

**Concepciones de salud de la población isleña raizal en el proceso de migración a
Medellín entre 1990 y 2013: una visión desde los isleños raizales**

Juan Diego Restrepo Toro

Tesis para optar al título de magister en Salud Colectiva

Asesor

Mg. Gustavo A. Arango Tamayo

Facultad de Enfermería

Universidad de Antioquia

Medellín

2016

Agradecimientos

A los raizales, por su amabilidad y por hacer posible este estudio. También a mi casa, la Universidad de Antioquia. Al profesor Gustavo Arango por guiarme, preguntarme y planteármelo como un problema ético.

Por su ayuda y amor, a los diez compañeros; por sus conocimientos y cuidado, a todos los profesores; por su apoyo, a Carolina Echavarría; por sus aportes y confianza, a la maestra María Eumelia Galeano. Por la esperanza y la crítica, a los autores que han aportado la corriente de pensamiento que es la Salud Colectiva.

A mi familia, por su amor y paciencia.

Tabla de contenido

	Página
Introducción	6
1. Construcción del estudio	9
1.1 Construcción de las preguntas	9
1.2 Antecedentes	10
1.3 Diseño del proyecto	12
1.4 Recolección de la información	13
a) Acceso al campo	13
b) Búsqueda bibliográfica	14
c) Selección de participantes	14
d) Entrevistas individuales y observación	15
e) Registro y sistematización de la información	17
1.5 Análisis	17
1.6 Talleres de devolución para la validación y complementación	19
1.7 Problemas y limitaciones	20
1.8 Estrategia de comunicación y socialización de resultados	20
1.9 Consideraciones éticas	21
2. Contextualización de la población raizal y de los participantes	23
2.1 Consideraciones históricas	24
a) ¿Periodo de reconocimiento étnico?	27
2.2 Consideraciones económicas	28
2.3 Auto reconocimiento como raizal – “Sobre eso no hay un acuerdo”	31
a) Desconexión y reconexión con la raizalidad	32
b) Creole – “Es mi lengua que reconozco como materna”	35
c) Más que un documento de identidad	39
d) Fronteras de identidad – “No es afro, es raizal”	40
2.4 De nativo a migrante	43
a) “Fue una decisión familiar. Yo vine para estudiar y trabajar porque en las islas no hay muchas oportunidades”	44
b) Trabajo en las islas	49
c) Ser raizal en Medellín	50
d) Migrantes de ida y vuelta	53
3. Develando las concepciones de salud	57
3.1 Referentes conceptuales	58
3.2 Salud y vida en las islas	60
a) Salud como el disfrute de la vida – “Los raizales podemos aportarle al mundo con nuestra visión de la tranquilidad”	60
i. Dificultad para hablar de la salud – “Hay algo que es salud, ¿qué es?”	62
ii. El equilibrio y su pérdida	64

iii.	Bienestar que permite realizar actividades	66
iv.	La cotidianidad – “El ritmo de vida no es el mismo”	68
v.	Relación entre salud y tranquilidad – “La salud es estar tranquilo y no estamos tranquilos”	71
b)	Conceptos biomédicos de la salud	74
i.	Ausencia de enfermedad – “Yo nunca me enfermo”	76
ii.	Estilos de vida saludable – “No es una exigencia social en las islas”	78
iii.	Salud y relación con los servicios de atención – “Si se pudiera tener raizales atendiendo raizales”	81
c)	Entorno	89
i.	El mar – “La gran medicina”	91
d)	Socialización y salud	93
i.	La salud y el conocimiento ancestral	96
ii.	Cuidados caseros – “Son mil y mil cosas”	99
iii.	Salud y alimentación – “Del árbol a la olla”	101
e)	Concepto mágico- religioso de la salud	104
3.3.	Vida en Medellín y conceptos de salud	108
a)	Diversidad de concepciones en la ciudad	109
b)	Trabajar en la ciudad – “¿Por qué no volví a trabajar en las islas?”	116
c)	Raizales remitidos a Medellín	119
d)	La salud ¿un derecho?	120
3.4.	Permanencias y modificaciones de las concepciones de salud durante el proceso de migración	123
4.	Reflexiones y recomendaciones	128
5.	Bibliografía	130
6.	Anexos	136

