o por lo menos compartidos. Estas experiencias de colaboración (que en la práctica implican superar muchos problemas) requieren sin embargo la construcción de redes de relaciones más estrechas basadas en la mutua confianza, reciprocidad lo que implica la reiteración de espacios de encuentro y un tiempo considerable.

Durante el Laboratorio Latinoamericano pudimos compartir experiencias muy valiosas de diferentes países (Colombia, Argentina, México, Perú, Chile, Brasil) que en diferente medida han avanzado en el tema de involucrar las prácticas de medicina tradicional y la investigación científica al servicio de la salud pública. Este diverso y heterogéneo encuentro es entonces un importante espacio de socialización, intercambio de información, creación de redes y alianzas. También es un espacio de reflexión sobre las complejidades y retos de estas iniciativas en temas tan importantes como la justa y equitativa participación en los beneficios sobre los conocimientos locales de medicina tradicional, pero, los asuntos ligados a la propiedad intelectual sobre usos innovadores de la biodiversidad quedan sin resolver, y sin ser discutidas a profundidad, tanto en las experiencias presentadas, como en la estrategias de la OMS.

CONCLUSIÓN

Los esfuerzos de articulación entre los sistemas tradicionales de medicina y estrategias más democráticas de acceso a medicinas tienen una gran relevancia y enfrentan numerosos desafíos. En su aplicación se trasluce mucho más el proceso de validación y traducción científica de las medicinas tradicionales que la permeabilidad de ésta hacia concepciones 'no modernas' de salud y enfermedad. Es importante no desconocer la movilización de elementos híbridos (Latour 1994) que constituyen estas redes y que un verdadero diálogo de saberes implica procesos continuos y compartidos, abiertos a tomar en serio las concepciones, proyectos y preocupaciones del otro.



Bienvenidos entonces estos encuentros, la diversidad de opiniones, la mirada crítica, el conflicto y el diálogo de saberes.

BIBLIOGRAFÍA

Agrawal, Arun. 2002. "El conocimiento indígena y la dimensión política de la clasificación". *Revista Internacional de Ciencias Sociales* (173) : 6-18p.

Bolívar Eduardo; Gerard Verschoor, Roldan Muradian, Germán Ochoa. 2008. "Del Amazonas al supermercado: Biocomercio, gobernanza e innovación en una cadena de salsas de ajíes, Colombia". *Revista Iberoamericana de Economía Ecológica*. En Prensa.

Cure, Salima. 2007. "De gringos y cortacabezas". En: Nieto V., & Palácio G., (Eds). *Amazonia desde dentro: Aportes a la investigación de la Amazonia Colombiana*. Bogotá: Instituto Amazonico de Investigaciones IMANI, Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia. 100-126p.

Latour, Bruno. 1994. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simetrica*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Long, Norman. 2001. *Development Sociology: Actor Perspectives*. London: Routledge.



Mujer y salud: propuesta para educación en salud con mujeres indígenas del Amazonas*

Martha Cecilia Suárez-Mutis¹, Mauricio Díaz Rojas²

RESUMEN

Este trabajo presenta los resultados de un proceso de educación en salud realizado con y para las mujeres indígenas del municipio de Puerto Nariño, Amazonas. El proyecto fue producto de la demanda de estos pueblos y pretendía dar inicio a la primera formación de mujeres indígenas con conocimientos en salud para el manejo del nivel comunitario de atención en salud. Parte del reto era apoyar la formación, de las mujeres para hacer el proyecto sostenible y contribuir con el fortalecimiento de la organización indígena, desde la interculturalidad. Igualmente se pretendía aportar elementos para fortalecer las políticas de salud para los pueblos indígenas, iniciar el tema en lo referente a la mujer y eventualmente replicar la experiencia en otros lugares del departamento. Al final del proceso, las mujeres que participaron en el proyecto decidieron crear una asociación de mujeres del municipio y su trabajo voluntario fue reconocido al ser invitadas por una institución del gobierno nacional a participar en la elaboración de los diagnósticos situacionales de salud del municipio.

* Este proyecto fue financiado por la Junta de Andalucía, España, ejecutado por la Fundación Hylea y con el respaldo interinstitucional del Cabildo Mayor Indígena de Puerto Nariño, la Universidad Nacional de Colombia, sede Amazonas y la Asociación para el Desarrollo Infantil –ADI– de Málaga, España.

¹ Médica, PhD en Medicina Tropical, Laboratório de Doenças Parasitárias. IOC/Fiocruz. Rio de Janeiro Brazil. marthasuarezmumis@hotmail.com / marmutis@fiocruz.br Tel: (55) 21 25621302 Fax: (55) 21 2280 3740.

² Médico Fundación Hylea. Tabatinga, Amazonas, Brazil. mauriciodiazleticia@yahoo.com.mx Tel: (55) 97 3412 2950.



ABSTRACT

In this paper we show the results of health education process with indigenous women from Puerto Nariño municipality of Amazon region, Colombia. The project was suggested by indigenous leaders and it represented the first attempt for link the biomedicine system and traditional knowledge in an education process. One of the challenges was the intercultural work and how to assure the sustainability of the process. Four steps (not necessary sequential) were established: agreement, capacitating (in 11 workshops), communitarian follow-up and situational diagnosis. From the beginning of the project, women were so active especially with logistic for the workshops, communitarian meetings in each locality and multiplication of new information (from biomedicine and traditional health system, creation of orchards of medicinal plants) for other women in the localities. At the end of process, women decided to organize a women association for health care at community level.

INTRODUCCIÓN

Desde la declaración de Alma Ata en 1978 (OPS 2008) muchos sistemas de salud organizaron el nivel primario de atención a través de agentes de salud (denominados en algunos lugares como promotores de salud), que recibían un entrenamiento en acciones de atención básica dentro del modelo centralizado de la prestación de servicios de salud. Entre los pueblos indígenas del Amazonas el proceso fue similar a lo que ocurrió en el resto de Colombia. En la mayor parte de los casos, los agentes de salud eran hombres que fueron formados siguiendo el esquema clásico de atención a la enfermedad y no a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La implementación de la ley 100 a partir de 1993 trajo un nuevo desafío para los servicios de salud locales, ya de por sí deficitarios en la forma de abordar los procesos de salud-enfermedad de los pueblos indígenas³.

Como resultado de la demanda de los pueblos indígenas del Amazonas para el reconocimiento de la heterogeneidad de las más de 26 etnias existentes

³ Mayores antecedentes de la problemática enfrentada por los pueblos indígenas del Amazonas, tanto en el anterior Sistema Nacional de Salud como en la nueva propuesta de la Ley 100, se encuentran en Suárez Mutis, 2001a y b).



en este departamento, la Secretaría de Salud del Amazonas inició un amplio proceso de concertación de las acciones de salud durante los años de 1998 y 1999. La mayor parte de los grupos consultados solicitaron explícitamente la realización de un programa de capacitación en salud para mujeres indígenas (Díaz & Cristancho, 1999). Parte de la justificación se basó en que el modelo hegemónico desconocía por completo el itinerario terapéutico existente en las comunidades (Langdon, 1994), así como el hecho de que las mujeres son las primeras cuidadoras de la salud de sus hijos y parientes (Mahecha, 2004; Reyes, 2008). Si los problemas de enfermedad no pueden ser resueltos en casa se recurre a otros agentes del itinerario terapéutico como los rezadores, chamanes y otros curadores de las comunidades o a los agentes de salud, enfermeros y médicos cuando hay acceso a los servicios de salud del sistema biomédico (Langdon, 1994; Browner, 1991). Experiencias en varios países han mostrado que cuando se trabaja con mujeres y madres de familia hay mucho éxito en la prevención de enfermedades y acciones de la promoción de la salud (Kouyaté, 2008).

Por otro lado, la experiencia de trabajo durante los últimos 15 años con diferentes etnias en el departamento del Amazonas permite concluir que se requieren programas de salud adaptados a las necesidades de cada grupo. Esto es especialmente cierto en el caso de la implementación de un programa de educación en salud, que debe partir del reconocimiento de la socio-diversidad y multiculturalidad existentes en el Amazonas y de la exigencia de nuevas formas de enseñar y aprender (González & Montoya, 1998; Garnelo & Lagdon, 2005).

A continuación se presentan los resultados de una propuesta de educación en salud dirigido a y construido con mujeres indígenas del municipio de Puerto Nariño, que se esforzó por explorar nuevas maneras de aprendizaje a través del intercambio de conocimientos y repensando modelos pedagógicos y didácticos que fueran más adecuados a los conceptos de salud y enfermedad de los pueblos indígenas, y en especial de las mujeres. La experiencia en la construcción del proceso será presentada en este artículo. No obstante, se debe aclarar que la calidad y cantidad de los resultados obtenidos no permiten detallar toda la riqueza de materiales producidos en cada momento. Sin embargo, estos están disponibles para quien desee acercarse con mayor profundidad.



MÉTODOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROCESO

Área de trabajo

El proyecto fue desarrollado en el municipio de Puerto Nariño, departamento del Amazonas. La población total es de 6.340 habitantes, que en su mayoría pertenecen a la etnia ticuna, encontrándose también cocamas, uitotos, yaguas y algunas pocas personas de otros grupos étnicos, así como mestizos (Riaño, 2003). La población se encuentra localizada sobre el eje del río Amazonas, y sus afluentes, Loretoyaco, Boyahuazú y Atacuari. Aunque la localidad de San Martín de Amacayacu pertenece administrativamente al municipio de Leticia (capital del departamento del Amazonas), su ubicación geográfica y su pertenencia al resguardo Ticoya, hace que todas las actividades que tienen que ver con la vida social y económica de esta comunidad se desarrollen con el municipio de Puerto Nariño. Por este motivo, San Martín de Amacayacu fue invitada a participar en este proyecto.

Métodos

El proyecto pretendía dar inicio a la primera formación de mujeres indígenas con conocimientos en salud, dentro del contexto de la interculturalidad, con miras a consolidar el manejo comunitario del primer nivel de atención en salud⁴. Hubo todo un proceso de discusión, organización y planeación al interior del grupo de facilitadores previo al inicio del trabajo. Se trabajaron cuatro momentos: concertación, capacitación, seguimiento, diagnóstico y evaluación. El equipo de facilitadores estaba conformado por profesionales de la salud (médicos y enfermeras con experiencia en trabajo con comunidades indígenas), en su mayoría de sexo femenino.

1. **Concertación:** Todas las acciones realizadas incluyendo temas, tiempos y espacios de la capacitación, seguimiento, diagnóstico y evaluación fueron previamente analizadas y concertadas con las comunidades a las que se dirigía el proyecto, especialmente con las mujeres. Las que serían capacitadas fueron escogidas en reuniones comunitarias efectuadas por los curacas y líderes de cada localidad (tabla No.1).

⁴ Nivel comunitario del primer nivel de atención fue definido como las acciones de salud que se desarrollan en el contexto de las propias comunidades indígenas y donde comienza el itinerario terapéutico, incluyendo los agentes de salud del sistema biomédico y los médicos tradicionales, rezadores, yerbateros, etc.



Este primer paso fue fundamental para establecer relaciones de respeto mutuo y garantizar la apropiación del proceso por parte de las comunidades.

2. Capacitación: En esta fase se realizaron 11 talleres (tabla No. 2) La cultura y por consiguiente el conocimiento tradicional fueron entendidos como ejes centrales de toda acción comunitaria en salud con los grupos indígenas, por lo cual, fue imprescindible tener en cuenta ciertos aspectos necesarios en cualquier proceso de capacitación con esta población:

- En los cursos formales de capacitación para agentes de salud indígenas, los conceptos que se manejan e intentan transmitir hacen parte del conocimiento de la cultura de la sociedad mayoritaria⁵. Los agentes de salud occidentales (sean médicos, enfermeros, bacteriólogos, odontólogos, educadores en salud o antropólogos médicos) no son portadores de la verdad. Es claro que en medio de la sociodiversidad existente en los pueblos indígenas del Amazonas, cada etnia tiene su propia concepción del mundo. Así mismo, cada sociedad posee conocimientos que se pueden modificar o afianzar de acuerdo al acceso a nuevos conocimientos. Por lo tanto, surge el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo socializar el conocimiento de la sociedad mayoritaria? El conocimiento debe construirse en conjunto, idealmente partiendo de los conceptos que se manejan en las comunidades. Teniendo como base estos parámetros, hay que intentar hacer paralelos para comprender los nuevos conceptos.
- Experiencias previas del equipo de trabajo demuestran que para los indígenas es muy importante que se hable del origen de las cosas, porque es la forma en que milenariamente han transmitido el conocimiento a través de la tradición oral. Por tal razón, se deben plantear las siguientes preguntas: ¿De dónde viene? ¿Cuándo nació? ¿Cómo es la historia (tiempos, lugares, personajes)?
- Es muy importante tomar los ejemplos sobre los temas que se traten de la realidad, así como intentar recrear hechos y situaciones que permitan el análisis participativo sobre los mismos y esencialmente

⁵ Sociedad mayoritaria será entendida en este artículo como la sociedad hegemónica con conocimientos de la medicina positivista (biomedicina), que algunos han denominado “mundo blanco o cultura blanca”.



la detección de factores de riesgo y factores protectores vistos desde la interculturalidad.

- Idealmente la información debe transmitirse en forma de relatos apoyados por imágenes o materiales que se puedan recolectar de la misma comunidad. Esto es importante para permitir la consolidación del proceso de aprendizaje.
- El juego tiene un papel importante en los procesos de socialización de las comunidades; éste es necesario para lograr una buena integración con las participantes y favorecer la apropiación del conocimiento.
- Las mujeres participantes pueden elaborar materiales didácticos relacionados con cada tema de los módulos para que les sirva de herramienta pedagógica en el momento de trabajar con la comunidad. Este trabajo debe ser asesorado cuando se realice el seguimiento en cada localidad.
- Finalizado cada taller se escoge un tema relacionado con alguna situación de salud o enfermedad de las mujeres o alguna práctica asistencial de su interés tratada en el taller, con el fin de elaborar en su comunidad “pequeños proyectos de investigación” sobre el tema escogido. Esta dinámica permite socializar la información, involucrar al resto de las mujeres de cada localidad y a la comunidad en general en el proyecto, acercarse a los conocimientos y prácticas de salud tradicionales y a la integración de las dos formas de ver la salud.

3. Seguimiento: Una vez terminado cada taller, una enfermera del equipo de trabajo realizaba el seguimiento en cada una de las localidades, usando un cronograma establecido previamente con las mujeres. El objetivo fundamental de esta fase era apoyar el trabajo que estaban realizando las mujeres en sus localidades, reforzar los temas tratados y evaluar la metodología del proceso educativo. Fue así como se realizaron entrevistas y conversaciones con los curacas y líderes comunitarios, promotores de salud, médicos tradicionales y comunidad en general para encontrar los mecanismos de articulación del papel de las mujeres con los demás agentes de salud del itinerario terapéutico. Para la evaluación, se utilizaron los informes de los talleres y de las visitas de seguimiento. Se diseñaron instrumentos pertinentes para medir el cumpli-



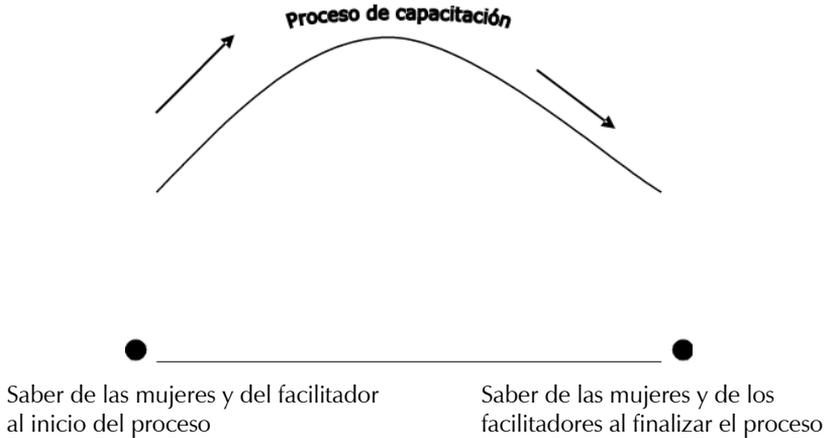
miento de los objetivos, valiéndose de indicadores de proceso y de impacto que se explicarán más adelante.

- 4. Diagnóstico y evaluación:** Este punto se llevó a cabo en un proceso simultáneo a los talleres y al seguimiento. En realidad tanto los perfiles epidemiológicos realizados por los servicios de salud, como los diagnósticos de salud hechos por otras instituciones tienen un enfoque masculino y priorizan eventos de notificación obligatoria establecidos por el modelo biomédico. Se basan en la información recolectada por los agentes de salud, la mayor parte de ellos, hombres. Por eso se hacía necesario elaborar un diagnóstico con las mujeres, profundizando su visión del origen, así como las concepciones sobre salud que tienen, lo que permitiría tener una visión más clara de la situación actual de salud de la mujer y de los niños menores de cinco años, de las alternativas de solución para sus problemas, así como poder definir con ellas algunos parámetros para construir el modelo de salud para la mujer indígena.

La evaluación fue más una forma de retro-alimentación para los facilitadores, se realizó al final de cada taller y durante el trabajo de campo. Al terminar el proyecto uno de los miembros del equipo financiador (que no participó de las capacitaciones y del seguimiento) realizó una evaluación en términos de logros del proceso y, un año después, una médica con maestría en salud pública y experiencia de trabajo con comunidades indígenas hizo otra evaluación en términos de resultados de impacto.

Sobre la pedagogía

La técnica pedagógica que se usó fue el planteamiento de problemas, utilizando los contenidos de los talleres como temas generadores de discusión con base en el método de Paulo Freire, que trata de favorecer la educación crítica, dentro de la realidad local, estimulando la apropiación del conocimiento sobre salud y las condiciones de vida. Este abordaje está anclado en la perspectiva socio-histórica y cultural de los pueblos indígenas trabajando con respeto al encuentro entre dos o más culturas, sin permitir la imposición de una a la otra (Freire, 1975). Se trabajó la metodología del arco que consiste en partir del conocimiento que las mujeres traen sobre el tópico a tratar, en un intercambio de opiniones y de saberes.



En cada taller se trató un tema específico solicitado por las mujeres y en el último día del mismo, un tópico de primeros auxilios. Hubo temáticas que necesitaron ser abordadas en más de un taller, debido a su extensión y complejidad. Previamente a cada taller, con una duración de varias semanas, se realizaba la planeación, adecuación de materiales visuales para la exposición así como la organización de las actividades prácticas, y, por otra parte, la preparación del material escrito que sería entregado el día del taller. Para los facilitadores, cada taller tenía un programa escrito con los siguientes puntos claramente definidos: nombre, objetivos, metodología y desarrollo del tema, tiempo para cada tópico, materiales y equipos necesarios.

Cada taller tenía tres ejes temáticos: **1. Percibiendo nuestra realidad:** Esta metodología pretendía establecer el conocimiento que las mujeres tenían sobre cada contenido, y que cada una de ellas pudiera en forma individual establecer su propio conocimiento y verificar el avance de cada una (y si quería, compartir con los facilitadores). En este punto también se realizaban actividades tendientes a establecer la epidemiología básica del evento que se estaba estudiando, sus causas y efectos sobre la vida comunitaria (si se podía desagregar por grupos como niños, mujeres, hombres, ancianos, dependiendo de cada caso). Algo importante era poder intercambiar experiencias sobre el itinerario terapéutico, uso de plantas medicinales y otras prácticas médicas. **2. Entendiendo el proceso de salud-enfermedad:** En este eje se abordaron aspectos básicos de cada uno de los temas, recordando que era fundamental, buscar siempre los principios de las cosas, como la historia de la enfermedad: ¿por qué ocurre?, ¿cómo se presenta?, abordaje fisiopatológico, signos y síntomas. **3. Interviniendo en el proceso-salud**



enfermedad: En este eje se trabajaba el qué hacer en caso de, es decir, las medidas que desde la misma comunidad se podrían realizar para lograr cambiar la situación, o cuándo solicitar la intervención de otros actores (promotor de salud) o remisión al centro de salud. Para este punto, era esencial que los signos y síntomas de alarma hubieran sido muy bien trabajados en el eje anterior.

Sobre la didáctica

Cada taller tenía 3 facilitadores. La didáctica usada para el trabajo de educación en salud con los pueblos indígenas debe ser necesariamente diferenciada, tener mucho énfasis en lo gráfico, y todos los temas ser relacionados con el origen de las cosas; trabajar con analogías y con preguntas esenciales; suscitar discusiones y generar una reflexión a partir de la pregunta esencial. Trabajar siempre con mucho respeto hacia la diferencia. El lenguaje usado por los facilitadores debe tener en cuenta los siguientes términos: "... para nosotros, o en el mundo blanco, en nuestra versión, o en nuestra cultura, es así, o pensamos así, o nosotros hacemos así...". Igualmente, se hace necesario recordar la importancia gigantesca de la práctica, pues quien no hace no recuerda. Por esta razón, fue fundamental buscar experimentos e inventar otras propuestas didácticas para cada tema.

Este trabajo tuvo el desafío de trabajar con poblaciones que de por sí ya manejan un sincretismo en muchos de sus conocimientos debido a la historia de contacto con diferentes actores, como la iglesia, la cultura del narcotráfico y las instituciones del Estado. Por lo tanto, surgió la necesidad de entregar material de consulta en el momento del taller y también construir otros materiales que debían ser revalidados al inicio del siguiente taller y durante la fase de seguimiento en el campo.

LA FINANCIACIÓN

Este proyecto fue realizado por la Fundación Hylea y financiado con el apoyo financiero de la Junta de Andalucía, España y cooperación de la Asociación para el Desarrollo Infantil –ADI– de Málaga, España. Dos de los miembros del grupo de trabajo se desempeñaban como profesores adscritos de la Universidad Nacional de Colombia sede Amazonia durante el desarrollo del proyecto.



RESULTADOS

Resultados de proceso

La concertación

En la tabla No. 1 se presentan las comunidades que se adhirieron a la propuesta.

Tabla No. 1. Localidades que hicieron parte del proyecto.