Lista de anexos

	Página
Anexo 1. Consentimiento informado	136
Anexo 2. Guion de entrevista	138
Anexo 3. Ficha de categorización	140
Anexo 4. Matriz de categorías	141

Introducción

*And anywhere in the world we'll be
San Andres will be in our memories*
Canción Beautiful San Andres¹

El propósito de esta investigación es comprender las modificaciones y permanencias en las concepciones de salud de los isleños raizales² en el proceso de migración a Medellín, entre 1990 y 2013.

Esta investigación se desarrolló entre 2013 y 2015, y contó con la participación voluntaria de 18 personas de la comunidad isleña raizal migrante en Medellín y que fue abordada desde el enfoque cualitativo de investigación social, en la modalidad de etnografía focalizada. Las estrategias de investigación cualitativa hicieron parte de mi formación como investigador y alumno de la IX cohorte de la Maestría en Salud Colectiva y de su línea de investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud.

Durante los dos años dedicados a construir este estudio, transité varias rutas para comprender e interpretar las concepciones de salud de los raizales en Medellín, abordar su importancia en el proceso de migración y celebrar la diversidad de sus puntos de vista en una época en que la salud es cada vez más una mercancía y cada vez menos un derecho, y en un territorio en el que el reconocimiento de la diversidad cultural no ha sido una tradición. Hablar de concepciones de salud distintas a las hegemónicas es aventurarse en los caminos del diálogo de saberes y de la dignidad de los raizales como sujetos autónomos, interesados en ejercer sus derechos y valorar su cultura.

La falta de estudios específicos acerca de la salud de los raizales en Medellín motivó a abordar este asunto con el propósito de contribuir con el reconocimiento étnico entre la diversidad poblacional de Medellín y del país, y con la intención de sugerir criterios para la atención diferencial de esta comunidad.

Los hallazgos que surgieron de la participación de los raizales son planteados en el desarrollo de las categorías del reconocimiento como raizal, del proceso de migración y de las concepciones de salud asociadas con su vida en las islas, primero y con su vida en Medellín, después. Para abordar estas categorías parto de considerar, de acuerdo con Clifford Geertz, las palabras de Max Weber sobre la relación entre el individuo y la

¹ Beautiful San Andres es una canción compuesta en 1972 por María Cecilia Francis. Fue adoptada como himno oficial de la isla de San Andrés a través de la Ordenanza 15 de 2012. El fragmento traduce: “*Y en cualquier lugar del mundo en el que estemos, San Andrés estará en nuestros pensamientos*”.

² En adelante se emplea el término raizal, aunque también se usa como denominación cualquiera de los siguientes términos: isleño raizal, isleño nativo, nativo sanandresano o nativo providenciano. Para los participantes “Sobre eso no hay un acuerdo”, como se verá a partir de la página 31.

sociedad (desde la sociología comprensiva), según las cuales: “el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones” (1).

Cuando una persona reconoce lo que comprende por salud lo hace desde la socialización, porque no es un proceso aislado de esa red de relaciones que mencionaba Geertz, sino que también incluye el modo de vida y los conocimientos del colectivo. Las concepciones de salud son entendidas como una construcción socio cultural, que parten de un concepto que es “dinámico, histórico, que cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan” (2). Dicho en otras palabras, los individuos, las familias y las comunidades, no solo migran de manera geográfica, sino también social, simbólica y cultural, y ese desplazamiento involucra también a las concepciones de salud.

No debe sorprender que a un periodista que no es raizal ni profesional del sector sanitario le interese este asunto, a veces oculto en la agenda mediática, y preguntarse si la salud es ¿un derecho o una mercancía? ¿Un medio para trabajar, un privilegio o un favor político? ¿Es el equilibrio, la paz espiritual o lo que nos hace falta cuando nos enfermamos? ¿Qué es? Nuestra época se caracteriza por la sucesión de las crisis en el sector de la salud, por dilemas éticos frente al cuerpo, frente al otro y por la destrucción del ecosistema, hechos que dan cuenta de una pregunta compleja “¿Qué es, en realidad, la salud? ¿Es un objeto de la investigación científica en la misma medida en que, cuando se produce una perturbación, se convierte en nuestro propio objeto? Porque, en definitiva, la meta suprema es volver a estar sano y así olvidar que uno lo está” (3). Y es que la idea misma de salud está en un campo de tensión social, como lo está el reconocimiento del grupo raizal en un país donde se ha ocultado la tradición multicultural a través del dominio de una cultura hegemónica; aunque se ha tratado de recuperar después de la Constitución de 1991 y mediante distintas políticas de reconocimiento cultural.

Esta experiencia de investigación en salud fue nueva para mí y muy enriquecedora, pues la abordé desde mi formación como periodista y con las herramientas adquiridas en la Salud Colectiva, acudiendo a las Ciencias Sociales como un eje diferenciador de la Salud Pública tradicional. Esto implicó plantear una relación horizontal con los raizales, respetuosa, en un esfuerzo por dar cuenta comprensiva de los Otros.

En el primer capítulo se aborda la construcción del estudio, mientras en el segundo se hace una contextualización tanto de la población raizal con una mirada a su historia, su cultura, su economía, como de los participantes desde su auto reconocimiento, su proceso de migración y su relación con distintas dimensiones de la cultura raizal. En el tercer

capítulo se problematiza sobre las concepciones de salud y el proceso de migración con distintos referentes conceptuales para la discusión, para después comparar las concepciones de salud que los raizales asociaron con su lugar de origen, las islas, y las mismas en su periodo de vida en Medellín, y luego presentar una reflexión acerca de las similitudes y diferencias. Finalmente, se enuncian las reflexiones y recomendaciones respectivas.

1. Construcción del estudio

Cuando niño viví entre la comunidad isleña raizal de San Andrés, exactamente en el barrio La Loma, encima de una montaña con vista panorámica de sus playas, mares y cayos. El recuerdo de esta experiencia fue la motivación inicial del estudio. La propuesta surgió del interés personal por comprender la cosmovisión del pueblo raizal veinte años después en Medellín.

Esta investigación me permitió estar entre raizales nuevamente gracias a la participación de 18 personas que me compartieron sus concepciones de salud y su proceso de migración a la ciudad a través de la palabra, de la observación en entrevistas individuales, talleres grupales y conversaciones informales.

Durante el proceso investigativo transité por distintos caminos, cuyas reflexiones introduzco en este capítulo, síntesis de la memoria metodológica. El foco de la etnografía estuvo puesto en los conceptos de salud de los raizales durante su proceso de migración a Medellín. Por ello las técnicas de recolección de la información fueron orientadas a escuchar el punto de vista de los participantes como migrantes, como raizales y como personas autónomas que expresaron su opinión y reflexionaron acerca de sus conceptos de salud.

La investigación etnográfica focalizada fue la modalidad desarrollada desde el paradigma comprensivo del conocimiento que es el Interaccionismo Simbólico. Por un lado, porque preguntarse por las concepciones de salud de los raizales en Medellín implica que hay una preocupación por la subjetividad y por su expresión en la vida diaria. Por otro, porque desde la Salud Colectiva interesa analizar la vida de estas personas en un contexto en el que se reconozcan los condicionantes políticos, económicos, sociales y culturales en los procesos de salud, enfermedad y muerte.