Localidad	Grupo étnico	Población total	Total mujeres capacitadas
San Martín de Amacayacu	Ticuna, Uitoto	417	4
Veinte de Julio	Yagua, Ticuna	188	4
Puerto Nariño	Ticuna, Mestizos, Cocama, Yagua	2.963	4
Naranjales	Ticuna, Cocama, Yagua, Uitoto	420	4
Boyahuzú	Ticuna, Yagua, Cocama	359	4
Siete de Agosto	Cocama, Yagua, Ticuna	262	2
San Juan de Atacuari	Cocama, Yagua, Ticuna	239	3
San Francisco	Ticuna, Mestizos	473	4
Nuevo Paraíso	Ticuna, Cocama	81	1
Santa Teresita	Ticuna	78	1
Villa Andrea	Ticuna	58	4
San Juan del Socó	Ticuna, Cocama, Yagua	246	3
Doce de Octubre	Cocama	175	3
Santarém	Ticuna, Yagua	49	
Tipisca	Ticuna, Cocama, Yagua	139	3

Fuente: Riaño. 2003.

La tabla No. 2 muestra los resultados del proceso de concertación. Aunque al principio se habían previsto 3 talleres, cada uno con una duración de tres semanas, al momento de la concertación, las mujeres declararon que alejarse de sus casas durante este período de tiempo era mucho; por tal razón, se optó por disminuir el número de temas a tratar en cada taller y hacer más encuentros de los programados inicialmente. La concertación fue realizada en Puerto Nariño, a ella asistieron curacas, líderes, agentes de salud y mujeres; duró un día completo y tenía como objeto dar a



conocer la propuesta y acordar cada uno de los puntos críticos para el trabajo. Al final del proceso de concertación se establecieron los siguientes temas para cada taller, así como las fechas y los lugares en que serían realizados:

Tabla No. 2. Modificaciones del proceso de concertación de la propuesta.

	Propuestos	Modificaciones después de la concertación	Local
Nº de talleres	3	11	
Tema	Taller 1 Taller 2 Taller 3	<p>Taller 1: Origen de la vida y el mundo de lo pequeño.</p> <p>Taller 2: Gestación y parto</p> <p>Taller 3: Post-parto, puerperio y complicaciones.</p> <p>Taller 4: Crecimiento y desarrollo.</p> <p>Taller 5: Enfermedades de la infancia: IRA, sarampión y tos ferina.</p> <p>Taller 6: Enfermedades de la infancia: Diarrea.</p> <p>Taller 7: Enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Taller 8: Enfermedades infecto-contagiosas y epidémicas: cólera, fiebre amarilla, dengue y malaria.</p> <p>Taller 9: Planificación familiar</p> <p>Taller 10: Cáncer</p> <p>Taller 11: Salud oral</p>	<p>Boyahuazú</p> <p>San Martín de Amacayacu Naranjales San Juan del Socó</p> <p>Tipisca</p> <p>San Juan de Atacuari</p> <p>San Francisco</p> <p>Valencia</p> <p>Palmeras Pto. Nariño</p>
Tiempo	3 semanas	3 días	
Número de mujeres por localidad	Según población	Decidido por los curacas durante la concertación y aumentado al pasar por cada localidad en los tres primeros talleres.	

Los temas de primeros auxilios abordados en cada taller también fueron concertados con las mujeres. Los tópicos estudiados fueron: signos vitales, valoración del paciente, cómo hacer un botiquín, traumatismos y transporte de pacientes, inmovilización y vendajes, quemaduras, curaciones, inyectología, picaduras y mordeduras, deshidratación, hemorragias y ahogamiento.



La concertación abarcó todas las etapas de los talleres; se acordaron cambios en la metodología, en el tipo de material de enseñanza, en la forma de enseñanza y se definía la presencia o no de los facilitadores en ciertos momentos (ej. durante el intercambio de saberes tradicionales entre las mujeres de las diferentes comunidades, entre abuelas y jóvenes, para evitar tropiezos y desconfianza de la comunidad). No se tomaron fotos más que las autorizadas y no se recopiló información para la divulgación escrita de varios de los remedios utilizados, a solicitud de las mismas comunidades.

La capacitación

En total se realizaron 11 talleres con la participación de una a cuatro mujeres por comunidad, que es mucho más de lo que se había calculado al inicio del proyecto (tabla No. 2). En total 41 mujeres participaron en todo el proceso; de éstas, 32 eran ticunas, cuatro cocamas, dos yaguas, una uitoto, una miraña y una andoque. En la tabla No. 3 se observa la distribución por grupo de edad y grupo étnico y en la tabla No.1, la procedencia según lugar de vivienda.

Los talleres fueron realizados tal y como fue descrito en la metodología, incluyendo los métodos pedagógicos y didácticos. Al final de cada encuentro se entregaba un material elaborado para cada tema. Por las condiciones climáticas de la Amazonia cada hoja era guardada en una bolsa plástica y a su vez, todo el material en una carpeta de buena calidad buscando su durabilidad.

Desde los primeros talleres, las mujeres se organizaron en 4 comités: **1. Logística**, encargado del menú diario, de colaborar con el arreglo del material educativo y de los protectores plásticos para la organización de las carpetas, entre otras funciones; **2. Bienestar**, que cuidaba de los elementos básicos en el campo como papel higiénico, velas, toldillos, hamacas, fósforos, repelente, etc. así como del bienestar de las mujeres y los niños **3. Aseo**, encargado de organizar el salón donde ocurrían los talleres, los dormitorios, los baños y cualquier otro lugar de la comunidad; **4. Deporte**, se encargaba de hacer dinámicas o juegos durante el taller y en los descansos, organizar en las tardes partidos de microfútbol, baloncesto y voleibol, así como el espacio donde era proyectada una película para toda la comunidad después de cada taller.



El último taller se realizó en la sede del municipio. Tuvo una duración de un día, fue dedicado a la evaluación del proyecto y a la realización de la clausura, que estuvo abierta a todos los habitantes de Puerto Nariño. Las mujeres presentaron sus trabajos finales por grupo, escogiendo un tema libre, y enfocándose en la manera de enseñar el cuidado de la salud a los otros miembros de la comunidad.

Tabla No. 3. Distribución por grupo de edad de las mujeres indígenas que participaron en el proyecto.

Grupo de edad	Número	%	Grupo étnico	Número	%
Menos de 20 años	10	24.39	Ticuna	32	78.05
De 20 a 29 años	8	19.51	Cocama	4	9.76
De 30 a 39 años	10	24.39	Yagua	2	4.88
De 40 a 49 años	1	2.44	Uitoto	1	2.44
De 50 a 59 años	9	21.95	Miraña	1	2.44
60 o más años	3	7.32	Andoque	1	2.44
Total	41	100.00	Total	41	100.00

El seguimiento

Esta fase del proyecto se realizó a través de un intenso trabajo de campo. A medida que el proceso iba avanzando, se observó el crecimiento de cada una de las mujeres y del equipo de facilitadores. El primer trabajo de campo sirvió para que todas las personas de las comunidades pudieran aclarar sus dudas respecto al proyecto, pues habían escuchado hablar de él a través de sus líderes (curacas y representantes) así como por las mujeres. Cada vez que la enfermera recorría cada comunidad y asistía a las reuniones programadas por las mujeres, acompañándolas también en las labores cotidianas, fueron aumentando las relaciones de confianza y se fue fortaleciendo el trabajo educativo.

Las abuelas dieron un aporte significativo en esta etapa. Hablando en su propia lengua, explicaban aspectos de la medicina tradicional a las mujeres participantes del proyecto; ellas expresaron su satisfacción al ver cómo las jóvenes se estaban interesando por las plantas medicinales y recetas que eran usadas ancestralmente. Otro aspecto para resaltar fue la forma en que



las indígenas más jóvenes fueron venciendo la timidez inicial para hablar en público (frente a otras mujeres de sus propias comunidades); esas jóvenes comenzaron a traducir desde el español a su propia lengua, los temas trabajados en cada taller y en las reuniones convocadas por las mismas mujeres.

Otro resultado importante fue la decisión que tomó el grupo de mujeres de crear una huerta con plantas medicinales (tomando como ejemplo la que existía en la comunidad de San Juan del Socó desde antes del inicio del proyecto) y por sugerencia de la enfermera, hacer un herbario (o álbum) con las principales plantas usadas.

El diagnóstico

En cada comunidad, el grupo de mujeres en conjunto con los promotores de salud y los otros miembros de la comunidad, construyeron un diagnóstico comunitario de los principales problemas de salud existentes. Es de resaltar que éste no fue un proceso aislado y sirvió para un autoanálisis de la situación de salud en cada localidad. En forma general, la mayor parte de las localidades comparten la prevalencia de patologías como las enfermedades respiratorias y la enfermedad diarreica aguda; pero la presencia de casos de malaria fue mayor en algunos lugares como en Tipisca y las cabeceras del río Loretoyaco; en las demás comunidades, la malaria no es un problema. Uno de los logros más importantes de este diagnóstico fue generar una discusión más profunda a la enumeración de casos; se determinaron también sus causas, determinantes de riesgo y protección (siendo éstos espaciales, biológicos, sociales o culturales) y sus posibles consecuencias.

De otro lado, de la experiencia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que había realizado el “Diagnóstico social situacional” en el municipio de Puerto Nariño e invitado a las mujeres del proyecto a participar como cuidadoras de la salud a nivel comunitario en el año 2002, surgieron valiosos aportes para la construcción de este diagnóstico, puesto que ya había sido desarrollada una estrategia de participación y observación de las condiciones de vida de la localidad (Murillo, 2003; Suárez-Mutis, 2003). Durante el año 2004, el programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría Departamental de Salud retomó el proceso de capacitación en los temas de gestación, parto y puerperio tomando como punto de apoyo la documentación desarrollada por el proyecto Mujer y Salud. La experiencia positiva generada en los años anteriores, permitió sin duda, que los líderes



de las comunidades se dispusieran a concertar un nuevo proceso de capacitación (Claudia Mora, comunicación personal).

El material didáctico y las técnicas pedagógicas

El material construido específicamente para esta capacitación tuvo una notable evolución en forma y contenidos a lo largo del proyecto. Al final del mismo se obtuvo un manual, con información simple pero completa, toda una serie de materiales de apoyo audiovisual específico de cada tema y varios videos obtenidos en colaboración con otras instituciones. El contenido y presentación de los materiales forjaron importantes debates por parte de los facilitadores, mujeres y comunidades, que permitió replantear alternativas más válidas para el medio amazónico y más acordes con la realidad indígena, proyectando, incluso, la posibilidad de realizar nuevos videos creados por ellos mismos. También fueron elaborados varios juegos didácticos, entre ellos una lotería sobre salud reproductiva femenina. En este aspecto, vale la pena destacar que no existía material similar y su producción necesitaría de mayor disponibilidad de tiempo, con el fin de que las multiplicadoras trabajen con los conocimientos y con los recursos habituales de la vida diaria de sus comunidades, recojan la mayor cantidad de inquietudes al respecto, caminen con los conocimientos adquiridos por un período de tiempo y, así, a la hora de elaborar un material definitivo, éste sea de la mejor calidad posible.

Algunos aspectos a destacar en esta etapa fueron la creación de canciones originales en lengua Ticuna (etnia mayoritaria en el departamento del Amazonas) y la enorme cantidad y calidad de presentaciones que realizaron en la «clausura». Las canciones populares adaptadas son un elemento indispensable en las comunidades indígenas, eficaz método de transmisión oral y de fácil aprendizaje para los niños. Otro material importante que produjeron las mujeres fueron las carteleras en las que se recogió el trabajo, encaminado a la revisión de las pautas de crecimiento «occidentales» para su aplicación y comparación en las comunidades. Finalmente, están las curvas de crecimiento adaptadas a la realidad indígena, aún en elaboración, cuyos resultados pueden ser aprovechados tanto por las mujeres como por los servicios de salud.

Los facilitadores reforzaron ideas que ya se tenían al inicio del proyecto sobre la forma, contenido, lenguaje y dinámicas a utilizar, demostrando la importancia de la elección de metodologías dinámicas y participativas; el



espacio que se le debe dar al diálogo; el valor de la imagen, de las canciones y de otras formas de enseñar-aprender. Los contenidos deben ser claros, el lenguaje sencillo y lógico; la presencia de imágenes para cada tema y un hilo conductor lógico (como la confección de un canasto) son esenciales para definir conceptos y discutir sobre la causalidad o los orígenes, dependiendo del caso. Aunque se enseñaron algunas formas de usos de plantas medicinales, fue claro que en el primer momento no era posible compartir ciertos conocimientos tradicionales con el grupo de facilitadores. El espacio de confianza se debe cultivar como uno de los grandes pilares para la ejecución satisfactoria de proyectos con pueblos indígenas, lo cual amerita atención y paciencia, pues los tiempos que se manejan son diferentes a los de la sociedad mayor.

Resultados de impacto

Se requiere más tiempo para evaluar los resultados de impacto. No obstante, el proyecto permitió crear una mejor conciencia sobre los límites de los tratamientos que se pueden hacer en casa usando los remedios de la medicina tradicional, detectando oportunamente los determinantes de riesgo y signos de alarma para buscar atención hospitalaria. El estado de salud empieza a mejorar cuando la comunidad se hace consciente de los problemas de salud que existen, entendiendo que no se diagnostica lo que no se sospecha. La evaluación al final del proyecto permitió verificar que la cantidad de información que se había intercambiado entre los facilitadores y las comunidades e igualmente entre las mujeres, no solo se fue afinando hasta hacerse precisa y correcta, sino que abarcó diferentes aspectos de las patologías, desde su prevención hasta su tratamiento. Las actividades preventivas, (verificadas en el trabajo de campo) se definieron, a través de conversaciones con otras mujeres de las comunidades o de visitas conjuntas con los promotores. En este sentido, se fue generando un nuevo método de trabajo y se observaron relaciones de solidaridad femenina no percibidas anteriormente.

En cuanto al perfil epidemiológico, todo indica que si éste se consolida como estaba ocurriendo durante el seguimiento hasta el fin del proceso, permitiría encontrar cambios en el perfil de morbilidad y especialmente el de mortalidad, debido a las patologías infecciosas y los problemas urgentes y de resolución rápida como los accidentes. Este proceso necesita de una nueva evaluación.



Para el grupo de mujeres se reveló que existen otros aspectos en los determinantes de riesgo para las enfermedades que escapan del área directa de la salud y que necesitan un abordaje antropológico y sociológico. Desde el trabajo en salud planteado por el proyecto se concluyó que el logro de tener mayores conocimientos (ej. de los métodos anticonceptivos, de los riesgos de las relaciones sexuales con múltiples compañeros y sin protección, del inicio precoz de las relaciones sexuales, etc.) favorece el cambio de actitudes. Un objetivo del proceso era el fortalecimiento del papel de la mujer en la sociedad indígena. Sin duda, el papel de las mujeres que asistieron al taller fue reconocido y apoyado por las comunidades. Ellas, a su vez, reconocieron poseer un nivel de conocimiento sobre salud, un papel importante en la prevención de la enfermedad y un rol social que permite su participación “con fundamento” en la toma de ciertas decisiones. De esta forma, el proyecto y la capacitación fueron una base visible para su desempeño en la vida cotidiana. Aunque el proceso tuvo dificultades en varias comunidades, el fortalecimiento de las propias mujeres permitió en un lapso de tiempo, realmente más corto de lo que se podría haber esperado, dar un giro hacia una situación de aceptación por parte del segmento masculino de la comunidad; no solo por la rapidez sino también por las barreras de los hombres a la participación exclusivamente femenina en la capacitación, que corresponde a una *idiosincrasia* indígena muy arraigada y aun así, se consiguió superar. No fue el grupo de facilitadores quienes intervinieron en este punto, sino las propias mujeres en sus comunidades, encontrando en conjunto soluciones (por ejemplo: ante el miedo de que las mujeres fueran a los talleres “a divertirse y engañar al marido”, hubo hombres que asistieron a los talleres, pero con el papel tácito de cuidar a los niños, ayudar a preparar los alojamientos, buscar leña, ir a pescar, buscar alimentos, etc., pero nunca participando en el taller como tal).

Luego de su proceso de participación en la planeación y logística de los talleres, el grupo de mujeres llegó también a varias conclusiones en cuanto a sus expectativas y proyecciones a futuro. Sintieron la necesidad de crear una asociación que permitiera continuar con la capacitación a nivel comunitario, enfocándose en la recolección de resultados y resolución de dudas. Posiblemente una segunda fase del proyecto ofrecería la opción de adecuar y validar los materiales producidos en este proceso y la creación de otros dirigidos a la prevención en salud comunitaria con base en el conocimiento tradicional.



Durante la realización de los talleres, fue una constante el fomento de la concertación y el diálogo sobre las causas de enfermar y sus alternativas de solución, pudiendo así ser discutidas y revaloradas de parte y parte, esto fue favorecido por la participación cada vez más activa de las mujeres. En este punto, cabe decir que fue posible mostrar a los facilitadores varios de los remedios naturales usados, mientras que otros fueron discutidos solo al interior del grupo de mujeres. Dentro del sincretismo obtenido entre ambos saberes (occidental y tradicional indígena), se evidenció la enorme disponibilidad de las mujeres a revalorar los conocimientos tradicionales y los no tradicionales con los facilitadores, que eran resultado muchas veces de información incompleta, fragmentaria, simplista, tantas veces errónea desde otros canales o elaborada a partir del saber popular. Los facilitadores lograron también revalorar su posición frente a los conocimientos tradicionales en función de los resultados conocidos, por su experiencia previa en las comunidades, o los conocimientos reafirmados por las abuelas.

Las mujeres mostraron además un potencial extraordinario de creatividad y originalidad; tienen un gran saber tradicional (siglos y siglos de práctica) que son capaces de unir con nuevos conocimientos sin destruir ni los unos ni los otros, encontrando incluso puntos donde se pueden potenciar. Todo esto enriqueció enormemente la última parte de los talleres y facilitó la sistematización de las soluciones propuestas por la sociedad occidental y las soluciones propuestas por las sociedades indígenas, estudiándose la viabilidad de ambas en cada caso y procediendo a las adaptaciones de una y de la otra cuando era posible.

Por otra parte, se hizo una reflexión y evaluación de los efectos y cambios que un proyecto como éste podía generar sobre las comunidades; se descubrieron reglas de utilización de responsabilidades y beneficios. Se encontraron cambios a nivel personal, familiar, comunitario e intercomunitario. El proyecto generó enormes cambios reconocidos por todos, incluso de forma «oficial» por el curaca mayor de Puerto Nariño. El movimiento social que se generó con los talleres fue el más intenso, de causa no violenta, que se había conseguido hasta ese momento. No era sólo la cantidad de gente que se desplazaba sino la calidad y asiduidad de las personas: mujeres, abuelas y niños. Las mujeres se desempeñaron con objetivos más ambiciosos y en un proceso real de aprendizaje, a diferencia del interés que manifestaron otros miembros de la comunidad que sólo participaron en el segmento de depor-



tes. Lo que significa que la responsabilidad está en función de la posesión del conocimiento.

Finalmente es necesario destacar que aunque el proyecto tuvo mucho éxito tanto en los resultados del proceso como de impacto, una segunda parte sería necesaria para evaluar después de varios años qué ocurrió con la iniciativa de conformación de una asociación de mujeres, con los procesos iniciados y con los materiales entregados.

Figura 1. Imágenes del desarrollo de los talleres.



Una de las abuelas en la práctica con el termómetro. A cada mujer se le entregó una lupa para facilitar la visualización.



Durante el proyecto, por iniciativa propia, las mujeres fueron pintando los bolsos en que guardaban los materiales recibidos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen especialmente a Pablo Montoya y Solangel Marín por haber escrito una primera versión del proyecto; a Salomé y Hugo Hensini por los aportes conceptuales y metodológicos desde el inicio del proyecto, a Adriana Ayala por la ayuda en el trabajo de campo, a Marcela Garcés por la evaluación final y a Claudia Mora por la revisión del manuscrito. Igualmente a la Universidad Nacional de Colombia, sede Amazonas, que fue referencia durante el proceso de capacitación. Finalmente, al apoyo continuo del Cabildo Indígena Mayor del Municipio de Puerto Nariño así como a todos los miembros de las comunidades, tanto hombres como mujeres que permitieron que el trabajo fuera posible.



BIBLIOGRAFÍA

- Browner, Carole H. (1991). "Gender Politics in the Distribution of Therapeutic Herbal Knowledge". *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 5: (2): 99-132.
- Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. En <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acessado en 20/09/2008
- Díaz, C.M. y Cristancho, S. (1999). Informes de trabajo de campo de las concertaciones con las comunidades indígenas de los ríos Mirití, Apaporis, Caquetá, Igaraparaná y Putumayo. Secretaría Departamental de Salud del Amazonas. Documento mimeografiado.
- Freire P. (1975). *Pedagogía do oprimido*. Paz e Terra. 2 ed. Río de Janeiro. 107 p.
- Garnelo, L. y Langdon, E.J. (2005). "A Antropologia e a reformulação das práticas sanitarias na atenção básica a saúde. En: De Souza Minayo, M. y Coimbra, C. Jr. *Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e humanas em saúde na América Latina*. Editora Fiocruz. Río de Janeiro. Págs. 133-156.
- González, J. y Montoya, P. (1998). *Informe sobre el trabajo de salud en comunidades indígenas resguardo Yaigoje Apaporis del río Bajo Apaporis. Noviembre 1997 a Marzo 1998*. Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Mitú (Mimeografiado).
- Kouyaté, B.; Somé F, Jahn, A.; Coulibaly, B.; Eriksen, J.; Sauerborn, R.; Gustafsson, L.; Tomson, G.; Becher, H.; Mueller, O. (2008). "Process and effects of a community intervention on malaria in rural Burkina Faso: randomized controlled trial". *Malaria Journal* 7:50 doi: 10.1186/1475-2875-7-50.
- Langdon, E.J. (1994). "Representações de doença e itinerário terapêutico entre os siona da Amazônia Colombiana. In: Ricardo Santos; Carlos Coimbra (Org.). *Saúde de povos indígenas*. Fiocruz. Río de Janeiro. Pág. 115-142.
- Mahecha, D. (2004). Formación de massá goro "personas verdaderas". Pautas de crianza entre los macuna del Bajo Apaporis. Tesis de maestría en Estudios Amazónicos. Universidad Nacional de Colombia. Sede Amazonas.
- Murillo, J.C. (2003). Diagnóstico social situacional del municipio de Puerto Nariño. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Mimeografiado.