1.1. Construcción de las preguntas

¿Cuáles son los aspectos que se modifican o permanecen en las concepciones de salud de la población isleña raizal migrante a Medellín, entre 1990 y 2013? Llegar a esta pregunta no fue sencillo. Un primer reto era que no conocía a ningún raizal desde que dejé las islas. Consideré otras opciones de investigación: me interesaban los conocimientos en salud de las mujeres afro desplazadas a Medellín, también me inquietaba el poblamiento negro en la ciudad y consideré hacer una investigación sobre desplazamiento afro. Pero los raizales no eran desplazados, tenían otras características de migración que no estaban marcadas directamente por el conflicto armado, además ¿se sienten los raizales incluidos dentro de los afro? Se hizo necesario identificar al raizal como uno de los diversos grupos sociales de las islas. La investigación no sería sobre los habitantes de las distintas islas del

Archipiélago, ni sobre el grupo amplio denominado como afrocolombiano en Medellín, ni sobre desplazamiento, ni sobre formas de discriminación racial en la ciudad.

Decidí entonces concentrarme en el grupo étnico raizal a partir del reconocimiento de la diversidad cultural, pues “los valores culturales son diversos y no son válidos universalmente” (4).

Pero al redactar una primera versión del proyecto surgió la duda si investigar sobre las prácticas o sobre las concepciones de salud. A pesar de que este dilema fue difícil de sortear, la elección de las concepciones se fundamenta en que la forma en que las personas piensan y se expresan en relación con su salud “refleja la visión que tienen de sí mismos y de su mundo” (5). En efecto, los humanos tenemos conocimientos, prácticas y valores culturales que compartimos con nuestro colectivo. Concepciones y prácticas de salud están imbricadas en la definición de cultura: “comprende tanto las ideas y las dimensiones simbólicas expresivas, como los comportamientos y los productos materiales que los seres humanos y los grupos sociales compartimos, aprendemos, transmitimos, producimos y creamos a través de las interacciones sociales” (6). Desde allí hubo una inclinación por el paradigma del Interaccionismo simbólico, que resultaba apropiado para las preguntas que planteaba y pertinente para el abordaje del tema.

Después de optar por las concepciones de salud del grupo raizal, delimité el objeto de estudio: no pretendía abordar a toda la población raizal, solo a quienes vivían en Medellín, de ahí la necesidad de no pensar al migrante como alguien que cambia su vida de la noche a la mañana, sino como alguien que está en un proceso en el que se transforma y aunque está instalado en Medellín, no necesariamente rompe con su lugar de origen. Para dar cuenta de ese proceso, debía indagar por las similitudes y diferencias de los conceptos de salud asociados con la vida en un lugar y en otro. El paso siguiente fue descender en el planteamiento de las preguntas secundarias:

1. ¿Cómo concebían la salud los isleños raizales en su lugar de origen?
2. ¿Cómo conciben la salud los isleños raizales luego de migrar a la ciudad de Medellín?
3. ¿Cuáles son las diferencias y similitudes entre las concepciones de salud de los isleños raizales en su lugar de origen y en su posterior vida en Medellín, entre 1990 y 2013?

1.2. Antecedentes

Aunque Colombia se reconoce como una nación pluriétnica y diversa culturalmente, es una de las más desiguales del mundo: “la pobreza, por ejemplo, golpea con más intensidad a los afrocolombianos [incluyendo a los raizales] –y también a los indígenas– que a las poblaciones “no étnicas”, independientemente de los indicadores utilizados para su medición” (7). Si bien el Estado ha expedido leyes como la Ley 70 de 1993 –de negritudes– y la Ley 100 de 1993 –de Seguridad Social– (8) (9), y ha decretado políticas públicas orientadas al reconocimiento de los derechos étnicos y territoriales de las comunidades étnicas, no hay avances sustantivos en materia de inclusión, superación de la pobreza o de la inequidad para la población étnica, como respuesta a la situación de desventaja en la que vive (7). Tampoco ha sido expedido el Estatuto Raizal, un marco jurídico y político que la comunidad le ha venido solicitando al Estado con mayor énfasis desde la Constitución de 1991.

A aquella brecha entre las políticas de reconocimiento de derechos y las condiciones de vida del grupo étnico, se suma que la salud no ha sido un eje recurrente en el desarrollo investigativo de los raizales, tampoco sus concepciones de salud, pues en los estudios revisados algunos ejes de abordaje fueron las tradiciones de la cultura isleña (10), (11), historia isleña (12), (13), (14), (15), (16), (17), religión, lingüística y tradición oral (18), (19), (20), (21), colombianización y soberanía (22), (23), (24), (25), educación cultural (26), (27), legislación especial del archipiélago colombiano (28), (29), dinámicas sociales y políticas raizales (30), (31), (32), (33), y familia (34). También hay investigaciones sobre procesos de migración hacia San Andrés, Providencia y Santa Catalina, las cuales se concentran en el aumento de la densidad poblacional del archipiélago, ubicándose las islas entre las más pobladas del mar Caribe (35). Otros antecedentes de tipo histórico, económico y cultural se encuentran en el próximo capítulo de manera más detallada.

Por otro lado, investigaciones sobre los diferentes grupos poblacionales en Medellín concluyeron que en salud, la atención es homogenizada y no corresponde a las características particulares de los grupos minoritarios (36), “situación que responde al modelo de salud eficientista y tecnicista, donde el usuario como sujeto y persona es cada vez más invisible” (37). Sin embargo, no fueron encontrados estudios específicos sobre las concepciones de salud de los raizales, ni sobre su proceso de migración a Medellín. Abriendo el lente, los estudios sobre los significados atribuidos por las personas a la salud son escasos en los países occidentales, “en comparación con los que existen sobre creencias y comportamientos ante la enfermedad” (5).

Además, al tratamiento excluyente por parte del Estado y la sociedad, se le suma la invisibilidad en la comunidad académica. La antropóloga Nina de Friedemann en diversas publicaciones (1983, 1984, 1992 y 1993) planteó para los grupos étnicos el problema de la

invisibilidad como una forma de “no mirada” a la identidad racial, social y cultural (38) y como una estrategia de dominación que “se apoya en una negación de la actualidad y en la historia de los africanos negros y sus descendientes en América y se complementa con el manejo de la estereotipia” (39). En efecto, se hace necesario ampliar la comprensión sobre lo que los raizales conciben por salud en su proceso de migración, al considerar a esta cultura dentro del campo de interés de las Ciencias Sociales y la Salud Colectiva.

1.3. Diseño del proyecto

Tras la revisión de antecedentes y con las preguntas orientadas hacia la recuperación de la subjetividad del grupo raizal, el proyecto fue diseñado acudiendo a los métodos cualitativos de investigación en la modalidad de etnografía focalizada, utilizando categorías sensibilizadoras que sirvieron de referentes conceptuales para dinamizar la reflexión sobre los conceptos emergentes. Estas categorías fueron: Cultura raizal, Diversidad cultural, Migración, Concepciones de salud y Salud en Medellín. No se pretendió constituir un marco teórico, con hipótesis a comprobar, sino un trabajo inductivo, donde los referentes conceptuales permiten dinamizar la reflexión.

La metodología se planteó con tres momentos: exploración, focalización y profundización, y fue llevada a cabo con los criterios propios de dicho método: abierto, flexible, emergente y multicíclico (40) (36). Como etnografía focalizada este estudio es una descripción parcial de la cultura raizal en una de sus particularidades: las concepciones de salud (41). A diferencia de la etnografía clásica, que consiste en una descripción densa de la cultura, o según Morse “un producto de un viaje prolongado durante el cual el investigador reside con la comunidad estudiada” (41), esta etnografía se concentra en participantes con características específicas (los raizales migrantes a la ciudad de Medellín durante un período de tiempo definido) y un aspecto concreto, lo que comprenden por salud. Como etnografía focalizada recurrió a la observación en la relación dialógica que se estableció durante las entrevistas con los participantes y en las conversaciones informales, además de observación participante en eventos que se realizaron como actividades abiertas al público para la comunidad raizal en la ciudad. Los aspectos de la observación fueron consignados en los diarios de campo como estrategia de recuperación de información.