- Reyes, G.L. (2008). Analogías y antagonismos en salud sexual y reproductiva entre población Ticuna y los servicios de salud del municipio de Leticia. Tesis de maestría en Estudios Amazónicos. Universidad Nacional de Colombia. Sede Amazonas.
- Riaño, E. (2003). *Organizando su espacio, construyendo su territorio. Transformaciones de los asentamientos Ticuna en la ribera del Amazonas colombiano*. Universidad Nacional de Colombia sede Amazonia. Bogotá.
- Suárez-Mutis, M.C.; Murillo, J.C.; Camacho, H.; Laborde, R. (2003). Estudio comparativo de la morbilidad de los servicios de salud y la morbilidad sentida por la población en el municipio de Leticia, Amazonas. En: *I Encuentro de Investigadores de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia*. Unibiblos. Bogotá. 2002.
- Suárez- Mutis, M.C. (2001). "Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas" *Revista Salud Pública*. 3(supl 1): 71-84.
- Suárez-Mutis, M.C. (2001b) . "Una propuesta de modelo de salud para los pueblos indígenas de la Amazonia". En: Franky, C.; Zárate, C. (Org.). *IMANI Mundo*. Unibiblos. Bogotá. Pág. 173-195.



II Parte



Plantas medicinales y productos naturales: una alternativa sostenible





Estudio etnofarmacológico de las plantas medicinales usadas en el Caribe colombiano

*Harold Gómez Estrada¹,
Lionel Germosén-Robineau² y Emmanuel Nossin³*

RESUMEN

Esta investigación etnofarmacológica de Tramil (Programa de investigación aplicada a la medicina popular del Caribe) se llevó a cabo al norte del Departamento de Bolívar, una extensa región del Caribe colombiano, a fin de describir los usos más significativos de plantas medicinales en la medicina tradicional. Trescientas personas fueron entrevistadas en diferentes regiones del departamento. Para las veinte (20) plantas medicinales más usadas se reporta el nombre científico, nombre común, modo de preparación y la indicación terapéutica. Las plantas son usadas principalmente para el tratamiento de enfermedades del sistema respiratorio, gastrointestinal, complicaciones del sistema nervioso y como agentes antiinflamatorios.

¹ Profesor Facultad de Ciencias Farmacéuticas. Universidad de Cartagena, Colombia. Grupo de Investigación en Química de Medicamentos. gomez_harold@yahoo.com / hgomez@unicartagena.edu.co

² Asesor de UAG &Tramil (Traditional Medicine of Islands), Guadalupe & República Dominicana. tramilweb@gmail.com

³ Asesor de Tramil (Traditional Medicine of Islands) -Martinica: e.nossin@ool.fr



ABSTRACT

This ethnopharmacological study Tramil (Applied research on the traditional popular medicine in the caribbean) was undertaken in north of the Bolivar Department, an extensive region at the Colombian Caribbean, in order to describe the most significant uses of medicinal plants in folk medicine. Three hundred individuals were interviewed throughout different regions of the Department. The scientific name, common name, parts of the plant used, modes of preparation and therapeutic indication for the twenty (20) plants more used is reported. Plants are used mainly for the treatment of respiratory tract diseases, gastrointestinal system disorders, infections, urinary ailments, central nervous system complaints, and as agents for inflammatory diseases.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la etnobotánica es una herramienta fundamental para el uso de las plantas como alternativa terapéutica y se ha convertido en pieza clave en la validación científica de su uso, que finalmente favorece la racionalización de las prácticas de salud basadas en el uso de plantas medicinales y búsqueda de potenciales sustancias bioactivas (Heinrich, 2000).

Muchos científicos han venido trabajando directamente con comunidades campesinas e indígenas que no cuentan con acceso a medicina “oficial” y que usan directamente los recursos naturales para el tratamiento de sus problemas de salud. De hecho, la reevaluación del enfoque con respecto a la medicina tradicional sufrió a la experiencia oriental. Al inicio de los años setenta, la Organización Mundial de la Salud empezó a prestar atención a los éxitos alcanzados por China en la solución de la atención primaria en salud con el uso de sus recursos vegetales y sus numerosas tradiciones ancestrales. Los chinos habían logrado reducir la tasa de mortalidad de 25 por cada 1.000 habitantes a 6,2 por cada 1.000 en un período de 21 años, empezando en 1949. Utilizando las plantas medicinales, habían logrado ser autosuficientes en medicamentos e impulsar los programas de salud para una población de casi mil millones de habitantes, equivalente en ese entonces a toda Europa occidental y Norteamérica juntas. Desde entonces, y con el aval de la OMS, la investigación de los “remedios” tradicionales de muchas culturas cobró nuevo interés para los investigadores en todo el mundo,



quienes centraron sus primeros esfuerzos en países de gran biodiversidad y riqueza cultural (OMS, 2008).

A finales del siglo XX ya existían numerosos trabajos de revisión de farmacopeas “indígenas” y “tradicionales” con el fin de satisfacer demandas de salud en comunidades marginales y con escaso acceso a sistemas “formales” de salud. Posteriormente, los resultados de la evaluación y validación de dichas farmacopeas fueron tema de encuentros internacionales y reuniones entre universidades, institutos de investigación, industria farmacéutica, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (Barrera, 2005).

Si tenemos en cuenta que, según datos de la OMS, más del 80% de la población mundial recurre a la medicina tradicional para solucionar sus problemas de salud y al mismo tiempo muchos estudios demuestran que en Colombia numerosas comunidades indígenas, campesinas, afro-colombianas y marginadas utilizan plantas medicinales como elemento fundamental de su sistema médico tradicional (profundamente ligado a su esquema social y cultural), se puede afirmar que, dada la gran biodiversidad de nuestro país, nos encontramos frente a una fuente casi inagotable de investigación y de valiosos recursos para nuestro desarrollo sostenible (OMS, 2008). De hecho, los investigadores estiman que en los trópicos se encuentran dos terceras partes de las especies vegetales existentes en el mundo, de las cuales se cree que al menos un 10% tienen valor medicinal. En medio de esa riqueza, Colombia cuenta con el 10% de la diversidad biológica mundial gracias a la gran variedad de climas y la particular topografía de su territorio que ha favorecido el desarrollo de diferentes hábitats para la vegetación, representada en unas 50.000 especies de plantas (Miller, 1993).

Conocida también por su variada riqueza geográfica y cultural, Colombia ha generado un marcado interés por la investigación de sus recursos con fines científicos y comerciales y se han explorado diversos mecanismos para lograr ese objetivo. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, pues se presume que hasta la fecha tan sólo se conoce cerca del 70% de la flora de Colombia (Miller, 1993).

Por todo lo anteriormente expuesto ha surgido una estrategia de colaboración internacional con el fin de sacar el máximo beneficio de los procedimientos conjuntos. La biodiversidad se ha ganado de manera justificada la posición de preocupación mundial, discutida por gobiernos y en foros internacionales a



los niveles más altos. En el ámbito de la salud, la medicina tradicional basada en productos silvestres, además de formar las bases del servicio de salud primario para la mayor parte de la humanidad, es responsable de que una cuarta parte de todas las recetas médicas en muchos países desarrollados contengan principios activos derivados de plantas. Gran parte de estos avances fueron posibles gracias a la etnobotánica, una ciencia que prácticamente resurgió de sus cenizas para convertirse en una disciplina en pleno auge.

Etnobotánica

Desde que emergió el renovado interés por la etnobotánica como ciencia novel a partir de una tendencia universitaria que criticaba el abandono en que se encontraba la flora medicinal y el estudio de las prácticas populares con relación a su uso, el volumen de información sobre plantas medicinales y sistemas médicos tradicionales se ha incrementado de manera exponencial, gracias en parte a los recursos electrónicos para el manejo de información. Impulsados por el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, que creó en 1975 el Programa de Promoción y Desarrollo de las Medicinas Tradicionales, miles de investigadores jóvenes de África, Asia e Iberoamérica se lanzaron al rescate de las culturas médicas autóctonas; se comenzaron a realizar investigaciones bajo la consigna de devolver a la medicina occidental su vinculación con la naturaleza y su fundamento cultural. Durante los últimos años se han estado reivindicando los valores ecológico, genético, económico y cultural de los sistemas tradicionales de manejo de la naturaleza. Su conocimiento ha revelado que, lejos de constituir prácticas irrelevantes e ineficientes, obedecen a un juicio racional acorde con el medio en que se desarrollan, esto quiere decir que en lugar de eliminarlos, como se trató de hacer alguna vez, hay que conservarlos y desarrollarlos (Begossi, 1996; Martínez, 1991; Ministerio de Salud de Colombia, 1992; Pinzón y col., 1996).

Actualmente, la etnobotánica es considerada una disciplina de importancia no sólo por químicos que buscan nuevas sustancias, sino por antropólogos, sociólogos y otros profesionales de las ciencias sociales. El término *etnobotánica* fue usado por primera vez por el médico y botánico norteamericano Harshberger en 1896, quien la definió como “*el estudio de las plantas utilizadas por los primitivos aborígenes*”. Esta disciplina ha sido definida posteriormente como “el estudio de las interrelaciones directas entre el hombre y las plantas”, un campo interdisciplinario que comprende el estudio, interpretación y conservación del conocimiento, significado cultural, manejo y



usos tradicionales de los elementos de la flora, transmitidos a través del tiempo por un grupo humano caracterizado por tener su propia cultura (Barrera, 2005).

En términos generales, se puede decir que en la etnobotánica hay cuatro aspectos relacionados entre sí: 1. El registro básico del conocimiento botánico tradicional (etnobotánica básica), 2. La evaluación cuantitativa del uso y manejo de los recursos vegetales (etnobotánica cuantitativa), 3. La evaluación experimental de los beneficios derivados de las plantas, tanto para la subsistencia como para fines comerciales (etnobotánica experimental) y 4. Los proyectos aplicados que buscan que la población local obtenga el máximo beneficio de sus conocimientos y de sus recursos ecológicos (Barcenas y col., 1978). Este trabajo puede ubicarse dentro del contexto general de etnobotánica básica, etnobotánica cuantitativa con aplicación de proyectos sociales, puesto que fue concebido fundamentalmente para lograr el registro del conocimiento médico-botánico tradicional de los habitantes de la región norte de Colombia, sistematizar los resultados en un medio de fácil manejo y la retroalimentación del conocimiento validado a las comunidades, a través de varios programas de difusión y de la Farmacopea Vegetal Caribeña, punto de partida para devolver la información científica derivada de cada especie vegetal a las comunidades participantes.

Etnobotánica y etnofarmacología en el mundo

Debido a que la etnobotánica resurgió impulsada más por un entusiasta movimiento universitario en la década de los 70 que por una evidente rigurosidad científica de su metodología, se puede afirmar que al principio, y por carecer de estrategias definidas, era considerada por muchos científicos ortodoxos como una pseudo-ciencia. Al principio los investigadores se dedicaron a realizar inventarios de la flora y las costumbres de pueblos aislados y comunidades indígenas, utilizando herramientas descriptivas, sin realizar ningún análisis riguroso de los datos recopilados. Sin embargo, ese primer paso fue sin duda de gran importancia para rescatar valiosos conocimientos y al mismo tiempo sentar las bases de una disciplina verdaderamente científica.

En el campo de la etnofarmacología se han venido realizando trabajos con verdadera rigurosidad científica desde finales de los ochenta del siglo pasado. Akerele consideró la importancia de las plantas medicinales en Aten-



ción Primaria en salud como herramienta de desarrollo de los países pobres mientras que Balick estudió con herramientas cuantitativas las plantas útiles de la Amazonia, mostrando cómo es posible orientar la identificación de agentes terapéuticos usando criterios etnobotánicos (Akerle, 1988; Balick, 1985).

Varios autores como Farnsworth, Bingel y Soejarto han defendido el uso de plantas medicinales ante organismos como la OMS. Michael Heinrich, del Centro de Farmacognosia y Fitoterapia de la Escuela de Farmacia de la Universidad de Londres, ha estudiado el uso de plantas medicinales en comunidades indígenas mexicanas con técnicas basadas en el consenso de informantes como herramienta para el desarrollo de nuevos fármacos. Ankli ha trabajado con comunidades Mayas mientras que Schultes lo ha hecho en Sudamérica con comunidades amazónicas y andinas (Farnsworth y col., 1985; Heinrich, 2000; Ankli y col., 1999; Schultes y col., 1977).

El grupo Tramil (*Traditional Medicine of Islands*) se ha destacado como investigador de la flora medicinal del Caribe, incluyendo algunos territorios de Colombia. Tramil tiene como propósito racionalizar las prácticas de salud basadas en el uso de plantas medicinales, validando y revalorizando los aspectos útiles de las tradiciones terapéuticas populares locales, mediante estudios científicos realizados a través de redes internacionales que trabajan en colaboración (Germosén y Soejarto, 1996; Tramil, 2005).

Actualmente existen varias organizaciones dedicadas a fomentar intereses similares, aunque más amplios, como la organización *People and Plants*, con el apoyo del Real Jardín Botánico de Kew, en Gran Bretaña, y su Centro de Botánica Económica.

Seguramente no es posible mencionar a todas las organizaciones, institutos y universidades comprometidas con la etnofarmacología. No obstante, sí es posible referirse a aquellas cuya metodología y objetivos se acercan a los nuestros. En este aspecto es importante señalar también el proyecto Kinabalu (en Malasia), en el que investigadores colectan muestras de plantas promisorias que la comunidad les señala para su posterior estudio en las instalaciones del Museo de Historia Natural del Parque de Kinabalu. Se realiza un *screening* preliminar y luego se estudian en los laboratorios de farmacología las especies más promisorias (Martin, 1995).



Etnobotánica en Colombia

La etnobotánica en Colombia se ha venido desarrollando en varias líneas de investigación entre las que se cuenta la etnomedicina, recopilando información sobre plantas medicinales utilizadas en zonas campesinas, indígenas o mercados urbanos. Aunque las políticas del Ministerio de Protección Social y el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas (Colciencias) impulsan la investigación sobre el conocimiento y prácticas de comunidades locales, las cuales servirán de fundamento a las decisiones ambientales del Estado, en Colombia el desarrollo de este tipo de trabajos ha sido un poco más lento.

De todas formas, con la Política Nacional de Biodiversidad se busca identificar posibles usos derivados y procesos artesanales e industriales de la biodiversidad a partir del análisis comparativo de estrategias de manejo de biodiversidad en diferentes culturas. Este plan contempla mecanismos para la recopilación y consolidación del etnoconocimiento y proyectos que permitan su reversión y socialización en las comunidades. Es interesante mencionar que el Ministerio de la Protección Social se ha mostrado interesado en proyectos que involucran usos medicinales y desarrollo de fitofármacos. También ha venido trabajando en un proceso de análisis de las culturas médicas tradicionales y terapéuticas alternativas, de modo que los actores involucrados puedan concertar los caminos y procedimientos adecuados para articularlos a los servicios y prácticas institucionales de salud (Departamento Nacional de Planeación, 1996; Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander Von Humboldt, 2000).

En 1994, un grupo de estudio conformado por representantes del Ministerio de Salud (conocido hoy en día como Ministerio de Protección Social) y de la Comisión Revisora de Productos Farmacéuticos, las universidades del país, los productores, comercializadores, cultivadores y otros grupos involucrados con los productos naturales, realizaron talleres en los que se llegó a un consenso sobre la reglamentación de los productos naturales en Colombia. De este trabajo surgió un listado de 64 plantas medicinales aprobadas en Colombia por la Comisión Revisora de Productos Farmacéuticos (Fonnegra y Jiménez, 1999).



Aparte de las plantas medicinales aprobadas en Colombia, hay compilaciones textuales importantes y de gran valor académico, tales como los trabajos de García Barriga y Pérez Arbelaez (García, 1992; Pérez, 1947). Asimismo, se destacan las colecciones “Colombia, Diversidad Biótica” y “Especies promisorias del Convenio Andrés Bello”. Son también importantes los trabajos de Acero Duarte sobre las plantas útiles de la Amazonia y Forero en la costa pacífica, más concretamente en las comunidades Cuna y Waunana en el Chocó. También se trabaja actualmente en la Universidad Nacional, la Universidad de Antioquia y la Universidad del Valle (estas dos últimas poseen vínculos interinstitucionales con Tramil) (Instituto de Ciencias Naturales, 1997; Secretaría Ejecutiva del Convenio Andrés Bello, 1989). Se espera que en los próximos años, el número de trabajos publicados tanto en formato impreso como en formato electrónico relacionados con plantas medicinales y saber etnobotánico aumente considerablemente.

Desde hace muchos años el grupo de investigación en productos naturales de la Universidad de Cartagena ha venido trabajando con las poblaciones camerinas de su zona de influencia a fin de desarrollar una base de datos etnofarmacológica, en colaboración con el grupo Tramil. A continuación daremos una descripción de la metodología y los principales resultados derivados de nuestros trabajos.

METODOLOGÍA

Ámbito de estudio

La región de estudio está ubicada al norte de Colombia entre los 75°05' y los 75°55' de longitud oeste y entre los 10°05' y los 10°45' de latitud norte (Figura 1). La temperatura media anual de esta región oscila entre 25°C y 33°C. Por lo general, la humedad relativa es de un 80%. Se alternan periodos de lluvia y sequía: durante los meses de enero y febrero la precipitación es prácticamente inexistente y comienza a llover a partir de la segunda quincena de marzo hasta mayo inclusive; en junio, julio y agosto se da el llamado “veranillo de San Juan”, con lluvias aisladas. Las lluvias regresan en septiembre, hasta noviembre. Diciembre es un mes caracterizado por vientos fríos, con pocas lluvias. Los vientos Alisios del noreste predominan en la zona norte de la región Caribe, alcanzando velocidades promedio de 0.9, 1.3 y 2.2 metros/segundo. Estos soplan del Noroeste y al



chocar con los relieves montañosos son obligados a ascender ocasionando que el vapor se condense y caiga en forma de lluvias, influyendo sobre el régimen de éstas.

Figura 1. Sitio de estudio y zona de recolección de la información etnobotánica.





Los bosques naturales son casi inexistentes, debido a la fuerte intervención del hombre y al tipo de actividades económicas que se desarrollan. Lo anterior ha cambiado el uso de los suelos, la desaparición de especies vegetales especialmente en las estribaciones de las serranías. En zonas aledañas a Turbaco y Arjona, además de utilizar el suelo para la agricultura y ganadería, también existen explotaciones no sostenibles de canteras cuyas actividades producen el arrastre de materiales a ciénagas y otros cuerpos de agua. El recurso vegetal se utiliza en cuatro renglones principales: plantas medicinales, alimenticias, la construcción y artesanías.

La zona norte de Colombia se caracteriza por un alto grado de semejanza en la estructura de los relictos boscosos que allí se encuentran. En cada localidad cohabitan especies caducifolias y sempervirentes⁴, adaptadas a condiciones de extrema sequía y altas temperaturas. Abundan las hojas cactáceas, las plantas con exudados lechosos, acuosos, resinosos y/o venenosos, cáusticos o malolientes. También son comunes las espinas, las glándulas, el tomento suave y los pelos suaves o urticantes.

En las zonas influenciadas por la presencia permanente de aguas, o temporal por las inundaciones, el tipo de vegetación predominante es hidrófila o acuática, aunque las orillas de estos cuerpos de agua también han sido intervenidas por los habitantes ribereños, los cuales han talado la vegetación protectora para desarrollar sus actividades. (Álvarez y col., 1997).

Entre las especies características de esta zona del país se pueden mencionar: Pata de Vaca (*Bauhinia purpurea* Wall.), Pringamosa (*Urera baccifera* (L.) Gaudich. ex Wedd.), Trupillo (*Prosopis juliflora* (Sw.) DC.), Almendro(a) (*Terminalia catappa* L.), Caracolí (*Anacardium excelsum* (Kunth) Skeels), Clemón (*Thespesia populnea* (L.) Sol. ex Corrêa), Matarratón (*Gliricidia sepium* (Jacq.) Kunth ex Walp.), Totumo (*Crescentia cujete* L.), Ají (*Capsicum annum* L.), Anamú (*Petiveria alliacea* L.), Guayaba (*Psidium guajava* L.), Mamey (*Mammea americana* L.), Tomate (*Lycopersicon esculentum* Mill.) y Orégano (*Lippia graveolens* Kunth).

La vegetación correspondiente a los cultivos de pancoger es la de mayor cobertura del área, y está integrada por las especies: Maíz (*Zea maiz* Vell.),

⁴ Caducifolias hace referencia a los árboles o arbustos que pierden su follaje durante una parte del año. Sempervirentes se refiere a la vegetación que conserva su follaje verde todo el año.



Arroz (*Oryza sativa* L.), Yuca (*Manihot esculenta* Crantz), Plátano (*Musa X paradisiaca* L.), Ñame (*Dioscorea alata* L.), Ahuyama (*Cucurbita maxima* Duchesne), etc. (Cuadros, 1987).

En general, la población del caribe colombiano es de origen multiétnico, constituida principalmente por las razas mestiza, negra y blanca. La raza mestiza es el resultado de la mezcla entre el blanco (español), el indígena, el negro y el árabe. El mestizo habita en todas las regiones del departamento, mientras que el negro habita en su mayoría en la zona norte, especialmente en Cartagena y muchos corregimientos aledaños, así como en San Basilio de Palenque, la población más meridional del área de estudio, a unos 40 Km. de Cartagena. Esta última localidad es un corregimiento en donde se conservan la raza, las tradiciones y costumbres africanas y que se fue formando por los negros cimarrones que en época de la colonia huían al monte para escaparse de sus amos.

Por otra parte, el blanco habita en su gran mayoría en el norte y también en el centro. Esta raza en su mayoría son descendientes de razas españolas y árabes que se trasladaron en gran número a muchas regiones de Bolívar, especialmente Cartagena y Mompox que eran puertos comerciales muy importantes en época de la colonia.