Durante la construcción del proyecto, los objetivos se fueron modificando según las posibles preguntas hasta quedar planteados de la siguiente manera:

Objetivo general:

Comprender las modificaciones y permanencias en las concepciones de salud de los isleños raizales migrantes en Medellín, entre 1990 y 2013.

Objetivos específicos:

1. Reconocer las concepciones de salud de los isleños raizales en su lugar de origen.
2. Analizar las concepciones de salud de la población isleña raizal en su periodo de vida en Medellín, entre 1990 y 2013.
3. Develar similitudes y diferencias en las concepciones de salud de los isleños raizales en su lugar de origen y en su posterior vida en Medellín.

De acuerdo con estos objetivos, las técnicas de recolección de información propuestas fueron la entrevista individual, la observación, la revisión documental y el taller de devolución de hallazgos para su validación y complementación. La formulación de este proyecto comenzó desde el segundo semestre del año 2013 y se extendió hasta inicios de 2014. Los instrumentos fueron probados con dos entrevistas a comienzos de 2014 y desde ese momento se inició el acceso al campo.

1.4. Recolección de la información

a) Acceso al campo

Fueron varios los ciclos transitados en el momento de la exploración, entre ellos la revisión de antecedentes y de las teorías como parte de la técnica de revisión bibliográfica. Por otro lado y debido a que no existe ninguna organización que agrupe a los raizales en la ciudad³, y como no conocía ningún lugar de encuentro de la población raizal, acudí a la estrategia de bola de nieve, donde un raizal me refirió a otro que conocía en Medellín.

Varios de los contactos fueron posibles gracias a la participación de un líder espiritual y docente sanandresano, quien a la manera de portero de la comunidad, me permitió relacionarme con los participantes, específicamente con aquellos que pertenecen a su congregación religiosa.

Esta estrategia de acceso al campo usa la metáfora de una bola de nieve que se echa a rodar y con la pendiente gana masa, velocidad y aceleración. Al principio, me resultó difícil encontrar a los participantes, algunos no se mostraron interesados, otros escucharon la propuesta pero no quisieron participar y hubo quienes aceptaron pero la entrevista no se pudo concretar o cambiaron de opinión.

³ Como sí sucede con la Organización Raizal con Residencia Fuera del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (ORFA), en Bogotá.

Las personas que aceptaron participar lo hicieron de manera voluntaria. Entre una y otra entrevista pasaba algún tiempo, pues de manera simultánea se realizó la transcripción, la categorización y el análisis. En ocasiones, tras escuchar las entrevistas y a partir de reflexiones sobre lo ocurrido en ellas se hizo necesario realizar cambios en los instrumentos, por ejemplo en la manera de formular algunas preguntas. Entonces, retomaba la bola de nieve y contactaba a otro raizal.

Esa dinámica fue cambiando en la medida en que conocía más participantes y estos me remitían a otros. Volver a conversar con algunos de ellos me permitía no solo acceder a otro contacto, sino retomar el diálogo y hacer varias entrevistas informales que me permitieron conocerlos mejor que a quienes entrevisté una sola vez. Ganarme la confianza de los participantes tomó tiempo y paciencia.