Los habitantes de esta zona del país, y especialmente los negros, son de personalidad extrovertida y alegre, orgullosa y respetuosa ante sus costumbres y tradiciones las cuales conserva y enseña de generación en generación. Los hombres en su gran mayoría se dedican a la agricultura, mientras que en las zonas más próximas al litoral se explota la pesca y la actividad turística. Las mujeres de Palenque, por ejemplo, son las encargadas de llevar a la capital toda clase de frutas dulces, postres y trabajos de granjería para deleitar a la gente de esta parte del departamento y en especial a los turistas que llegan a las playas de Cartagena, a quienes también le ofrecen muchas de sus costumbres.

Todas las poblaciones de esta región colombiana cuentan con centros de salud (de primer nivel), y en algunos casos con Instituciones de mayor complejidad (en las poblaciones más grandes como Cartagena, Turbaco y Arjona). No obstante, la cobertura social del Estado no llega a todos los pobladores. Las condiciones sanitarias en que viven muchos de ellos son bastante precarias, no se dispone de una infraestructura adecuada de servicios públicos, y su prestación en muchos casos es bajo un completo abandono tecnológico.



Muchas poblaciones y corregimientos no cuentan con acueducto y, lo que es peor, esta región presenta una carencia considerable de fuentes permanentes de agua dulce; en su mayoría los Municipios se abastecen de arroyos fluviales que permanecen secos durante la época de verano. La única reserva estable de la zona es el canal del Dique, que también está en peligro de deterioro. Sumado a todo lo anterior se tiene la mala disposición final de desechos sólidos y basuras, lo cual indudablemente contribuye al deterioro de los ríos y el medio ambiente en general. Es común además ver en muchos pueblos (incluso en algunas zonas marginales de Cartagena) aguas negras transitando por las calles como parte integral del paisaje y, lo que es peor, niños jugando descalzos en medio de ellas. Todos estos factores afectan sin duda la salud de los pobladores de la zona (Rangel y col., 1987).

El recurso vegetal es usado ampliamente para tratar muchas enfermedades comunes. Aparte de ser un recurso económico y de fácil acceso, en muchos casos se asocian adicionalmente con la buena suerte y la limpieza espiritual. Existen especies que poseen un carácter sagrado para los pobladores, como el Olivo (*Capparis odoratissima* Jacq.) y la Albahaca (*Ocimum basilicum* L.), y se emplean para atraer la buena suerte o como amuleto protector. En términos generales la flora es un recurso muy respetado y apreciado pues se considera una dádiva divina, aunque el desconocimiento de ciertos factores relativos a la ecología y el aprovechamiento de la tierra no favorecen su desarrollo sostenible.

Encuestas etnobotánicas

Para la recolección de los conocimientos etnobotánicos en medicina tradicional, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, basadas en un formato-guía TRAMIL de encuesta, cuyo punto de partida no son las plantas sino los síntomas o problemas de salud tal y como son percibidos por las comunidades. Se obtuvo inicialmente información referente a los principales problemas de salud y la descripción popular del mismo, a partir de los cuales se indagó sobre el uso del recurso vegetal cuando se presentó la última vez dicho problema de salud. Adicionalmente se obtuvieron detalles sobre parte usada de la planta, forma de uso, vía de administración de las distintas plantas reportadas por los informantes y contraindicaciones. El número de encuestas fue definido estadísticamente, basado en el número de habitantes. En cada familia, la persona encuestada fue en su mayoría mujer cabeza de hogar, mayor de cincuenta años. (Trotter y Logan, 1986; Tramil, 2005).



Los encuestadores fueron todos estudiantes del programa de Farmacia de la Universidad de Cartagena. Durante su labor no se ciñeron estrictamente al formato de encuesta, sino que daban un margen de libertad para que el entrevistado expresara sus conocimientos de manera libre y espontánea. El formato solo ayudaba a guiar la entrevista y evitar desviaciones innecesarias del tema. Los encuestadores recibieron instrucciones claras para no forzar ni guiar las respuestas usando una lista de plantas medicinales preparada previamente.

A la fecha se han realizado más de 3.000 encuestas que reportaron alrededor de 250 especies vegetales. Muchas de las entrevistas acerca de las plantas medicinales se acompañaron de información adicional con respecto a detalles específicos de la especie, tales como: localización, forma de recolección, síntomas de la enfermedad, contraindicaciones, condiciones de recolección, reconocimiento de la especie y testimonios de experiencias personales. Esto se constituyó en una herramienta útil que, junto con la consulta de bibliografía y bancos de datos disponibles, facilitó el posterior manejo y depuración de la información.

El trabajo de campo se llevó a cabo hasta detectar un alto grado de consistencia entre la información suministrada por los informantes. Este período de tiempo incluye la realización de encuestas, la recolección de material vegetal, la toma de fotografías y registro audiovisual, así como visitas posteriores para confirmar y depurar los datos recolectados. Una vez logrado esto, se comenzó a organizar la información, empleando referencias bibliográficas, bases de datos, visitas al Jardín Botánico y consultas con especialistas nacionales e internacionales. Los *vouchers* de los especímenes recolectados por los estudiantes se depositaron en el laboratorio de Productos Naturales de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Cartagena y en el Herbario de la Universidad de Antioquia. La mayoría de las plantas fueron identificadas por comparación con especímenes auténticos y en algunos casos con la ayuda del personal del Jardín Botánico Guillermo Piñeres y otros especialistas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos recopilados se ordenaron y registraron en un medio electrónico que permite su fácil manejo, análisis y consulta. Además, a partir de esa



información se podrán realizar investigaciones con las especies más promisorias. La aplicación está siendo elaborada en formato *Visual Fox Pro* y contiene los siguientes campos: nombres vernáculos, nombre científico, familia, descripción botánica de la especie, usos, parte usada de la planta, forma de preparación, forma de administración, fotografía de cada planta y bibliografía relacionada.

A continuación se describen algunas especies vegetales y los principales usos tradicionales descritos por los pobladores de esta región de Colombia.

- ***Allium sativum* L.** (Liliaceae), nombre común (n.c.): Ajo. Planta medicinal aprobada en Colombia por la Comisión Revisora de Productos Farmacéuticos, para el tratamiento de la hipertensión arterial. En la costa norte del departamento de Bolívar el ajo se consume en forma de caldo, especialmente para tratar parásitos intestinales. Es común colgar un diente de ajo en el cuello de los niños para el tratamiento de este tipo de afecciones. En otros casos se consume machacado por vía oral. Se han comprobado científicamente las actividades antimicrobiana, antifúngica, antibacteriana y antihelmíntica.
- ***Annona purpurea* Moc. & Sessé ex Dunal** (Annonaceae), n.c.: Matimbá. Se le conoce también como «Guanábana engorda» por su semejanza con *Annona muricata* L. Las hojas de esta especie son empleadas para realizar baños con cierta devoción en casos de fiebre y gripa, debido a que muchos pobladores le atribuyen la propiedad de alejar las malas influencias (amuleto). Es interesante notar que los usos significativos se reportan administrados en forma de baños. El extracto de las semillas es insecticida y en otros países se ha usado con fines veterinarios.
- ***Chenopodium ambrosioides* L.** (Chenopodiaceae), n.c.: Hierba Santa. Planta aprobada en Colombia y de amplia importancia cultural en la región norte de Bolívar, usada contra parásitos intestinales en asociación con *Allium sativum* L. y *Momordica charantia* L. Los usos reportados contra diarreas, gastralgia, dolores de estómago y afecciones hepáticas pueden estar determinados por la misma infección por parásitos.
- ***Citrus aurantifolia* (Christm) Swingle** (Rutaceae), n.c.: Limón. El jugo de los frutos o la infusión de hojas o corteza de los frutos, por vía oral, para catarros y constipados en general. El jugo de limón, en aplicación



tópica para curar heridas, herpes y otras afecciones de la piel y el tratamiento de la diarrea. Las semillas hervidas en leche de vaca como vermífida.

- ***Crescentia cujete* L.** (Bignoniaceae), n.c.: Totumo. Planta ampliamente usada en la costa norte colombiana. El uso interno del fruto es muy extendido, no obstante, Tramil sugiere que esto va en detrimento de la salud a largo plazo. La pulpa del fruto posee acción cancerígena en el ratón por inducción de neoplasmas de tipo leucemia-linfoma. El extracto etanólico de la hoja presenta actividad antiinflamatoria. En la región norte es muy común preparar un jarabe con panela, en asociación con *Illicium anisatum* L. (Anís estrellado) y *Eucalyptus globulus* Labill. (Eucalipto).
- ***Gliricidia sepium* (Jacq.) Kunth ex Walp.** (Fabaceae), n.c.: Matarratón. Ha sido objeto de intensivas investigaciones a causa de su potencial de aumentar la productividad y sostenibilidad de sistemas agrícolas. Es utilizada en muchos países para proteger cultivos de té, café y cocoa principalmente, razón por la cual se le conoce vulgarmente como Madre de Cacao. En algunas regiones es también usada como veneno para ratones, de hecho la palabra *Gliricidia* proveniente del latín significa “veneno de ratón”. En decocción los pobladores la usan en formas de baños en algunas afecciones de la piel.
- ***Petiveria alliacea* L.** (Phytolaccaceae), n.c.: Anamú. Planta ampliamente usada en la costa norte colombiana. Muchas personas reportaron el uso de esta planta para el tratamiento de infecciones respiratorias, estados gripales y congestión nasal.

Otras plantas usadas tradicionalmente para el tratamiento de los problemas comunes de salud son:

- **Afecciones de la piel, granos y nacidos**
Aristolochia angucida Jacq., n.c.: Capitana, contracapitana. Parte usada: corteza y tallo.
Momordica charantia L., n.c.: Balsamina. Parte usada: hojas.
Aloe vera (L.) Burm. f., n.c.: Sábila. Parte usada: cristal de las hojas.
- **Conjuntivitis**
Matricaria chamomilla L., n.c.: Manzanilla. Parte usada: flores.



Dolencias urinarias (dolor en los riñones)

Russelia equisetiformis Schtdl. & Cham., n.c.: Cola de Caballo. Parte usada: planta completa.

- **Dolor de cabeza**

Alpinia purpurata (Vieill.) K. Schum., n.c.: Matandrea. Parte usada: hojas.
Ambrosia peruviana Willd., n.c. Artemisa, altamisa. Parte usada: hojas.
Origanum vulgare L., n.c.: Orégano. Parte usada: hojas.

- **Dolor de oído**

Euphorbia tithymaloides L., n.c.: Pitamorreal. Parte usada: hojas.

- **Dolor estomacal**

Ambrosia peruviana Willd., n.c. Artemisa, altamisa. Parte usada: hojas.
Matricaria chamomilla L., n.c.: Manzanilla. Parte usada: flores; cólicos estomacales.

- **Gripa, resfriado común, fiebre y congestión nasal**

Aloe vera (L.) Burm. f., n.c.: Sábila. Parte usada: cristal de las hojas.
Citrus sinensis (L.) Osbeck., n.c.: Naranja. Parte usada: hojas y la cáscara del fruto.
Eucalyptus camaldulensis Dehnh., n.c.: Eucalipto. Parte usada: hojas.
Guazuma ulmifolia Lam., n.c.: Guásimo. Parte usada: hojas y la corteza del tallo.

- **Inflamación**

Annona muricata L., n.c.: Guanábana. Parte usada: hojas.
Euphorbia tithymaloides L., n.c.: Pitamorreal. Parte usada: hojas.
Ricinus communis L., n.c.: Higuera. Parte usada: hojas.
Terminalia catappa L., n.c.: Almendro(a). Parte usada: hojas.
Malachra alceifolia Jacq., n.c.: Malva. Parte usada Hojas.

- **Insomnio, ansiedad y nerviosismo:**

Ocimum tenuiflorum Burm. f., n.c.: Toronjil. Parte usada: hojas.

- **Parásitos intestinales y diarrea**

Heliotropium indicum L., n.c.: Rabo de alacrán y verbena. Parte usada: hojas.
Momordica charantia L., n.c.: Balsamia. Parte usada: hojas y la planta entera.



Plantago major L., n.c.: Llantén. Parte usada hojas y el zumo de las hojas.

Psidium guajava L., n.c.: Guayaba. Parte usada: hojas y el fruto.

Durante el trabajo de campo se pudo observar que son muy populares las asociaciones para tratar afecciones respiratorias y los problemas intestinales causados por parásitos. Existe la creencia de que esto potencia el efecto de las plantas y acelera la curación. Con relación a este aspecto es necesario realizar investigaciones para validar las asociaciones frecuentes y establecer la existencia o no de posibles efectos secundarios. Además, algunas personas que sufren de enfermedades crónicas (hipertensos, artríticos, diabéticos, etc.) emplean medicamentos sintéticos para su tratamiento y eventualmente también recurren a plantas medicinales para curarse otras afecciones menores, por lo que existe desconocimiento de posibles interacciones con medicamentos y/o alimentos. De hecho, algunos informantes reportaron haber experimentado efectos adversos con relación al uso simultáneo de antihipertensivos y algunos remedios caseros (como *Melissa officinalis* L.).

Muchas plantas medicinales empleadas para tratar dolores, fiebres y resfriados, se emplean también en rituales de purificación caseros, generalmente con un manojo de hojas (siete hojas en la mayoría de los casos) asociando tres o siete plantas (estos números tienen connotación mágico-religiosa) en forma de baños, con el fin de alejar las malas energías (sacar la "sal", como se conoce a la mala suerte) o reponer las fuerzas de motivación del espíritu. Este uso se relaciona muy frecuentemente con la debilidad y el cansancio. Entre las plantas usadas para tal fin están Albahaca (*Ocimum basilicum* L.), Altamisa (*Ambrosia peruviana* Willd), el Olivo (*Capparis odoratissima* Jacq.) y la Matimbá (*Annona purpurea* Moc. & Sessé ex Dunal).

Las hojas de las plantas medicinales son la parte usada con mayor frecuencia para preparar remedios caseros, con el 63,4% de los reportes de uso (4.033 reportes en total). También es frecuente el uso de la planta completa (6,6%), el fruto (6,4%) y el tallo o su corteza (4,8%). Dado que en esta región del país es frecuente encontrar especies productoras de látex, exudados, gomas y mucílagos⁵, muchos remedios caseros se reportaron preparados a partir de ellos (3,9%).

⁵ Mucílago: Sustancia vegetal viscosa.



Las formas de preparación más empleadas son los cocimientos (decocción o infusión), zumo o jugo, maceración y jarabe. Es frecuente emplear las hojas pasadas por fuego antes de extraer un zumo o antes de aplicarlas localmente, como en el caso de *Ricinus communis* L. (Higuereta) y *Terminalia catappa* L. (Almendra) para tratar golpes e inflamaciones, así como el zumo de la hoja de *Origanum vulgare* L. (Orégano) antes de ser instilado en el oído para el tratamiento del dolor ótico. Son menos frecuentes los polvos, las pomadas y los ungüentos. La mayoría de los remedios son administrados vía oral y en baños. Se presenta mucho también la asociación de vías de administración, como en el caso de los remedios para la gripa en los que se asocian la vía de administración oral con baños tibios e inhalación de los vapores. La administración vía tópica es también muy popular, seguida de la instilación de gotas del zumo en el oído o en los ojos.

En el caso de los remedios antiparasitarios se prefieren los de sabor amargo y en tomas orales antes del desayuno, tal vez porque existe la creencia popular de que el sabor "amargo" o "desagradable" es nocivo para el parásito y los expulsa más eficazmente. Para tratar afecciones cutáneas es muy frecuente asociar *Heliotropium indicum* L., *Momordica charantia* L. y *Gliricidia sepium* (Jacq.) Kunth ex Walp. En ocasiones, se emplea un jabón de lavar ropa estrujado y mezclado con hojas en agua de la decocción para elaborar una masa jabonosa con la que refriegan las partes afectadas. Los remedios de extracción alcohólica parecen tener relación con las mordeduras de serpiente y otros animales venenosos. En este caso, los habitantes lo llaman "ron compuesto", debido a que se emplea el ron para elaborar un remedio con diversas plantas y que se utiliza posteriormente como "contra" (es decir, alguna clase de antídoto). Se utiliza mucho para este propósito la especie *Aristolochia anguicida* Jacq. (Capitana, Contrapitana, Curarina). Existen métodos de preparación de remedios populares difíciles de clasificar. Por ejemplo, para afecciones de la vista tales como cataratas, tergios y visión borrosa es frecuente el uso de *Plantago major* L. (Llantén). Un manojo de hojas bien lavadas se cuelga amarrado de la tapa de un frasco de boca ancha y se expone todo el día al sol. Se obtiene un líquido que se usa al día siguiente vía oftálmica (instilación).

En la mayoría de los casos no existe una dosis fija, sino que se toman porciones del preparado hasta ver clara mejoría. La dosis depende de la edad, pero se establece con base en criterios poco claros, dependiendo de la condición física y la salud del paciente. La cantidad administrada es muy difícil



de establecer puesto que entre los pobladores se emplean términos como “una taza”, “una tacita”, “una cucharada” o “una toma”. Así mismo, la cantidad requerida para elaborar los preparados a base de plantas medicinales también es de difícil aproximación, pues se habla de “un manojo de hojas”, unas “ramitas” o un número “mágico” de hojas (generalmente 3, 7 ó 10).

CONCLUSIONES

La tradición familiar ha sido esencial para la transmisión y conservación del conocimiento tradicional acerca del uso medicinal de las plantas. Esto explica la práctica extendida de la automedicación asociada a la búsqueda de especímenes en huertas caseras y en “el monte” (nombre que los pobladores dan a los relictos boscosos cercanos), relegando a un segundo plano la consulta a hierbateros, curanderos o médicos “naturistas”. Sin embargo, parece claro que las mujeres cabeza de hogar manejan con más frecuencia esta información que los hombres, aunque muchos campesinos y agricultores poseen profundos conocimientos de especies silvestres usadas principalmente en casos de dolores, afecciones cutáneas, espasmos y mordeduras de serpiente y otros animales venenosos.

En este trabajo se encuestaron 495 cabezas de familia en la región norte de Colombia. Los informantes reportaron 257 especies diferentes, así como 92 usos. El análisis de los resultados hasta ahora nos permite sugerir, a partir del alto grado de coincidencia entre los informantes, que existe un uso consistente del recurso vegetal de nuestra región con propósitos medicinales. Las especies con mayor popularidad entre los informantes resultaron ser: *Origanum vulgare* L. (mencionada por el 30,7% de los informantes), *Melissa officinalis* L. (28,9%), *Petiveria alliacea* L. (22,6%), *Heliotropium indicum* L. (21,8%), *Momordica charantia* L. (19,4%) y *Chenopodium ambrosioides* L. (18,8%).

Afecciones como gripa, resfriados y fiebre reciben tratamiento con plantas medicinales, existiendo el mayor radio de consenso de informantes para esta categoría (infectología). Seguidamente se encuentran las categorías correspondientes a otorrinolaringología y estomatología, parasitología, urología y gastroenterología. Es necesario realizar investigaciones más puntuales para establecer de manera concluyente si existe correlación entre las variables epidemiológicas y el uso medicinal que se da al recurso vegetal. De todas formas, la popularidad de estas especies constituye una razón de peso



para iniciar investigaciones con el fin de fortalecer las prácticas medicinales tradicionales y en algunos casos, realizar *screening* fotoquímico, farmacológico y toxicológico a especies poco estudiadas.

En esta región caribeña es frecuente la búsqueda del sinergismo y la potenciación por medio de asociaciones de plantas diferentes para un mismo propósito curativo. La mayoría de los remedios caseros se preparan por cocimiento y se administran vía oral (tomas).

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las comunidades campesinas e indígenas del Caribe colombiano; a los profesores y estudiantes de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas de la Universidad de Cartagena, Colombia, que participaron en el desarrollo de las encuestas etnobotánicas; a la Universidad de Cartagena y al grupo Tramil por el apoyo financiero para el desarrollo de este proyecto y al Jardín Botánico "Guillermo Piñeres" de Cartagena por el apoyo en la identificación de las especies vegetales.

BIBLIOGRAFÍA

- Akerele, O. (1988). "Medicinal Plants and Primary Health Care: An Agenda for Action". *Fitoterapia* 59: 355-363.
- Álvarez, M.; Escobar, F.; Mendoza, H.; Repizzo, A.; Villareal, H. (1997). *Caracterización ecológica de cuatro remanentes de bosque seco de la región caribe colombiana*. Expedición a los bosques secos del Caribe colombiano. Grupo de Exploración y Monitoreo Ambiental (GEMA), Instituto Alexander Von Humboldt. Bogotá.
- Ankli A., Sticher O. Heinrich M. (1999). "Medical Ethnobotany of the Yucatec Maya: Healers' consensus as a quantitative criterion". *Econ. Bot.* 53: 144-160.
- Balik, M.J. (1985). Useful Plants of Amazona. "A resource of global importance". P. 339-368 in G.T. Prance & T.E. Lovejoy, eds. *Amazonia*. Pergamon Press. New York.
- Barcenas, A.; Barrera, J.; Caballero y L. Durán (1978). *Memorias Simposio de Etnobotánica*, Mexico D. F. Instituto Nacional de Antropología e Historia. México.



- Barrera, A. (2005). "La etnobotánica: Tres puntos de vista y una perspectiva. En: *Resumen de las Publicaciones del Programa Nacional de Etnobotánica* (Universidad Autónoma de Chapingo). Internet: <http://www.chapingo.mx/bagebage/notas2.html>.
- Begossi, A. (1996). "Use of Ecological Methods in Ethnobotany: Diversity Indices". *Ecological Methods in Ethnobotany*. 50: 280-289.
- Cuadros, V. H. (1987). *Estudio florístico del departamento de Bolívar. Informe final*. Fundación II Expedición Botánica. Fundación Jardín Botánico "Guillermo Piñeres". Cartagena.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP); Ministerio del Medio Ambiente; Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander Von Humboldt. (1996). *Política Nacional de Biodiversidad*. Colombia. P. 40.
- Farnsworth, N.L., O. Akerele, A. S. Bingel, D.D. Soejarto & Z. Guo. (1985). "Medicinal Plants in Therapy". *Bulletin WHO* 63: 965-981.
- Fonnegra, R.; Jiménez, S.L. (1999). *Plantas medicinales aprobadas en Colombia*. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia.
- García Barriga, H. (1992). *Flora medicinal de Colombia*. Tomos I, II y III. Editorial Tercer Mundo. Bogotá.
- Germosén-Robineau, L. & D. D. Soejarto. (1996). "Tramil: A research Project on the medicinal plant resources of the Caribbean". p. 317-325 in M.J. Balik, E.Elizabetsky & A. Laird, eds., *Medicinal Resources of the Tropical Forest. Biodiversity and its importance to Human Health*. Columbia University Press. New York.
- Heinrich, M. (2000). "Ethnobotany and its Role in Drug Development". *Phytotherapy Research*. 14: 479.
- Instituto de Ciencias Naturales. Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Hidrología. (1997). *Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM)*, Ministerio del Medio Ambiente. *Colombia. Diversidad Biótica*. Tomos I y II. O. Rangel, (editor). Editorial Guadalupe. Bogotá.
- Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander Von Humboldt. (2000). "Inventarios de Biodiversidad". En: *Colombia megadiversa: Cinco años explorando la riqueza de un país biodiverso*. Instituto Humboldt. Bogotá. P. 295.



- Lozoya, X. (1997). "Fármacos de origen vegetal de ayer y de hoy". *Investigación y Ciencia*. 254. 4-10.
- Martin, G. J. (1995). *Etnobotany: A methods manual*. Chapman & Hall, New York. Págs. 5-45.
- Miller, K. (1993). "La estrategia de biodiversidad global: Desarrollos recientes y planes futuros". En: *Nuestra diversidad biológica*. Fundación Alejandro Ángel Escobar, CEREC. Bogotá. Págs. 194-199.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1992). *Culturas médicas tradicionales y terapéuticas alternativas*. Resumen Ejecutivo. Bogotá.
- OMS. (2008). <http://www.who.int/es/>
- Pérez Arbelaez, E. (1947). *Plantas útiles de Colombia*. Contraloría General de la República. Bogotá.
- Pinzón, R.; Arteaga de G., L.; Reguero, M.T. (1996). "Búsqueda de principios activos en plantas". *Colombia Ciencia y Tecnología*. Vol. 14 No. 2. 12-22.
- Rangel, O.; Lowy, P.; Sánchez, H. (1987). "Región Caribe". En: *Colombia. Diversidad Biótica-I*. Inderena, Instituto de Ciencias Naturales, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Schultes, R. E, T. Swain & T.C. Plowman. (1977). "Virola as an oral hallucinogen among the Borax of Peru". *Botanical Museum leaflets*. 25: 259-272.
- Secretaría Ejecutiva del Convenio Andrés Bello (Secab), Ministerio de Educación y Ciencia de España, Junta del Acuerdo de Cartagena (Junac). (1989). *Especies promisorias de los países del Convenio Andrés Bello*. Tomos I – XII. Editorial Guadalupe. Bogotá.
- Tramil. (2005). *Farmacopea vegetal caribeña*. 2ª edición actualizada. Ed. Universitaria. León-Nicaragua. <http://www.tramil.net>.
- Trotter, R.T. and Logan M. H. (1986). *Informant consensus: A new approach for identifying potentially effective medicinal plants*. Ed. Bedfore Hills. New York. Págs. 91-112.



Comercio de plantas medicinales. Situación de Chile frente al mundo

José L. Martínez¹, Francisco Barraza² y Marcela Samarotto³

RESUMEN

Los efectos medicinales de muchas especies de plantas están avalados por documentación científica, su factibilidad económica es posible por la tendencia mundial de los consumidores de buscar productos naturales y acercarse a la naturaleza. Por estas razones, las plantas medicinales constituyen una buena posibilidad de negocios.

Debido a su aislamiento geográfico, Chile cuenta con plantas medicinales únicas y ha encontrado un buen nicho para comercializarlas a los países del hemisferio norte, los cuales han confiado en el abastecimiento de Chile con productos de buena calidad. Estos productos son la base de extractos, polvos y aceites que se utilizan en la industria de fitofármacos y productos del área de la medicina. Además, también han encontrado utilidad en la agricultura en la forma de pesticidas, y en las industrias de perfumería y alimentos.

¹ Profesor de Farmacología, Universidad Santo Tomás, sede Talca y Editor Jefe del Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas (BLACPMA). PO Box 70036, Santiago 7, Chile. blacpmachile@gmail.com

² Químico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Ingeniera Agrónoma y Consultora Internacional en Plantas Medicinales y Productos Agrícolas.



ABSTRACT

Medicinal plants are a good business opportunity. The effects of these medicinal plants are supported by scientific evidence, while the possibility of economic feasibility is reinforced by the global trend for consumers to find natural products approaching to nature.

Due to its geographic isolation, Chile has unique medicinal plants and has found a good niche to market them to the countries of the northern hemisphere, which have relied on the supply of Chile with good quality products. These products form the basis of extracts, powders and oils that are used in manufacturing herbal products for the medical area. In addition, they have also found useful in agriculture in the form of pesticides, perfume industries and food.

INTRODUCCIÓN

La historia de las plantas medicinales nace simultáneamente con el origen de la vida, los hombres comenzaron a descubrirlas, usarlas y transmitir cada conocimiento que tuvieron de ellas. Así el primer texto que se conoce sobre plantas medicinales data de unos 3.000 años antes de Cristo, existiendo también evidencias escritas de civilizaciones tales como China, India, norte de África y Grecia, que hablan principalmente del tratamiento de enfermedades, su descripción y clasificación (Newall et al., 1996).

Posteriormente, los primeros productos naturales se aislaron a fines del siglo XIX, es decir, antes de la Segunda Guerra Mundial, principalmente fitoquímicos para uso medicinal (Newall et al., 1996). Una vez que se iniciaron los estudios de estos productos aislados por técnicas de química orgánica nace la fitoterapia.

La Fitoterapia, lleva al hombre a la búsqueda de una mejor calidad de vida. Pero... ¿Qué es la fitoterapia? Es la ciencia que utiliza los productos de origen vegetal con finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, atenuar o curar un estado patológico. Estos productos según la OMS (1978) corresponden a las plantas medicinales, que en uno o más de sus órganos contienen sustancias farmacológicamente activas (droga vegetal). Por otro lado, la droga vegetal es la parte de la planta medicinal que se utilizará en terapéutica (Bruhn,



1989; Álvarez y Martínez, 2004). En ambas definiciones hay que tener presente las siguientes premisas:

1. Lo natural no es sinónimo de inocuo.
2. Existen bases científicas que apoyan la eficacia de muchos productos fitoterapéuticos para determinadas indicaciones.
3. Eficacia se consigue solo con el uso adecuado. En muchos casos la automedicación de este tipo de fármacos puede tener un amplio espectro terapéutico.
4. Se usan productos con actividad suave o moderada, con margen terapéutico amplio.
5. Se considera terapéutica suave toda aquella que no es agresiva.
6. Es útil en el tratamiento de afecciones leves o moderadas y de afecciones crónicas, debido a los graves efectos secundarios que producen muchos fármacos alopáticos.

En los últimos años las plantas medicinales han resurgido y tienen una mayor acogida a nivel mundial (Cáceres, 2006). Esto viene dado por varios factores:

- Las limitaciones económicas y geográficas para el consumo y disponibilidad de medicamentos para la población.
- La tendencia al crecimiento sostenido del mercado en los últimos 12 años, lo que aumenta los costos de los medicamentos.
- La apertura al uso de plantas medicinales por parte del sector médico, teniendo todos los países de América Latina sus propias formas de regulación a través de entes gubernamentales (García et al., 2000).
- La crisis en los sistemas de salud modernos que ha llevado a la población a la búsqueda de nuevas alternativas para el tratamiento de enfermedades de la vida moderna como: obesidad, diabetes, envejecimiento cerebral, entre otras.
- La publicación de investigaciones avalando el uso de plantas medicinales ha permitido tener mayor credibilidad no solo a nivel de los profesionales de la salud sino también en la población misma, tenien-



do cada día la clase médica mayor disponibilidad de evaluar beneficios y toxicidad.

- La realización de estudios críticos sobre la validez de terapias a base de fármacos sintéticos y la participación de grandes multinacionales en el negocio de producción y comercialización de los mismos.

En un curso dictado en Nicaragua (Cáceres, 2006), se definieron las principales **Patologías que orientan la investigación en plantas medicinales** con la posibilidad de desarrollar nuevos fármacos o productos naturales para tratarlas⁴:

1. Productos para envejecimiento cerebral: *Gingko biloba* con más de 1.000 estudios científicos y aún esta lejos de una completa aceptación por el mundo médico.
2. Productos para la depresión: crisis de los anti depresivos de síntesis-toxicidad: *Hypericum perforatum*.
3. Productos para la ansiedad y el insomnio: Crisis del kava kava (*Piper methisycum*), solo se acepta la valeriana (*Valeriana officinalis*) capaz de sustituir los tranquilizantes comunes.
4. Productos contra la obesidad: Depende de ciertas modas que impone el mercado de productos naturales.
5. Productos para el trastorno de la mujer: Productos para la menopausia (*Soya* y *Cimifuga racemosa*).
6. Productos para la prevención oncológica: Antioxidantes y quimiopreventivos.
7. Productos para las alergias: Faltan alternativas con mayores estudios científicos a los productos de síntesis.
8. Productos para la dermatología: Búsqueda de productos antibacteriales sin acción alérgica, uso reducido en psoriasis, alergias cutáneas, entre otras.

⁴ Considerando que con productos naturales nuevos se está tratando de buscar nuevas drogas para el futuro.



SITUACIÓN EN CHILE

Desde el punto de vista de las autoridades gubernamentales, las plantas medicinales son preocupación de dos instancias: Ministerio de Salud y Ministerio de Agricultura.

No obstante, el interés de cada uno se enfoca en diferentes aspectos. En el Ministerio de Salud, el uso de plantas medicinales y aromáticas se maneja desde tres áreas que tienen que ver con aspectos reglamentarios y de registros; éstas son:

- Unidad de medicina tradicional y otras prácticas médicas alternativas.
- Instituto de Salud Pública.
- Unidad de pueblos originarios: políticas de salud y pueblos indígenas.

En el Ministerio de Agricultura, las plantas medicinales y aromáticas son estudiadas para evaluar la posibilidad de nuevos cultivos para los agricultores de Chile. Por lo tanto, se cofinancian investigaciones orientadas a sostener y mejorar los cultivos y dar valor agregado a los productos obtenidos de ellos. Éstas son dirigidas por productores, empresas o profesionales tanto de las universidades nacionales como privadas y por entidades ligadas al propio Ministerio de Agricultura, como el caso de INIA.

Por otro lado, se han financiado giras tecnológicas, consultores calificados, realizado talleres, encuentros y seminarios que han permitido sentar las bases para difundir conocimientos y alternativas de negocio.

Entre las instituciones del Ministerio de Agricultura se pueden nombrar:

- Fundación para la Innovación Agraria (FIA), en su rol financista y de agencia de innovación.
- Instituto Nacional de Investigaciones Agrarias (INIA), institución ligada a la investigación.
- Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), encargado de la protección sanitaria y resguardo de este patrimonio.
- Corporación nacional forestal (CONAF), regulador de fechas de cosecha como el caso del boldo y a cargo de los Productos Forestales no maderables (PFNM).



SITUACIÓN COMERCIAL

Antecedentes del sector y las empresas

Antecedentes del sector

De las plantas medicinales se usan las hojas, tallos, raíces, flores y semillas; este grupo de componentes son denominados especies medicinales, aromáticas y culinarias. Estas distintas partes de plantas son requeridas por el mercado mundial como materia prima por sus principios activos, para diversas industrias como: cosmética, médica, perfumería, condimentaria, alimentaria, y para numerosas aplicaciones en la agricultura y otras actividades económicas.

En general, el grupo de plantas que pertenecen a la categoría de las medicinales y aromáticas se pueden dividir en los siguientes grupos de acuerdo a su uso: las plantas medicinales propiamente, que se caracterizan por contener principios farmacológicamente activos; las plantas de esencias y las plantas para condimentos, que son plantas aromáticas que se utilizan por sus características organolépticas y porque transmiten a los alimentos o bebidas ciertos aromas, colores y sabores.

La búsqueda constante de nuevas especies por parte de los principales demandantes a nivel mundial. Europa, principalmente, ha permitido que en Chile, en la última década, el sector privado y las universidades, apoyados por el sector público, hayan realizado un enorme esfuerzo por impulsar el cultivo de especies medicinales, aromáticas y culinarias, donde se han incluido especies foráneas y nativas, entre ellas la menta, rosa mosqueta, hierba de san juan, boldo, bailahuén, cedrón y quillay. Lo que ha permitido desarrollar una interesante cadena productiva en el país (FIA, 2008).

Por la variedad de especies involucradas, esta actividad productiva se desarrolla en todo el país, de norte a sur. El grado de desarrollo de esta cadena es diverso, existiendo empresas dedicadas exclusivamente a la exportación de productos de alto valor agregado como extractos para la industria farmacéutica, con calidad certificada por empresas externas. E igualmente, en el mercado nacional participan numerosas empresas de tamaño mediano con productos diversos como cosméticos, tés, fitofármacos, de alta calidad y en constante crecimiento. También participan en este negocio otro grupo de



recolectores y hierbateros que comercializan sus productos principalmente para infusiones, envasados en forma artesanal (FIA, 2008).

Cifras del Ministerio de Agricultura del año 2002 indican que las exportaciones de productos naturales en Chile han generado excedentes alrededor de los \$16 millones de dólares, y este monto ha ido creciendo anualmente hasta superar el año 2007 los \$26 millones de dólares. Las especies se exportan en forma deshidratada y corresponden a: rosa mosqueta, orégano, boldo, manzanilla, crategus y cedrón (Diario del Agro, 2008).

El destino de las exportaciones chilenas varía según las especies. El boldo es exportado en primer lugar a Argentina, seguido por Brasil, Paraguay y España; los principales destinos de las exportaciones de cascarilla de mosqueta son Alemania, Suecia y Estados Unidos; de orégano son Brasil y Argentina, y de manzanilla, Perú, seguido por Venezuela, Alemania, México y Guatemala. Hay otro grupo de especies que son exportadas en forma variable en función de demandas específicas y son principalmente hojas de mora, melisa, tomillo, tilo. En este grupo aparecen alrededor de 20 especies distintas y son clasificadas bajo una misma glosa arancelaria. También se exportan extractos elaborados de quillay (con excedentes de más de un millón de dólares), aceite esencial de menta piperita, aceites de rosa mosqueta y genuina avellana (en conjunto también sobrepasan el millón de dólares) (FIA, 2008).

Recientemente, el documento *“Resultados y lecciones en la producción de plantas medicinales y aromáticas: Proyectos de Innovación en las regiones V, VII, VIII y X”*, realizado y publicado por FIA (2008), hace una detallada descripción del estado general del mercado de plantas medicinales y aromáticas, no solo de Chile sino también de los mercados internacionales. En Chile ha preocupado que tanto las especies foráneas como las nativas, entre ellas la rosa mosqueta, hierba de san juan, boldo, bailahuén, peumo y canelo, son tradicionalmente de recolección silvestre, así como, su mantenimiento en el tiempo (Pence et al., 2002; Gold et al., 2004). No obstante, la mayor parte de los productos de exportación de Chile continúan concentrándose en la recolección desde el medio silvestre (FIA, 2001; FIA, 2002; FIA, 2003; FIA 2008).

Según información publicada por el Centro de Comercio Internacional, agencia conjunta de cooperación técnica de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) y la Organización Mundial del



Comercio (OMC), se estima que en el año 2010 el mercado mundial de productos naturales tendrá ganancias de unos US\$100.000 millones, donde los medicamentos constituirán alrededor del 80% de este mercado. Los principales compradores finales de partes de plantas aromáticas y medicinales son las industrias de fitofármacos y cosméticos en Europa y de suplementos dietarios, infusiones, la industria de alimentos y la cosmética en los Estados Unidos. Según un estudio de Bancomext (2006), solamente el mercado de medicamentos a base de plantas genera ventas del orden de los US \$28.400 millones (18,2 mil millones de euros). De éstos, se estima que unos US \$10.300 millones (6,6 mil millones de euros) corresponden a productos fabricados en países de la Unión Europea, mientras que la industria norteamericana ha llegado a desarrollar un mercado con ventas del orden de los US \$13.800 millones en el año 2006 (8.850 millones de euros). (GEO 121, 2008).

Como se ha mencionado, la industria cosmética también es un importante consumidor de plantas medicinales y aromáticas. Se estima que el mercado mundial de cosméticos produce alrededor de US \$201.000 millones, de los cuales, US \$4.000 millones correspondería a cosméticos naturales, US \$5.000 millones a cosmeceúticos⁵ y US \$1.000 millones a productos de aromaterapia (Ciflorpan, 2006).

Respecto a la industria de hierbas culinarias y especias (condimentos), se señala que los excedentes del mercado mundial alcanzan los US \$2.974 millones, siendo China e India los principales países exportadores, con US \$392 millones y US \$255 millones, respectivamente (FIA, 2008).

El informe de FIA describe también los mercados europeos, norteamericano y de América Latina destacando la importancia que el desarrollo de estos mercados ha tenido para el desarrollo agrícola e industrial para las especies medicinales chilenas. Por ejemplo, dentro del mercado europeo destaca el mercado alemán de plantas medicinales que mueve aproximadamente 107 millones dólares y tiene el 44% del mercado. Además tiene un total de 5.698 especies en cultivo y la mayor parte de las exportaciones de rosa mosqueta y hierba de san juan, con un fuerte registro de importaciones a Chile a fines de los noventa, el cual casi desapareció a comienzos del siglo XXI y volvió a

⁵ Se refiere a los productos cosméticos y cremas para evitar el envejecimiento.



repuntar hacia fines del 2006. La producción europea solo cubre el 20% de las necesidades del viejo continente (Bancomext, 2006).

Desafortunadamente, la información disponible sugiere que unas 15.000 especies podrían estar amenazadas, muchas como resultado directo de prácticas de recolección no sostenibles. Este patrón continuaría en un futuro previsible debido a los altos costos de la domesticación y cultivo de las especies de plantas medicinales y aromáticas, entre otros factores. Además, el cultivo no es necesariamente el sistema de producción más beneficioso para algunas especies. Para muchos recolectores, los beneficios económicos y los incentivos de conservación se derivan de la recolección silvestre “sostenible” (Concepto cultivo *in situ*). Además, el cultivo no cubre la demanda para muchas especies de plantas medicinales y aromáticas, adicionando que no se manejan precios lo suficientemente altos y estables en el mercado mundial. (ISSC-MAP, 2007).

Si miramos la producción y cultivo de esta gama de productos en los países miembros de la Unión Europea (UE), el sector de los fitofármacos agrupa a más de 21 mil productores/recolectores que en su conjunto cultivan una superficie aproximada de 100 mil hectáreas, en las cuales se producen aproximadamente 150 especies de plantas para uso farmacéutico. Según IMS Internacional 2004, Alemania contribuye con un 38% al mercado europeo de fitomedicamentos, seguido por Francia con un 21%. Italia, Polonia, Reino Unido, España, Holanda y Bélgica comparten 27% del mercado, y el restante 14% lo conforman los demás países de la Unión Europea. El interés por los fitofármacos en Europa ha crecido en los últimos años, en virtud, principalmente, del hecho que este tipo de productos ha sido popularizado por los medios de opinión pública, así como a través del ejercicio de la fitoterapia, la homeopatía, la automedicación, el uso de remedios caseros y el aumento del uso de todo tipo de infusiones (FIA, 2008).

El mercado norteamericano se caracteriza por preferir plantas medicinales para la fabricación de extractos. Las ventas al detalle de productos que incluyen plantas medicinales tuvieron un incremento rápido entre 1992 y el 2000; luego de esto las ventas han aumentado paulatinamente a una tasa de un 2.4% anual hasta el 2006 (FIA, 2008). La legislación sobre suplementos dietarios de 1994 (Dietary Supplement Health and Education Act) permitió abrir un enorme mercado para las hierbas, al no requerir estos preparados pruebas de seguridad o efectividad, como en el caso de la industria farma-



céutica, razón por la cual la industria creció a tasas espectaculares durante los años siguientes.

Industria Nacional

Tradicionalmente, la oferta nacional de Chile de productos a partir de plantas medicinales y especias se ha caracterizado por tener un reducido valor agregado, debido a su bajo nivel de procesamiento, siendo la deshidratación la forma más usada para plantas medicinales orientadas al mercado externo e interno, y la extracción de aceites, aunque éste último en mucho menor volumen.

En Chile existen algunas industrias establecidas que procesan varias especies de plantas medicinales y aromáticas, principalmente para infusiones y especias tradicionales. Estas industrias cuentan con la tecnología para el proceso de secado y también tienen experiencia en exportación. La mayor parte de la materia prima que utiliza proviene de la recolección de especies silvestres, una actividad que se encuentra establecida y que es fuente de ingresos de pequeños agricultores. En el corto y mediano plazo, no se prevé el reemplazo de este tipo de recolección de material vegetal, por el abastecimiento formal de materias primas de las mismas especies desde cultivos establecidos (FIA, 2004; FIA 2008).

En lo que respecta al mercado de exportación, éste es dominado por laboratorios y empresas envasadoras de infusiones que abastecen el mercado externo con productos de alta tecnología, como aceites, sachets de hierbas, cápsulas y material prensado con certificación de calidad (FIA, 2008).

Entre las empresas chilenas que comercializan plantas medicinales a escala industrial se encuentran, la **Sociedad Agrícola y Forestal Casino**, que ha exportado rosa mosqueta y que durante la época de apogeo de la hierba de san juan fue su producto estrella; **Cambiaso Hermanos S. A. C.** y **Frigosam S.A.**, que exportan y comercializan material seco para té de hierbas en bolsita; **Index Salus**, que se dedica al cultivo orgánico y procesamiento en seco de plantas medicinales y aromáticas; y **Coesam**, exportador de aceite de rosa mosqueta y en los últimos años, de todos los productos que se puedan obtener de ella, lo cual le ha permitido abrir mercados poco comunes para este tipo de productos (Diario del Agro, 2008; FIA, 2008).



Durante una presentación el Dr. Arnaldo Bandoni, de la Universidad de Buenos Aires, en un encuentro de investigadores de plantas medicinales nativas (FIA, 2004), señaló que es prioritario realizar una correcta identificación del principio activo de una especie vegetal determinada, así como una detallada justificación científica de sus posibles aplicaciones, para que luego pueda ser incorporada en un sistema productivo, ser introducida en una legislación fitoterápica moderna, y posteriormente vincular la tradición herbaria con la legislación sanitaria vigente. Finalmente, destacó que Chile es un referente mundial para el abastecimiento de productos vegetales tan difundidos como el boldo, la rosa mosqueta o el palo pichi, y que resulta altamente promisorio aunar esfuerzos y coordinar acciones que permitan incorporar nuevas especies a este listado, para darlas a conocer al mercado internacional.

Exportaciones

La principal especie exportada desde Chile es la rosa mosqueta, en un volumen de 5.000 t/año, en su mayoría como cascarilla deshidratada. La mayor cantidad se mueve entre los meses de abril a agosto. En segundo lugar, se encuentra el orégano, con 2.000 a 3.500 t/año. A diferencia de la rosa mosqueta, el total de las exportaciones corresponden a orégano cultivado. Otras especies relevantes en las exportaciones chilenas son el boldo, la manzanilla, crategus y cedrón. Es importante destacar que el boldo es una especie nativa chilena y que todas sus exportaciones corresponden a recolección silvestre de las hojas de este árbol. Existe un porcentaje de exportación representado por una veintena de especies (hojas de mora, tilo, melisa, espino blanco), que varía de acuerdo a la demanda puntual para cada año, de acuerdo a la dinámica que caracteriza a este mercado (FIA, 2008).

El monto total de estas exportaciones ha crecido en un 58%, destacándose el crecimiento de las exportaciones de manzanilla y boldo. En el caso de las exportaciones de la hierba de san juan (hipérico), si bien hubo un aumento significativo, éste no refleja un real crecimiento, ya que representa un monto marginal respecto de los 26,7 millones de dólares exportados el año 1998, año que alcanzó su máximo valor, para luego disminuir rápidamente, producto de una sobre producción en el mercado internacional.



CONCLUSIONES

La historia y el uso de las plantas medicinales es antiquísimo, sus propiedades eran conocidas por las antiguas civilizaciones a través de la experiencia en la ciencia de curar (Newall et al, 1996). En Chile, en los primeros decenios del siglo pasado, las hierbas medicinales integraron una parte importante de la farmacia galénica, ciencia que en esa época estaba dedicada a estudiar los medicamentos. (Medina et al., 1995).

Las plantas medicinales tuvieron un rol en la medicina chilena que se fue perdiendo a través del tiempo, debido principalmente al desarrollo de la medicina moderna que ha traído demandas enormes para las ciencias farmacéuticas, tales como la farmacognosia, la farmacobotánica y también la farmacología. Sin embargo, su uso se ha recuperado, vinculando a otros grupos como botánicos y agrónomos en el cultivo de ciertas especies, lo que le ha permitido convertirse en una actividad rentable para un grupo de agricultores de Chile.

Los productos de estos cultivos, no solo se han comercializado dentro del territorio nacional sino que se han orientado a la exportación, principalmente a países del hemisferio norte que utilizan esta materia prima (partes botánicas deshidratadas) para una amplia gama de productos de mayor valor económico.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, N. y Martínez, J.L. (2004). "Algunos procedimientos para asegurar la calidad de los medicamentos herbarios". *Blacpma* 3: 4-8.
- Bancomext (2006), Consejería Comercial del S.N.C. en Francia, Mercado Europeo para Fitofármacos.
- Bruhn, J. (1989). "The use of natural products in modern medicine". *Acta Pharm. Nordica* 1: 117-123.
- Cáceres, A. (2006). *Curso de actualización en Fitoterapia*. Junio de 2006, Estelí, Nicaragua.



- Ciflorpan (2006). Centro de Investigaciones Farmacológicas de la Flora Panameña, Facultad de Farmacia, Universidad de Panamá. *Estado del arte sobre la utilización de plantas medicinales en la región andina*. Octubre, 2006.
- Diario del Agro.cl (2008). "Crecen exportaciones de plantas medicinales". 22 de Julio de 2008. <http://www.diariodelagro.cl/index.php.id=2503>
- FIA (2001). "Una estrategias de innovación agraria para el rubro de las plantas medicinales y aromáticas". *Boletín de Plantas Medicinales y Aromáticas*. Boletín Trimestral N° 2.
- FIA (2002). "Diversificación en la producción de plantas medicinales". *Boletín de Plantas Medicinales y Aromáticas*. Boletín Trimestral N° 5.
- FIA (2003). "Situación del mercado de plantas medicinales y aromáticas en Chile". *Boletín de Plantas Medicinales y Aromáticas*. Boletín Trimestral N° 10.
- FIA (2008). *Resultados y lecciones en la producción de plantas medicinales y aromáticas proyectos de innovación regiones V, VII, VIII y X*. Libro editado por la Fundación para la Innovación Agraria (FIA), Santiago, Chile. 33 p.
- García, M. (2000). *Legislación en Iberoamérica sobre fitofármacos y productos naturales*. Ed. A. Cáceres. Editado por CYTED. San José, Costa Rica. 394 pp.
- GEO 121 (2008). *Moderne Pflanzenmedizin*. Von Claus Peter Simon, febrero 2008.
- Gold, K., León-Lobos, P., Way, M (2004). "Manual de recolección de semillas de plantas silvestres para conservación a largo plazo y restauración". Instituto de Investigaciones Agropecuarias, Centro Regional de Investigación Intihuasi, La Serena, Chile. *Boletín INIA* N° 110, 60 pp.
- ISSC-MAP (2007). *Internacional Standard for Sustainable Wild Collection of Medicinal and Aromatic Plants*. Medicinal Plant Specialist Group. Agencia Federal Alemana para la Conservación de la Naturaleza (BfN). www.floraweb.de/map-pro
- Medina, E.; Lastra, J.; García, R. y Martínez, J.L. (1990). *Proposiciones para el desarrollo de la herbolaria médica nacional*. I Congreso de Plantas Medicinales CHILE 90. Centro El Canelo de Nos - San Bernardo, Chile.



Newall, C.A.; Anderson, L.A.; Phillipson, J.E. (1996). *Herbal medicines. A guide for health-care professionals*. The pharmaceutical Press. London. UK 296p.

Pence, V., Sandoval, J.A.; Villalobos, V.M.; Engelmann, P. (2002). "In vitro collecting techniques for germplasm conservation". *IPGRI Technical Bulletin* Nº 7. International Plant Genetic Resources Institute. Rome.



Cultivando la salud: modelo para la incorporación del uso de plantas medicinales en la atención primaria de la salud

Cristian Desmarchelier, Jorge Rubén Alonso, Luz Piedad Sánchez Villarreal, Hugo Golberg¹

RESUMEN

El uso de plantas medicinales y fitomedicamentos en atención primaria ha sido promovido por la OMS desde 1978 y puesto en práctica en muchos países alrededor del mundo. No obstante, queda mucho por hacer, especialmente en Suramérica. En este sentido y gracias al Ministerio de Relaciones exteriores de Italia y a la Región de Lombarda del mismo, la Asociación Argentina de Fitomedicina y el Centro de Orientación Educativa de Italia han podido desarrollar, desde 2004, un proyecto cuyo objetivo es la introducción del uso de fitomedicamentos en la atención primaria en tres regiones o provincias importantes de Argentina.

Este proyecto es denominado localmente “Cultivando la salud” y aunque tiene un nombre muy sugestivo, no sólo se enfoca en asuntos de salud, también tiene un componente productivo. De hecho, la atención se centra en todas las fases que conllevan los procesos de elaboración de fitomedicamentos, incluyendo: la recolección de especies silvestres, el cultivo de plantas domesticadas, la producción de extractos como bioproductos para la fabricación de fitomedicamentos y la búsqueda de altos niveles en

¹ Los autores pertenecen al Proyecto de Atención Primaria de la Salud con Plantas Medicinales, Asociación Argentina de Fitomedicina, Av. Santa Fe 3553 2° 8. Buenos Aires, Argentina. fitomedicina@sinectis.com.ar



los estándares de calidad de los productos terminados. No obstante, el ciclo no está completo hasta que los medicamentos lleguen a la comunidad, usualmente a través de la prescripción por parte de profesionales de la salud que reciben entrenamiento para este fin, por el mismo proyecto.

ABSTRACT

The use of medicinal plants and phytomedicines in primary health care has been endorsed by the WHO since 1978, and has been put into practice in many countries around the world. However, much is still to be done, in particular throughout the region of South America. In this sense, and thanks to the support of the Italian Ministry of External Affairs and to the Lombard Region of this country, the Argentine Association of Phytomedicine and the Centre for Educational Orientation of Italy, have been involved, since 2004, in a project whose aim is to introduce the use of phytomedicines in primary health care within three critical regions or provinces of Argentina.

This project, also known locally as “Cultivando la Salud” (or “Cultivating Health”, in English), as its name may suggest, is not only focused on health issues, but also has a strong productive component, paying special attention to all the stages that lead to the manufacturing process of phytomedicines, including the collection of wild species and the cultivation of domesticated plants, production of extracts as by-products for the manufacture of phytomedicines and high quality standards of finished products. The cycle is not complete until medicines reach the community, usually through prescription by health professionals that receive training for this purpose, also provided by the project.

LA FITOMEDICINA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Desde tiempos remotos, las plantas han sido la principal fuente de salud para el hombre, y en la actualidad, en todos los países y en todos los sistemas de salud es frecuente su uso, así como el de sus principios activos. Por ello, en numerosas ocasiones, la identificación del valor curativo de las plantas proviene de la información proporcionada por el saber médico tradicional, que ha sido la base para la investigación farmacológica, la identificación de los principios activos, y en algunos casos, para el desarrollo de nuevas



drogas. Esta metodología de investigación, conocida en el ámbito de la biología farmacéutica como “el método etnobotánico”, se ha convertido en una importante fuente de metabolitos de interés para la industria productora de medicamentos, sobre todo teniendo en cuenta que cada vez existe mayor información científica que respalda el efecto benéfico de muchas de las plantas medicinales que utilizó el hombre a través de la historia.

La Atención Primaria de la Salud –APS– se define como “la atención ambulatoria basada en métodos y tecnologías científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de la comunidad, comprendiendo en esto al individuo, la familia y el ambiente, y cuyo fin último es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad”. En este contexto, se determinó que la Fitomedicina cumple un papel crucial en APS. Desde 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene promoviendo el uso de las medicinas tradicionales en los distintos países, en especial el uso de la fitoterapia, como parte de los programas de APS. Esto se debe a que, según datos estadísticos, el 80 % de la población mundial depende, precisamente, de las plantas medicinales en el cuidado de la su salud.

En la actualidad, tanto la OMS como otras organizaciones dependientes de ella (la Organización Panamericana de la Salud y la 40ª Asamblea Mundial de la Salud), fomentan y financian planes de desarrollo que buscan fundamentar científicamente (y por ende validar), el uso de las plantas medicinales. Para lograr este objetivo, emprenden programas que contemplen la identificación, evaluación, transformación, cultivo y conservación de las plantas medicinales, y que aseguren el control de calidad de los medicamentos derivados de ellas, aplicando técnicas modernas, normas apropiadas y buenas prácticas de fabricación.

Sin embargo, el consumo de plantas medicinales no es un fenómeno exclusivo de los países en vías de desarrollo. Por ejemplo, Europa es el continente más importante en cuanto a consumo y venta de este tipo de productos, siendo Alemania el país con mayores cifras de comercialización. Es por ello que en ese país la Fitomedicina ya forma parte de los sistemas de salud oficiales (con un 50% de prescripciones por parte de los médicos). Francia, Inglaterra y España, por su parte, también presentan cifras en constante incremento, habida cuenta de una legislación actualizada sobre el uso de estos productos, y a la incorporación de su estudio en carreras universitarias para profesionales de la salud.



Así, las plantas medicinales revisten gran interés en la actualidad, ya que se constituyen no sólo en una fuente de nuevos principios activos y de productos potenciales para la industria farmacéutica, sino que además, constituyen una alternativa de costo relativamente bajo para la producción de medicamentos con destino a la prevención y/o tratamiento de enfermedades, especialmente en aquellas comunidades con difícil acceso a los programas estatales de atención en salud. A esto debemos agregar una menor incidencia de efectos secundarios con el uso de plantas medicinales, en comparación con los medicamentos de síntesis. En la tabla 1 se presenta la situación del uso de plantas medicinales para distintas regiones del mundo.

Tabla 1. Aplicación de la medicina tradicional en distintas regiones del mundo.

País / Región	Situación
China	Las preparaciones herbales tradicionales constituyen hasta un 50% del total del consumo de medicamentos.
Ghana, Malí, Nigeria y Zambia	La primera línea de tratamiento para el 60% de niños con fiebre alta resultante de la malaria es el uso de hierbas medicinales.
Países industrializados	Más del 50% de la población utilizó medicinas complementarias o alternativas al menos una vez.
San Francisco, Londres y Sur África	El 75% de personas que viven con VIH usan MT/CAM*.
Alemania	El 90% de la población ha usado medicamentos naturales en algún punto de su vida.
Brasil	Se implementó el uso de medicamentos fitoterápicos en APS.

Fuente: Mukherjee, P (2002) *Quality Control Herbal Drugs: An Approach to Evaluation of Botanicals*. London, Pharmaceutical Publishers, 2002. p 85.

* MT - Traditional Medicine • CAM - Complementary and Alternative Medicine.

LAS PLANTAS MEDICINALES EN APS EN AMÉRICA LATINA Y EN LA ARGENTINA

En los últimos años, el uso oficial de las plantas medicinales y de los fitomedicamentos se viene incorporando con éxito en varias regiones de América Latina. Uno de los ejemplos más interesantes lo constituye Brasil, en donde existe una Coordinación Nacional de Plantas Medicinales para todo el territorio. Asimismo, varios estados (en especial los del sur) incorpo-



raron y legislaron en forma autónoma el uso de las plantas medicinales en sus sistemas estatales de APS. Otros ejemplos de interés los constituyen México, en donde se creó un área de plantas medicinales dentro del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), y Cuba, en donde se observa un avanzado sistema de cobertura en APS, donde las plantas medicinales y demás productos naturales constituyen un pilar fundamental para el cuidado de la salud. También vale la pena destacar el caso de Perú, en donde hace más de una década se creó el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (Inmetra), que depende del propio Ministerio de Salud, y en donde se creó un Jardín Botánico de Plantas Medicinales Autóctonas. Ecuador, Venezuela y Bolivia también han llevado a cabo algunos avances en este sentido.

Argentina cuenta con unas 9.000 especies de plantas superiores, muchas de las cuales tienen un registro tradicional no sólo de uso alimenticio y medicinal, sino también en el campo artesanal, ritual y de la construcción. Ello, gracias a las costumbres arraigadas dentro de las comunidades indígenas y campesinas que habitan las diferentes regiones del país. Sin embargo, y a pesar de tener una larga historia de saber popular, el uso de plantas medicinales ha sido, en general, menospreciado por los profesionales de la salud. La información científica sobre la utilidad de las plantas medicinales, no obstante, es cada vez más amplia, lo que obliga a que el profesional de la salud se vea obligado a tener un conocimiento serio y objetivo sobre la utilidad de las mismas, sobre todo en lo que respecta al campo de la APS. Desde el punto de vista productivo, es importante tener en cuenta que los fitomedicamentos utilizados en APS deben cumplir los mismos requisitos de seguridad y eficacia que los sintéticos, y por lo tanto también deben ser registrados y aprobados por las autoridades sanitarias.

En la Argentina, y desde el año 2004, a través de una iniciativa elevada a las autoridades de la salud por parte de la Asociación Argentina de Fitomedicina (AAF) y del Centro de Orientamiento Educativo de Italia (COE), se está llevando a cabo el proyecto "Atención Primaria en Salud con Base en Medicamentos Fitoterápicos", cuyas actividades se desarrollan en las provincias de Misiones, Santa Fe y Buenos Aires. El proyecto, también conocido por el nombre de "Cultivando la Salud", se desarrolla gracias al apoyo financiero de la Cooperación Italiana (Ministerio de Relaciones Exteriores de ese país), y del Gobierno Regional de Lombardía, y busca la inserción de la fitomedicina en los sistemas de APS tanto municipales como provinciales.



Este emprendimiento no se concentra exclusivamente en el área de la salud, sino que las actividades involucradas también hacen especial énfasis en las áreas educativa y productiva, ya que busca un impacto económico sobre el costo en el tratamiento de las diversas afecciones que se dan en el campo de la APS, crear nuevos puestos de trabajo y concientizar a los profesionales de la salud sobre el correcto uso de las plantas medicinales. Así, se produce una verdadera interacción entre las tres regiones, gracias al intercambio no sólo de materias primas y de productos terminados, sino también de experiencias y de formación de recursos humanos entre cada una de ellas.

DE LA PLANTA MEDICINAL AL MEDICAMENTO FITOTERÁPICO

¿Qué es un medicamento fitoterápico? En general, se consideran medicamentos fitoterápicos aquellos productos farmacéuticos que contienen como principios activos drogas vegetales puras y/o mezclas definidas de éstas y/o preparados de drogas vegetales, tradicionalmente usadas con fines medicinales. No deben contener sustancias activas químicamente definidas o sus mezclas, aun cuando fuesen constituyentes aislados de plantas, salvo los casos que así lo justifiquen.

Al igual que en otras partes del mundo, la elaboración de preparados fitoterápicos en la Argentina está condicionada al cumplimiento de buenas prácticas de agricultura y de manufactura, controles de calidad, y habilitación de laboratorios, entre otros tópicos. Así, los requisitos para obtener el registro sanitario para las preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales de este tipo son las siguientes:

- *Evaluación farmacéutica:* Aspectos técnicos de control de calidad de materias primas y producto terminado.
- *Evaluación legal:* Aspectos jurídicos y de representación y existencia legal del fabricante.

En el caso de la Argentina, y al igual que en otros países, los requisitos para obtener el registro sanitario para las preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales dependen, en primeras instancias, de la inclusión o no de las plantas utilizadas en un listado básico ya existente de especies aceptadas



(tabla 2). Asimismo, la información debe ser muy amplia, incluyendo, entre otras, las características del establecimiento donde se elaborará el producto, composición del producto terminado, un detalle de los métodos de elaboración y control de calidad, usos tradicionales de la planta utilizada como materia prima, respaldo farmacológico, estudios toxicológicos, estabilidad del producto terminado y una evaluación legal.

Tabla 2. Listado positivo de plantas medicinales en el ANMAT (Resol. 2673/99)

Nombre común	Nombre científico	Parte utilizada	Vía de administración
Marcela	<i>Achyrocline satureioides</i>	Hojas, flores	Oral
Aloe	<i>Aloe vera</i> y <i>Aloe spp.</i>	Gel foliar	Tópico
Cedrón	<i>Aloysia triphylla</i>	Hojas	Oral
Uva ursi	<i>Arctostaphylos uva ursi</i>	Hojas	Oral
Carqueja	<i>Baccharis articulata</i>	Hojas	Oral
Carqueja	<i>Baccharis crispa</i>	Hojas	Oral
Cardo santo	<i>Cnidus benedictus</i>	Partes aéreas	Oral
Alcachofa	<i>Cynara scolymus</i>	Hojas	Oral
Cola de caballo	<i>Equisetum arvense</i>	Parte aérea estéril	Oral-Tópico
Cola de caballo	<i>Equisetum giganteum</i>	Parte aérea estéril	Oral-Tópico
Hamamelis	<i>Hamamelis virginiana</i>	Corteza y hojas	Oral
Anís estrellado	<i>Illicium verum</i>	Frutos	Oral
Poleo	<i>Lippia fissicalyx</i>	Partes aéreas	Oral
Manzanilla	<i>Matricaria recutita</i>	Flores	Oral
Melisa	<i>Melissa officinalis</i>	Hojas	Oral
Menta	<i>Mentha piperita</i>	Hojas	Oral
Peperina	<i>Minthostachys mollis</i>	Hojas	Oral
Pasiflora	<i>Passiflora coerulea</i>	Planta entera	Oral
Pasiflora	<i>Passiflora incarnata</i>	Planta entera	Oral
Boldo	<i>Peumus boldus</i>	Hojas	Oral
Anís estrellado	<i>Pimpinella anisum</i>	Frutos	Oral
Cardo Mariano	<i>Sylibum marianum</i>	Frutos	Oral
Tilo	<i>Tilia spp.</i>	Flores	Oral
Valeriana	<i>Valeriana officinalis</i>	Raíz	Oral



Así, cuando la fabricación de medicamentos fitoterápicos se lleva a cabo en el marco de un sistema de APS, por lo general se basa en el aprovechamiento del conocimiento tradicional de las comunidades nativas o campesinas, pero también y sobre todas las cosas, en los estudios farmacológicos y químicos que validan sus usos tradicionales. Además, requiere de la aplicación de métodos y técnicas químicas, médicas y farmacéuticas para que su administración se lleve a cabo bajo criterios de calidad, seguridad y eficacia. Así, la ejecución de proyectos en este ámbito implica la participación comunitaria para la recolección y/o cultivo de plantas medicinales y su transformación, la inclusión de agentes institucionales como los ministerios y secretarías de salud que avalen los usos propuestos, la capacitación de los médicos y de la población, y el montaje de líneas de fitoterápicos en laboratorios estatales competentes que respalden el registro de los medicamentos ante los organismos para su distribución.

Sin embargo, las formas de producción de fitomedicamentos, así como los modelos de implementación de sistemas de APS utilizando este tipo de productos, pueden variar ampliamente, partiendo desde simples preparados caseros (generalmente automedicados) hasta llegar a productos elaborados por lo general en laboratorios debidamente calificados, siguiendo estrictos estándares de seguridad, calidad y eficacia para este tipo de actividades, y bajo la supervisión y aprobación del Ministerio de Salud. En el Recuadro 1 se describen brevemente cada una de las modalidades de producción de fitomedicamentos, y de su aplicación en APS.

ETNOMEDICINA GUARANÍ Y FITOMEDICAMENTOS

Desde el Proyecto “Cultivando la Salud” se planteó el desarrollo de preparados farmacéuticos utilizando algunos de los modelos aquí presentados. Por ejemplo, en un primer paso, se incorporó el modelo industrial en la provincia de Misiones. Para ello, y con el apoyo del gobierno provincial, se estableció un convenio con el Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Provincia de Misiones (aprobado por ANMAT), y se seleccionaron dos especies nativas de la región nordeste de Argentina de amplio uso por la etnia Guaraní: *Maytenus ilicifolia*, un arbusto conocido por el nombre común de “cangorosa”, y *Cecropia pachystachya*, pequeño árbol que crece en las riberas de ríos y lagos, conocido popularmente como el “ambay” (ver recuadro 2). Ambas especies son ampliamente utilizadas en la medi-



cina popular para el tratamiento de afecciones gástricas y respiratorias, respectivamente. La “cangorosa”, además, demostró sus propiedades antiulcerogénicas en diversos estudios farmacológicos, validando así su uso popular.



Cultivo caléndula. Provincia Misiones.

Con base en la información presentada se utilizó un extracto estandarizado de las hojas de *M. ilicifolia* para la obtención de comprimidos antigastríticos y antiulcerogénicos, mientras que en base a las hojas de *C. pachystachya* se elaboró un jarabe para afecciones respiratorias (tos, catarro, etc). Un tercer producto consistió de una crema dermatológica, elaborada a partir de una especie europea naturalizada en el país, y conocida con el nombre de “caléndula” (*Calendula officinalis*).

Los productos basados en “ambay” y “cangorosa” se elaboran utilizando material vegetal colectado en la región mesopotámica, generalmente de origen silvestre. Ello mediante convenios con asociaciones campesinas e indígenas que trabajan bajo estrictas normas de buenas prácticas, y siguiendo los lineamientos establecidos de sustentabilidad. No obstante, el proyecto está incorporando los conocimientos agrotecnológicos para que en etapas futuras, tanto el “ambay” como la “cangorosa” sean cultivados por los campesinos y agricultores de la zona, garantizando de este modo no sólo una materia prima estandarizada y confiable, sino también generando para los productores un nuevo polo económico que les permita obtener un ingreso extra a través de su cultivo.



La crema dermatológica, por otro lado, se elaboró con materia prima proveniente de cultivos de “caléndula” realizados en la provincia de Buenos Aires, como se describe más adelante. Ello obedece a un mayor rinde de principios activos y a una mejor calidad de droga vegetal en la provincia de Buenos Aires. Se inicia así, una primera experiencia de intercambio regional, “exportándose” materias primas desde Buenos Aires hacia Misiones, e “importándose” productos terminados de la segunda hacia la primera.



“Ambay” *Cecropia adenopus*.

CEREALES ANDINOS Y FARMACIAS COMUNITARIAS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

Otro modelo de interés es el comunitario, el cual se basa en la elaboración de preparados magistrales en base a productos naturales autóctonos a nivel municipal, y que por lo general involucra a varios actores de la comunidad, permitiendo así asegurar la calidad de los productos. A través del proyecto “Cultivando la Salud” este modelo se está incorporando poco a poco en la provincia de Santa Fe, más específicamente en el municipio de Reconquista, al norte de esta provincia.

En este sentido, y de modo similar a lo que ocurre en Misiones, los bosques y montes del norte de la provincia de Santa Fe constituyen una fuente importante de especies vegetales útiles para su aplicación en APS. En ellos encontramos una amplia variedad de especies de potencial interés para su



incorporación dentro del preparado de recetas magistrales, entre ellas el “algarrobo”, el “ñanga piri”, el “mburucuyá”, el “tasi”, el “yuyo colorado”, la “achira”, el “aguay”, el “mistol”, la “lengua de vaca”, la “verdolaga”, el “sacha pera” o “saucillo”, el “carandillo”, el “guabiyú”, el “burrito” y el “diente de león”, sólo para mencionar algunos. En la tabla 3 se presentan algunas especies medicinales de interés en la región norte de la provincia de Santa Fe.

Tabla 3. Algunas plantas medicinales de interés en el norte de la prov. de Santa Fe

Nombre común	Especie	Familia	Uso
Algarrobo	<i>Prosopis alba</i>	Leguminoseae	Cicatrizante
Azota caballos	<i>Luehea divaricata</i>	Tiliaceae	Varios
Burrito	<i>Aloysia polystachya</i>	Verbenaceae	Digestivo, sedante
Canchalagua	<i>Schkurhia pinnata</i>	Asteraceae	Varios
Chañar	<i>Geoffroea decorticans</i>	Leguminoseae	Vías respiratorias
Charrúa	<i>Cissampelos pareira</i>	Menispermaceae	Varios
Cina-cina	<i>Parkinsonia aculeata</i>	Leguminoseae	Infecciones
Cola de caballo	<i>Equisetum giganteum</i>	Equisetaceae	Diurético
Espina colorada	<i>Solanum sisymbriifolium</i>	Solanaceae	Digestivo, antihipertensivo
Guayaba	<i>Psidium guajava</i>	Myrtaceae	Antidiarreico
Lengua de vaca	<i>Rumex crispus</i>	Santalaceae	Sistema digestivo
Marcela	<i>Achyrocline satuireioides</i>	Asteraceae	Sistema digestivo
Mburucuyá	<i>Passiflora coerulea</i>	Passifloraceae	Sedante
Mistol	<i>Zizyphus mistol</i>	Rhamnaceae	Varios
Nim-nim	<i>Acmella decumbens</i>	Asteraceae	Varios
Ñanga piri, pitanga	<i>Eugenia uniflora</i>	Myrtaceae	Sistema digestivo
Palo amarillo	<i>Terminalia australis</i>	Combretaceae	Varios
Palo santo	<i>Bulnesia sarmientoi</i>	Zygophyllaceae	Cicatrizante, digestivo
Papaya	<i>Carica papaya</i>	Caricaceae	Sistema digestivo
Sarandí	<i>Phyllanthus sellowianus</i>	Euforbiaceae	Diabetes
Tasi	<i>Morena odorata</i>	Asclepiadaceae	Verrugas
Torito	<i>Acanthospermum hispidum</i>	Asteraceae	Varios
Verdolaga	<i>Portulaca oleracea</i>	Portulacaceae	Diurético
Yuyo colorado	<i>Amaranthus quitoensis</i>	Amaranthaceae	Varios



Uno de los problemas que se agudizó durante los últimos años en la Argentina es el de la desnutrición. En este sentido, el proyecto “Cultivando la Salud” también tomó conciencia de que muchos de los problemas sanitarios que afectan a la población derivan de la falta de una alimentación adecuada, en especial en los sectores más desprotegidos: niños y ancianos. Teniendo en cuenta la particular cultura agrícola de la región de Reconquista, el proyecto incorporó dentro de sus actividades el cultivo y utilización del “amaranto” (*Amaranthus caudatus* y *A. mantegazzianus*) en la zona, un pseudocereal andino de propiedades nutritivas por demás interesantes (ver recuadro 2).

Las especies de amaranto del continente americano contaron con el desarrollo propio que le indilgaron los propios pueblos originarios, abarcando polos culturales diversos, como la civilización azteca en el norte hasta las comunidades Inca y Guaraní en el sur del continente. Esto es llevado a cabo con el apoyo técnico y financiero del cultivo y la posterior incorporación del pseudocereal ya transformado en un alimento perfectamente asimilable en la dieta diaria.

Todo este proceso se pudo materializar gracias a un convenio firmado con la Cooperativa de Agricultores “Ecodinámica” de Reconquista, y con la Escuela de Nutrición de la Universidad del Litoral. Una vez completada la etapa productiva, el proyecto buscará realizar el estudio nutricional de los productos elaborados a base de “amaranto” en centros infantiles y comedores escolares no sólo en Santa Fe, sino también en las provincias de Misiones y Buenos Aires, y eventualmente en otras provincias de la Argentina.

PRODUCCIÓN DE MATERIAS PRIMAS EN EL CONURBANO BONAERENSE

La tercera provincia seleccionada para llevar a cabo las actividades del proyecto es la de Buenos Aires. Para ello, se eligió el conurbano, más específicamente el Municipio de Malvinas Argentinas, situado al noroeste del Gran Buenos Aires, una zona caracterizada por una alta densidad de población, y por índices de pobreza elevados, constituyéndose así en un punto representativo del conurbano bonaerense. Aquí, las actividades a encarar son cualitativamente diferentes a las implementadas en Santa Fe y Misiones, y constituyen un reto particular debido a la cultura mayormente urbana de la población, y por ende a un menor arraigo



hacia las prácticas agrícolas y del uso de las plantas medicinales en el cuidado de la salud.

Como un primer paso, y con el objeto de conocer los niveles de conocimiento y aceptación acerca del uso de plantas medicinales en APS en los pobladores de la zona, la Secretaría de Salud de Malvinas Argentinas llevó a cabo una encuesta barrial que abarcó varios aspectos del uso de las plantas medicinales. A pesar de tratarse de una población de características urbanas, el estudio en cuestión demostró que existe una amplia aceptación de la fitomedicina, la cual se realiza dentro de las prácticas folclóricas de uso provenientes de la transmisión oral de sus ancestros y convalidada por los buenos resultados obtenidos en el pasado. Esto podría deberse en gran medida a que los pobladores del conurbano bonaerense provienen, por lo general, del interior del país, en donde el uso de las plantas medicinales posee un mayor grado de aceptación.

Asimismo, y con el objeto de complementar la producción de alimentos a base de “amaranto” que se viene desarrollando en la provincia de Santa Fe, se seleccionó el Centro de Desarrollo Infantil de la Municipalidad de Malvinas Argentinas, en donde se están llevando a cabo estudios nutricionales en niños carenciados. Esto, siguiendo los lineamientos de un protocolo diseñado en conjunto por la Secretaría de Salud del municipio y la Asociación Argentina de Fitomedicina. Finalmente, el ciclo de salud se cerrará con la futura distribución de los fitomedicamentos elaborados en Misiones, en los centros de salud del municipio, y con base en los estudios epidemiológicos previamente realizados por la Secretaría de Salud.

Desde el punto de vista productivo, las actividades se centraron en la incorporación del cultivo de plantas medicinales en los huertos familiares distribuidos a lo largo de la zona. Ello con el objeto de promover la producción de materias primas para la industria, contemplando por lo tanto no sólo la producción sino también el tratamiento de la post-cosecha y otros controles de calidad inherentes a las necesidades de la industria farmacéutica. Así, el proyecto busca generar una actividad económica complementaria que genere nuevos ingresos a los actores involucrados.

Sin embargo, la incorporación de un sistema de producción de plantas medicinales en áreas urbanas no es una tarea fácil. Como primer paso, y en colaboración con la Dirección de Programas de Empleo, el proyecto “Culti-



vando la Salud” centró sus acciones en la puesta en marcha de una experiencia piloto del cultivo de “amaranto” y de “caléndula” en el predio municipal de Malvinas Argentinas. Una vez establecida la factibilidad tanto técnica como económico-financiera del cultivo de “caléndula” (abasteciéndose las necesidades de materia prima para la fabricación de crema dermatológica en Misiones), durante el año 2006 se inició la transferencia de los conocimientos adquiridos a los productores de la zona, mediante el dictado de cursos-talleres, construcción de secaderos, y la elaboración de un manual de cultivo de “caléndula”.

LA INCORPORACIÓN DE LA FITOMEDICINA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

El ciclo producción-salud no está completo si los productos elaborados no llegan a la gente. Para ello, es importante establecer un mecanismo de distribución eficiente de los medicamentos en los centros de APS. Así, se asegura una correcta utilización de los mismos, ya que es sólo a través del personal de salud que los medicamentos son recetados. En este punto es fundamental la capacitación de los médicos, por lo general a través de cursos y talleres. Para ello, el proyecto “Cultivando la Salud” contempló el dictado de cursos de fitomedicina en las tres provincias participantes, contando con el aval de la Organización Panamericana de la Salud. Además, lleva a cabo charlas informativas a la población en general, con el fin de incrementar su aceptación por la fitomedicina. La capacitación de los profesionales de la salud se completa, además, con la publicación de material informativo, incluyendo un libro sobre plantas medicinales argentinas y su correcta utilización en APS. Aquellos profesionales de la salud que trabajen en APS en provincias no involucradas en el proyecto, cuentan con la posibilidad de realizar el curso de formación en Fitomedicina por medio de la Facultad de Medicina de la UBA, a través de Internet (www.fmv-uba.org.ar)

Así, el proyecto “Cultivando la Salud” es único en el sentido en que integra producción con salud, siendo además la primera experiencia a nivel regional en la cual se fabrican y distribuyen fitomedicamentos de manera gratuita a través de laboratorios oficiales.

En una reciente reunión llevada a cabo en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación, se inició el debate sobre políticas de salud y el rol



que deben jugar los laboratorios provinciales del país. Hecha la presentación del proyecto “Cultivando la Salud”, se generó un gran interés en varios laboratorios estatales pertenecientes a otras provincias del país, en incorporar este tipo de producto a efectos de generar nuevos polos productivos en las diversas provincias interesadas. Ello solo podría concretarse en tanto y en cuanto exista una verdadera política de estado emanada del propio Ministerio de Salud de la Nación, que adhiera a esta propuesta.

Finalmente, es menester remarcar que el proyecto “Cultivando la Salud” en nada intenta reemplazar a medicamentos de síntesis en los planes de APS (fundamentales para una correcta asistencia sanitaria). Por el contrario, pretende complementar los mismos incorporando nuevos medicamentos que incluso pueden cubrir necesidades no satisfechas aún con productos químicos. En última instancia, siempre es mejor que el profesional de la salud capacitado disponga de más de una opción terapéutica a la hora de abordar las diferentes dolencias que acuden a la consulta. Deben priorizarse las necesidades de los pacientes, en el curso evolutivo de la enfermedad que se está tratando, por encima de cualquier preconcepto farmacológico que nos embargue. Para ello basta con cumplir el primer precepto del Juramento Hipocrático: “*Primum non nocere*” (lo primero es no dañar).



RECUADRO 1:

Modelos productivos para la elaboración de medicamentos fitoterápicos

Las formas de producción de fitomedicamentos para utilizar en APS pueden variar desde preparados caseros hasta productos elaborados siguiendo estándares de seguridad, calidad y eficacia predeterminados, por lo general en laboratorios debidamente calificados para este tipo de actividades.

Uno de los modelos más conocidos es el de la “farmacia casera”, en el cual se promueve la preparación de fitomedicamentos en forma artesanal, por lo general con el objeto de ser utilizados en la automedicación. Este modelo ha sido llevado a cabo en algunas zonas del noreste del país por diversas organizaciones no gubernamentales. Si bien cuenta con la ventaja que se les enseña a los pobladores a generar sus propios cultivos medicinales, la falta de un correcto diagnóstico (al no intervenir el médico y promover la automedicación) puede generar situaciones funestas.

En el “modelo industrial”, en cambio, se parte de una iniciativa externa a las autoridades sanitarias (Ministerio de Salud), y a través del mismo se movilizan recursos para la elaboración controlada de medicamentos con base en plantas medicinales en un laboratorio oficial. Así se pretende satisfacer los requisitos de la normatividad oficial, relacionados a la calidad, seguridad y eficacia de los productos.

Sin embargo, no dejan de presentarse una serie de dificultades técnicas. Por ejemplo, en nuestro país debemos mencionar la escasez de laboratorios nacionales que cumplan oficialmente con las Buenas Prácticas de Manufactura y/o que cuenten con sistemas integrales de gestión de la calidad (ISO 9000, 9001). También se presentan otros inconvenientes, entre ellos la falta de suministros de materias primas estandarizadas, insumos y reactivos con el respaldo técnico adecuado, la dificultad para acceder a tiempo a los diferentes equipos, insumos y reactivos requeridos para el desarrollo de productos, la puesta en marcha de los méto-



dos de control y capacitación de personal, el acceso restringido a servicios especializados como análisis de laboratorio, y plazos excesivamente largos para el registro de los medicamentos fitoterápicos.

Otro modelo interesante es el “modelo comunitario”: Este por lo general se practica a escala municipal. Se basa en la elaboración de preparados magistrales e involucra a la comunidad, al cuerpo médico, y personal técnico, lo cual permite asegurar la calidad de los productos desde el cultivo hasta el suministro en un centro de atención en salud. Los preparados incluyen formas farmacéuticas tanto de uso externo como interno, y consisten en formas galénicas simples: cremas, talcos, jabones, lociones, tinturas y jarabes para su distribución en los centros de salud del municipio.

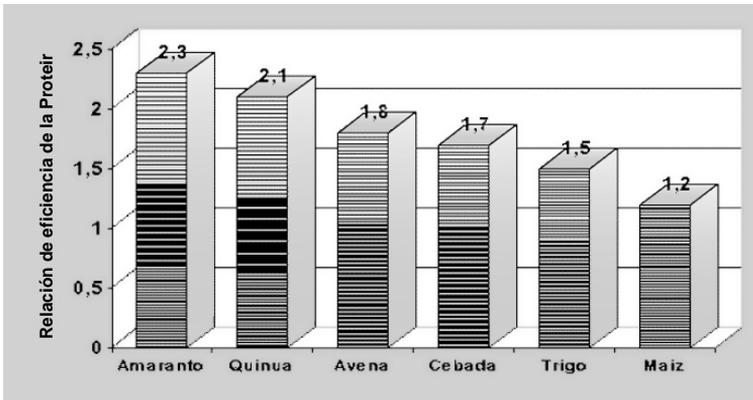
Con el fin de implementar una metodología de este tipo, en primer lugar es necesario articular las iniciativas locales de participación comunitaria y promoción de la salud. También es importante realizar charlas informativas, talleres sobre legislación, e implementar huertos medicinales comunitarios, entre otras actividades. Con respecto a los huertos, estos deben ser demostrativos (a pequeña escala) y productivos, con el fin de asegurar el abastecimiento de materias primas para la unidad de manipulación. Asimismo, para que las mismas sean aceptables, deben cumplir con los criterios de manejo orgánico e higiénico, prestando especial atención al tratamiento poscosecha. Asimismo, las instalaciones donde se producen los fitomedicamentos y la metodología utilizada deben seguir los criterios oficiales de buenas prácticas de preparación de medicamentos magistrales.

La selección de las plantas o especies a utilizar es de vital importancia y debe seguir criterios específicos. En primer lugar es recomendable que pertenezcan al listado positivo de plantas publicado por el ANMAT. Debe tratarse de especies que cuentan con estudios científicos que respalden sus propiedades, o que ya estén presentes en formulaciones registradas ante el ANMAT. También es útil que las mismas ya estén contempladas en otras farmacopeas de referencia (ej: Farmacopea Brasileña, Farmacopea Europea). También se pueden incluir especies alimenticias para suplementar la dieta en caso de niños, madres en



período de amamantamiento, discapacitados o ancianos desnutridos (ej.: “amaranto”).

Un modelo alternativo a los presentados hasta aquí lo constituye el “modelo estatal”, ampliamente utilizado en el Brasil. En un proceso largo de iniciativa comunitaria y de legislación favorable al uso de las plantas medicinales, varios estados de Brasil incorporaron el uso de preparados vegetales en APS, incluyendo de una forma particular a diferentes actores sociales que no son tenidos en cuenta en los modelos de asistencia sanitaria basados en las drogas de síntesis. Así, este modelo puede considerarse como una variante de los modelos presentados más arriba.



Proyecto Amaranthus - Composición Proteica.

De esta forma la cadena productiva de los medicamentos fitoterápicos se inicia con pequeños emprendimientos como los huertos comunitarios, el cultivo y recolección por parte de personas con discapacidades, la participación de diferentes instituciones oficiales para el control de calidad y la construcción de las denominadas “Farmacias Herbales”, que nacen como respuesta a una necesidad local

En el caso del estado de San Pablo, por ejemplo, el modelo presentado se inició en 1990 y condujo finalmente a la creación de la “Botica de la Familia” en Campinas en el año 2004, la cual cuenta con personal técnico capacitado bajo la dirección de un director técnico. La



Botica supe las demandas de 5 distritos de salud del estado, y produce en promedio 40,000 unidades anualmente. Otros modelos similares lo constituyen las “Farmacias Vivas” (nordeste) y “Verde Saude” (sur).

RECUADRO 2:

Plantas de interés en el proyecto “Cultivando la Salud”

Dentro del proyecto “Cultivando la Salud” se seleccionaron varias especies para el desarrollo de fitomedicamentos. Entre ellas destacan la “cangorosa” (*Maytenus ilicifolia*-Celastraceae), el “ambay” (*Cecropia pachystachya*-Cecropiaceae), la “caléndula” (*Calendula officinalis*-Asteraceae), los “amarantos” (*Amaranthus mantegazzianus* y *A. caudatus*-Amaranthaceae), la “guayaba” (*Psidium guajava*-Myrtaceae), la “carqueja” (*Baccharis trimera*) y el “paraíso” (*Melia azederach*-Meliaceae).

La “cangorosa” es una especie arbustiva usada tradicionalmente en forma de decocción en el sur de Brasil, en el noreste Argentino, en Paraguay y en Uruguay para el tratamiento de afecciones gastrointestinales tales como la hiperacidez, úlceras gástricas, dispepsia, gastralgias y otros malestares gastrointestinales no específicos. El efecto protector de los extractos secos de “cangorosa” frente a lesiones inducidas por agentes ulcerogénicos ha sido objeto de varios estudios farmacológicos, fitoquímicos y toxicológicos, particularmente en el Brasil. Sobre la base de los estudios mencionados se validó su uso tradicional, y actualmente la “cangorosa” se encuentra incluida en los programas brasileños de APS, además de estar incluida en la farmacopea de ese país.

El “ambay”, por su parte, es un árbol de mediano tamaño que crece en las inmediaciones de los ríos, arroyos y lagunas en el nordeste argentino, más específicamente en las provincias de Misiones, Formosa, Chaco y norte de Corrientes, así como también en el sur de Brasil y



Paraguay. Las hojas son utilizadas en el tratamiento de afecciones respiratorias incluyendo el asma, la bronquitis y la tos, además de ser considerado un agente cardiotónico. Si bien los estudios farmacológicos realizados en el “ambay” son un tanto limitados, algunas investigaciones preliminares indican que los extractos de las hojas podrían tener efectos broncodilatadores, cardiotónicos y sedantes.

La “caléndula” es una planta tradicionalmente empleada en dermatología. Originaria del Mediterráneo, actualmente se la encuentra distribuida por casi todo el mundo, donde las inflorescencias se emplean con éxito en forma tópica en el tratamiento de úlceras dérmicas (varicosas y de decúbito), heridas infectadas, dermatitis de pañal, eczemas, eritemas, várices, hemorroides, etc. También posee algunas aplicaciones internas, aunque su importancia en estos casos es algo menor.

Próximamente, y en vías de aprobación por el ANMAT, aparece la tintura de “carqueja” para el abordaje de problemas hepáticos (es un excelente colagogo y colerético) así como muy buen hepatoprotector.

Los “amarantos” son especies nativas del Nuevo Mundo, y formaban parte de los principales cultivos durante el apogeo de las culturas precolombinas del Perú y México, tanto desde el punto de vista ceremonial como alimenticio. Sin embargo, la importancia religiosa de este cultivo, junto con la introducción de especies nuevas del Viejo Mundo, hicieron que el cultivo del “amaranto” sufriera una reducción drástica después de la conquista española iniciada en el siglo XVI. Así, y hasta mediados del siglo XX, su cultivo permaneció relegado a pequeñas parcelas en zonas rurales aisladas de México, los Andes Tropicales, y las laderas del Himalaya en India y Nepal. Sin embargo, estudios realizados a partir de la década del 70 indican que el cereal obtenido de esas especies posee una composición única en lo que respecta a su tenor proteico, carbohidratos, lípidos, minerales y vitaminas, lo que las convierte en una excelente alternativa en el campo de la nutrición.

² Colagogo y colerético: Fármacos o extractos de plantas que facilitan la expulsión de bilis, acompañados de acción purgante intestinal.



Por esta razón, el interés por el cultivo y la investigación del “amaranto” se ha incrementado considerablemente en los últimos años, no sólo en las regiones que han dado origen a este cereal, sino también en otras áreas geográficas como Europa, EE.UU., y últimamente también en la Argentina.

Completan la lista de las especies de interés para el proyecto la “guayaba” (hojas) y el “paraíso” (frutos), cuyos efectos benéficos en el tratamiento de diarreas crónicas y agudas, y como pediculicida, respectivamente, vienen siendo comprobadas por numerosos estudios biológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J. (2004). *Tratado de fitofármacos y nutraceuticos*. Corpus Edit. Buenos Aires, Argentina. 1.359 Pp.
- Alonso, J.; Desmarchelier, C. (2005). *Plantas medicinales autóctonas de Argentina. Bases científicas para su inclusión en atención primaria de la salud*. Editorial L.O.L.A. Buenos Aires. 680 p.



III Parte



Memorias: cosmovisiones en contacto





Memorias y conclusiones del laboratorio regional latinoamericano sobre medicina tradicional

Laboratorio Regional Latinoamericano sobre Medicina Tradicional
Diálogo de saberes: Plantas medicinales, salud y cosmovisiones.
Experiencias de medicina tradicional al servicio de la salud pública
Leticia-COLOMBIA, 10-11 y 12 Mayo 2007

*Giovanna Liset Reyes Sánchez**

Como se mencionó en la introducción, el laboratorio regional latinoamericano sobre medicina tradicional se desarrolló en tres grandes sesiones: “Plantas medicinales y productos naturales: una alternativa sostenible”; “Prácticas de salud tradicionales y articulación con instituciones de salud pública” y “Cosmovisiones en contacto: Diálogo de saberes”. Por su metodología fue un evento académico que abrió espacio para discusiones científicas, políticas y sociales en relación a la articulación de la medicina tradicional y la salud pública en Latinoamérica.

Su ambiente de discusión académica, permitió que confluyeran diversas experiencias y múltiples enfoques alrededor de la medicina tradicional, tales como:

- El uso de plantas medicinales en contextos de curación chamánica o por sabedores tradicionales, en la producción y comercialización de extractos medicinales, y discusiones sobre propiedad intelectual de los recursos naturales en Latinoamérica.

¹ gjoliset78@yahoo.com



- La medicina tradicional se mostró como un proceso cultural construido en lo local, dinámico y no sistemático, que abarca el uso de plantas medicinales, la curación espiritual, el manejo del mundo y de los recursos naturales. Se fundamenta en la relación del ser humano con la naturaleza y en la concepción y construcción de un cuerpo humano físico, social y espiritual.
- Las instituciones de salud pública (Ministerio de Protección Social Colombia, OMS-OPS Colombia) reivindican el conocimiento tradicional en salud como una herramienta para mejorar la calidad de la atención en salud para los grupos étnicos y reconocen que es también un territorio político donde hay un ejercicio de derechos y deberes.

Si bien el Laboratorio no fue un evento para la toma de decisiones en el ámbito político, fue un espacio de encuentro para dialogar con otros desde diferentes disciplinas y culturas, y así nutrir el proceso de construcción de mejores modelos de atención en salud que benefician a los grupos étnicos. No obstante, este encuentro de saberes también permitió considerar a la población latinoamericana en general, donde confluyen muchas variables difíciles de delimitar como: etnia, cultura, territorio, cuerpo, religión, política, economía; y donde parece que tuviéramos un poco de todo: de indio, de negro y de blanco.

CONCLUSIONES POR PANEL

Sesión de inauguración del laboratorio

El jueves 10 de mayo de 2007 se dio inicio al evento con los saludos inaugurales de Ivanna Borsotto, Responsable Área Andina, MLAL-Progettomondo, Verona, ITALIA; Maria Argenis Bonilla, directora de la Sede Amazonia de la Universidad Nacional de Colombia; Claudia Steiner, directora del departamento de antropología de la Universidad de los Andes, Colombia, y Hernando Andoque Cacique del pueblo Aduche, gente de Hacha del medio Caquetá, Colombia.

Posteriormente el Dr. José Milton Guzmán V., Punto Focal Pueblos Indígenas, OPS-OMS, Colombia, explica la “Estrategia de la OMS sobre medicinas tradicionales: un primer paso hacia el diálogo”.



Finalmente, se contó con la conferencia inaugural del profesor Carlos Alberto Uribe del departamento de Antropología de la Universidad de los Andes y del departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia: “El yajé (ayahuasca), los purgatorios y la farándula”.

Panel: Plantas medicinales y productos naturales: Una alternativa sostenible

Se llevó a cabo el día viernes 11 de mayo en la jornada de la mañana y parte de la tarde. Se tuvo la oportunidad de escuchar a sabedores tradicionales. Azulay Vásquez, abuelo Ticuna de la comunidad de San Martín de Amacayacu del resguardo indígena Ticoya de Puerto Nariño, Colombia, compartió su conocimiento sobre plantas medicinales de la selva y su origen mitológico; Freddy Romeiro “Chicangana”, de la Fundación Sol y Serpiente del departamento del Cauca, dio a conocer el trabajo con varios resguardos indígenas del Cauca en la reivindicación cultural de la hoja de coca, y las abuelas Ticuna, parteras del resguardo indígena de San Sebastián de Los Lagos, contaron parte de su conocimiento sobre plantas medicinales relacionado con la salud de la mujer.

Seguidamente, se presentaron varias investigaciones académicas sobre el uso y comercialización de plantas medicinales, realizadas por diferentes organizaciones públicas y privadas en Latinoamérica. Se tuvo la oportunidad de escuchar a los siguientes investigadores y sus respectivas ponencias:

- Armando Herrera Arellano, del Centro de Investigación Biomédica del Sur, IMSS, Xochitepec, Morelos, México: “Desarrollo de la investigación de plantas medicinales y fitomedicamentos en el IMSS. Nuevos retos y perspectivas”.
- Elaine Elisabetsky, Profesora Asociada, Departamento de Farmacología, ICBS, Universidad Federal Río Grande do Sul, Brasil: “El desarrollo de drogas con base en plantas medicinales y la conservación de la biodiversidad: estudios de casos en América del Sur”.
- Elena Vicenta Li Pereyra, Químico Farmacéutica, Profesora de Etnofarmacología y Gestión de la Calidad y Certificación de la Droga, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Iquitos, Perú: “Cadenas productivas de plantas medicinales - Estudio de caso: “Uña de gato”.



- Harold Alberto Gómez Estrada, Profesor Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Cartagena, Colombia: “Encuesta etno-farmacológica en el norte del Departamento de Bolívar (Colombia)”.
- Miguel Ángel Gutiérrez Domínguez, Biólogo, Médico Cirujano, Universidad de México, México: “Experiencias de intercambio de saberes con médicos tradicionales de hospitales integrales, con televidentes del Programa de TV La Botica del Pueblo y con otros actores sociales de las plantas medicinales y la medicina tradicional en México”.
- José Luis Martínez Salinas, Editor Jefe Blacpma (Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas), Chile: “Problemas en el comercio de las plantas medicinales en Chile”.
- Jorge Rubén Alonso, Presidente Asociación Argentina de Fitomedicina, Argentina: “Medicina tradicional en Latinoamérica: Experiencia Argentina en A.P.S.”.

Luego de las ponencias anteriores, quedó la sensación de la existencia de dos realidades alternas. En el contexto de la medicina tradicional indígena en Latinoamérica el uso de plantas medicinales ha sido una práctica milenaria, y se continúan usando en diferentes escenarios de curación desde el chamanismo hasta el tratamiento de enfermedades leves en el espacio doméstico. Tal como mostraron las intervenciones de los sabedores tradicionales, la medicina tradicional está ligada a un conocimiento ancestral, a la cultura y a los conceptos sobre el cuerpo y el ser humano; su fin es el manejo integral de la salud y en general de la vida humana en relación con la naturaleza.

Por tal razón, la defensa por la expansión social del uso de plantas medicinales como la hoja de coca en espacios urbanos, representa una reivindicación cultural del conocimiento indígena, que debe salvaguardarse por la población latinoamericana como un patrimonio cultural.

Ahora, además del uso tradicional de las plantas medicinales, hay un auge importante en la investigación y desarrollo de productos farmacéuticos con base en plantas medicinales en contextos nacionales latinoamericanos e internacionales. Los investigadores que participaron en este panel mostraron diferentes problemáticas en este sentido:



- Monopolio de las investigaciones y desarrollo de medicamentos y patentes, haciendo uso de recursos naturales de la selva del Amazonas y otros lugares de Latinoamérica, por parte de grandes laboratorios farmacéuticos, que se quedan con la mayoría de excedentes de la comercialización. Mientras los pequeños productores son sometidos a explotación comercial.
- Deficiencias en los mecanismos de control legales en los países latinoamericanos sobre la explotación de recursos naturales destinados para este fin.
- Una creciente preocupación por la conservación de los recursos naturales de los países latinoamericanos asociada a los procesos de investigación en plantas medicinales y elaboración de nuevos fármacos.
- Explotación irracional de recursos herbolarios, extinción de especies, adulteración de productos, inexistencia de controles de calidad en la cadena productiva de plantas medicinales y carencia de asesoría técnica a productores y empresas de plantas medicinales y sus derivados (Gutiérrez Domínguez).
- La extinción de especies de plantas medicinales como una amenaza, debido a la sobreexplotación, la contaminación ambiental y el cambio climático (Gómez).

Igualmente se compartieron experiencias interesantes en investigación nacional ligada a contextos de salud pública y académicos que no tienen relación con grandes compañías farmacéuticas. Muchas de estas experiencias tienen como fin resolver problemáticas de salud sentidas por las comunidades y los investigadores, en espacios locales:

- Investigación y desarrollo de fitomedicamentos como parte del proceso de elaborar nuevos fármacos alternativos y costo-efectivos para el tratamiento de enfermedades prevalentes en contextos locales (México, Argentina, Colombia).
- Desarrollo de cadenas productivas de plantas medicinales siguiendo estándares de calidad (Perú).
- La investigación etnofarmacológica, toxicológica y de conservación de plantas medicinales al servicio de la gente y de la salud pública de forma racional (Colombia).



- Fortalecimiento de los espacios de uso local de las plantas medicinales (México).
- Formación de profesionales de la salud y fortalecimiento de la investigación para el uso de plantas medicinales en contextos de Atención Primaria en Salud, con el objeto de resolver problemas de salud prevalentes (Argentina).

Hasta aquí, se puede ver cómo en Latinoamérica el manejo de plantas medicinales se da en diferentes contextos sin mayor contacto entre ellos. Se puede precisar desde el uso tradicional local hasta la comercialización con ejercicios de poder económico. Luego de este diagnóstico surgieron las siguientes recomendaciones para ser consideradas en cada uno de nuestros países latinoamericanos, por los gobiernos, los sectores salud-educación y la población civil:

- Regulación de la explotación de los recursos naturales como política de los países latinoamericanos en defensa de su patrimonio.
- Investigación en salud al servicio de las necesidades locales.
- Fortalecimiento de iniciativas de los actores sociales para la elaboración de productos de plantas medicinales en función de las propias necesidades y de los perfiles epidemiológicos locales.
- Reglamentación de cadenas productivas, estándares de calidad y propiedad intelectual, especialmente en el contexto de los tratados de libre comercio.
- La investigación de plantas medicinales no se debe orientar únicamente a resolver enfermedades ni a generar las condiciones para competir en un mercado global, se debe potenciar su uso como un elemento más del manejo integral de la salud como un hecho social y cultural.
- Las plantas medicinales pueden usarse racionalmente en contextos de Atención Primaria en Salud, considerando que la medicina tradicional, como mostró Jorge Rubén Alonso, “Es una concepción holística o integrativa del arte de curar, consustanciada con aspectos culturales de las comunidades que la practican, y que vinculan al individuo en su relación con otros hombres, con la naturaleza y con el universo”.



Panel: “Prácticas de salud tradicionales y articulación con instituciones de salud pública”

La jornada de la tarde del viernes se inició con el panel: *“Prácticas de salud tradicionales y articulación con instituciones de salud pública”*, donde se contó con la participación de Héctor Fabio Gañán Bueno, indígena embera chamí, del resguardo San Lorenzo, Departamento de Caldas, Delegado ONIC para el referendo por el agua, Colombia *“Resguardo de la Chorrera: Una verdad a medias”*.

Posteriormente se escucharon las experiencias de:

- Juan Carlos Preciado, Coordinador Fundación GAIA Asignado a la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa Leticia, Amazonas, Colombia: *“La experiencia de coordinación interadministrativa Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas y Gobernación del Amazonas”*.
- Juan Felipe Guhl Samudio, Antropólogo, Universidad de Los Andes, Aspirante Magíster en Estudios Amazónicos UNAL, Leticia, Amazonas, Colombia: *“Las dinámicas del discurso chamánico: enfermedad y regulación en las comunidades del río Mirití-Paraná”*.

El día sábado 12 de mayo en la jornada de la mañana se continuó con el panel *“Prácticas de salud tradicionales y articulación con instituciones de salud pública”*, donde participaron los líderes indígenas de Araracuara del pueblo Andoke, gente de Hacha. Orlando andoque contó su experiencia en la construcción de su plan de salud y mostró el calendario ecológico epidemiológico del pueblo andoke.

Posteriormente Rufina Román Sánchez habló sobre el proyecto: *“Desarrollo rural y salud básica a través del uso de recursos locales en cuatro comunidades de Colombia”*, realizado en convenio con el Centro Orientamiento Educativo COE (Italia), el Instituto Amazónico de Investigaciones IMANI, la Universidad Nacional de Colombia – Sede Amazonia y el Resguardo Gente de Hacha Andoke.

En la misma jornada se presentaron las conferencias y experiencias por parte de representantes de instituciones de salud pública e investigadores de la Universidad Nacional sede Amazonia:



- Gina Carrioni, Coordinadora Grupo Equidad y Género, Ministerio de Protección Social, Colombia: *La medicina tradicional en el marco de la protección social*.
- José Milton Guzmán V., Punto Focal Pueblos Indígenas, OPS-OMS, Colombia: *Una política de medicina tradicional en Colombia: Una perspectiva de derechos y deberes*.
- Giovanna Liset Reyes Sánchez, Médica, Universidad del Valle, Estudiante de Maestría en Estudios Amazónicos (UNAL), Leticia, Colombia: *Analogías y antagonismos en salud sexual y reproductiva entre población Ticuna y los servicios de salud del municipio de Leticia (Avance de tesis)*.
- Omar Bonilla, Biólogo Universidad Nacional - Magíster en Estudios Amazónicos (UNAL), Docente Departamento de Ciencias Colegio INEM Leticia, Colombia: *Identificación de algunos factores de riesgo ambientales, culturales y sociales asociados a la ocurrencia de enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y malaria en la comunidad de La Playa, Leticia, Amazonas*.

En la jornada del sábado en la tarde se llevó a cabo la intervención del médico tradicional Uldarico Matapí de la etnia upichía del río Mirití con su charla: “La visión upichía de la medicina tradicional” y la explicación de los significados de los objetos de la cultura material de la exposición simultánea al evento: “La visión indígena del manejo del mundo”.

En esta sesión de ponencias, los indígenas e investigadores sociales mostraron reiteradamente que la medicina tradicional se practica ligada a un territorio, donde la buena salud depende de mantener un flujo equilibrado de energía entre la naturaleza y el ser humano y que el cumplimiento de normas sociales permite esta armonía.

A su vez, fue interesante ver propuestas de investigación y domesticación de plantas medicinales para su utilización en atención primaria por parte de indígenas de la etnia Andoque, con base en el saber de los abuelos y solicitando la autorización de los “sobrenaturales”¹.

¹ Los “sobrenaturales” son seres no humanos a quienes se les considera “dueños” de las plantas y animales del monte. Antes de extraer o cazar se debe solicitar la autorización de los mismos, a través del chamán y así mantener la armonía entre ser humano y naturaleza.



Así mismo, se vio que la articulación de la medicina tradicional con la salud pública ha tenido diversas barreras en el camino, entre ellas políticas y económicas. De este proceso se concluye que:

- Hay conceptos por reconocer y reconstruir: salud, cuerpo y enfermedad.
- Conocimientos y prácticas para aceptar y fortalecer, desde las mismas organizaciones indígenas y por el sistema de salud, tales como: prácticas cotidianas y rituales para el cuidado de la salud y el tratamiento de enfermedades.
- Los agentes de salud tradicionales: parteras, curanderos, “yerbateros” y médicos tradicionales o chamanes poseen un conocimiento que es patrimonio cultural y de vital importancia en el manejo del territorio y la salud.
- Finalmente, la articulación entre los dos saberes debe partir de la construcción de alianzas para el intercambio de saberes de forma equitativa entre los agentes de salud tradicionales y los profesionales de la salud.

Por lo tanto, para desarrollar el proceso de articulación entre los dos saberes, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- El fortalecimiento de los procesos de investigación, recopilación de información epidemiológica y de elaboración de planes de salud locales en las comunidades indígenas.
- La elaboración de nuevos perfiles epidemiológicos que integren aspectos sociales y culturales de las poblaciones, teniendo en cuenta experiencias previas.
- La reivindicación y uso del conocimiento tradicional es un derecho propio de los pueblos indígenas que a través de sus autoridades tradicionales deben regular y fortalecer al interior y exterior de sus comunidades.
- Para lograr la articulación de la medicina tradicional con instituciones de salud pública, se debe partir del reconocimiento de cada saber.
- Se requiere una fuerte voluntad política de los gobiernos para llevar a cabo este proceso, considerando que éste puede estar al servicio no sólo de los pueblos indígenas sino de toda la población latinoamericana.



Mesa redonda: Cosmovisiones en contacto: un diálogo de saberes

Finalmente, se realizó la mesa redonda: *Cosmovisiones en contacto: un diálogo de saberes*. Esta actividad, dentro del Laboratorio, convocó a investigadores y líderes indígenas de la región Amazónica que han tenido experiencias interesantes desde la antropología, la salud pública y la defensa del conocimiento tradicional indígena; todos concluyeron en una gran mesa redonda de opiniones, recomendaciones y propuestas.

El profesor Germán Palacio, Abogado PhD. Historia Ambiental, Director Proyecto Saber y Gestión Ambiental, Universidad Nacional de Colombia, fue el moderador de la mesa.

La mesa comenzó con las intervenciones de: Daniel Aguirre, Antropólogo, docente Universidad de los Andes Bogotá, Colombia; María Clara Van der Hammen, Tropenbos, Colombia; Hernando Castro, Presidente Asociación Indígena CRIMA - Colombia; Tomás Román, líder uitoto, representante Organización Pueblos Indígenas Amazonia Colombiana; Gina Carrioni, Coordinadora Grupo Equidad y Género, Ministerio de Protección Social, Colombia; Édgar Eduardo Bolívar Urueta, magíster Estudios Amazónicos, investigador IMANI UNAL Amazonas, Colombia; Giovanna Micarelli, Antropóloga PhD., profesora invitada de la Universidad Nacional de Colombia, sede Amazonia. Posteriormente, se abrió la discusión a todas las personas asistentes y participantes del Laboratorio, quienes aportaron ideas y críticas constructivas sobre los temas tratados durante todo el evento.

El laboratorio se cerró con las palabras finales de Enrico Neri (Representante MLAL-Progettomondo-Colombia) y con la degustación del té de coca “kokasana” ofrecida por la Fundación Sol y Serpiente.

Luego del desarrollo de esta actividad final quedaron varios retos por resolver en el proceso de articulación de la medicina tradicional y la salud pública en Latinoamérica, considerando que el primer paso es el diálogo de saberes:

- El gran reto del proyecto es su propia reivindicación política desde los mismos pueblos indígenas e instituciones de salud pública. En definitiva, el primer paso es el reconocimiento y apropiación de cada uno de los saberes.



- Una estrategia interesante planteada durante la discusión final es el fortalecimiento del conocimiento tradicional al interior de los pueblos indígenas a través de la investigación propia.
- El conocimiento tradicional en salud no debe plantearse sólo en términos de la fitomedicina; no obstante, siendo una parte importante de él, puede utilizarse racionalmente en salud pública en contextos como la Atención Primaria. Este puede ser un espacio favorable para el diálogo de saberes, donde se mantenga al margen el ejercicio de poder del mercado de las grandes empresas farmacéuticas.
- La pluralidad de visiones puede ser una fortaleza si se logran unir experiencias y propuestas encaminadas a un objetivo común entre indígenas, investigadores e instituciones. Cada actor puede tomar aspectos positivos de la postura del otro para mejorar y fortalecer los procesos internos de cada sector. Reconocer la diferencia y el potencial que tiene cada sector para aportar a un objetivo común es también un buen comienzo. En palabras de Elena Li Pereyra “tiene una importancia soberana” tal como deben ser nuestros países latinoamericanos.