Los entrevistados me remitieron a otras personas de distintas congregaciones religiosas e instituciones educativas como Corporación Universidad Adventista, Universidad Nacional – sede Medellín, Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana y la Fundación Universitaria Luis Amigó. También pude contactar a personas que no estudiaban, con quienes las entrevistas se realizaron en su lugar de trabajo. Hubo un caso excepcional: uno de los participantes se enteró de este estudio y me contactó con el interés de participar. Con ninguno de los participantes me había relacionado con anterioridad.

b) Búsqueda bibliográfica

Esta fue una revisión transversal al proceso. Como técnica de recolección de información académica acudí a las bibliotecas de la Universidad de Antioquia y a bases de datos como Mendeley, SCielo, DialNet y buscadores como Google Academic.

En estas bases de datos se hizo una indagación en la que se rescataron autores de distintas disciplinas, principalmente de la Salud Colectiva, pero también estudios desde la sociología, la historia, la antropología, las ciencias de la salud, que sirvieron para levantar los antecedentes y los referentes conceptuales. Por un lado, se acudió a distintos teóricos de la salud para explorar distintas definiciones. Además fue necesario indagar en los procesos de migración y en el reconocimiento de la diversidad cultural. Los estudios sobre la cultura raizal fueron otro eje central en esta búsqueda bibliográfica.

c) Selección de Participantes

Los participantes en las entrevistas individuales de este estudio fueron 18 personas que se reconocieron a sí mismas como raizales y que además migraron a la ciudad de Medellín en el periodo 1990 – 2013. Estos migrantes tienen su residencia en los sectores del Centro,

Belén, Estadio, Floresta, Robledo, La América, Laureles y Buenos Aires. Las entrevistas se realizaron en español, aunque se hicieron referencias al creole, su lengua materna. Ellos aceptaron participar de manera voluntaria y se caracterizaban por tener dominio y comprensión del español. No se abordó a personas que no estaban en condiciones comunicativas para compartir su experiencia.

d) Entrevistas individuales y observación

Con cada participante traté de concertar el encuentro de manera pausada. En ningún caso manifesté urgencia por hacer la entrevista, pues le ofrecía acomodarme a su horario y desplazarme hasta el lugar que eligiera. A diferencia del periodismo noticioso, en que la urgencia de la acción determina la manera en la que se relaciona el profesional con sus “fuentes”; en este caso los raizales no fueron considerados como “fuentes de información”, sino como participantes autónomos con quienes se estableció una relación de diálogo fluida y libre.

Algunos de los raizales se mostraron más dispuestos en participar que otros, varios preguntaron lo que motivaba a hacer el estudio y hubo quienes se interesaron en saber qué es la Salud Colectiva. En un primer momento, explicaba quién me había dado el teléfono y para qué lo llamaba. Tenía la ventaja de que tanto el portero como los participantes que me dieron el contacto, les habían informado que yo los iba a llamar. Luego explicaba brevemente de qué se trataba el estudio. Después tratábamos de concertar una entrevista para una fecha y un lugar que confirmaba más tarde.

Tras saludarlos, las primeras impresiones de los entrevistados me recordaron cierta manera de ser raizal: la calidez en el trato, la cadencia de la voz, la pronunciación, la manera de armar las frases en español, las facciones isleñas o los rasgos caribeños en cada uno de ellos, tan similares y a su vez tan diferentes: por ejemplo aquella joven de una belleza exótica vestida en jeans, otra en medio de su jornada de trabajo como ejecutiva, la última en pijama médica y sin maquillaje; también me entrevisté con un hombre calvo, otro de cabello crespo bien cuidado y otro con un estilo rasta, largo y espeso.

Los encuentros se realizaron en distintos escenarios: residencias, lugares de estudio, de trabajo y en sitios de encuentro como parques y cafés. Una vez juntos entablamos una entrevista informal sobre cualquier tema. Luego pasamos a leer y a solicitar la firma del consentimiento informado que explica de qué trata el estudio y a disipar las inquietudes que se suscitaron en los participantes (Anexo 1 Consentimiento informado raizales en Medellín). Después de esto, pedí el permiso para encender la grabadora y comenzar con la entrevista formal.

Se realizaron entrevistas individuales de tipo semiestructurado, en la que se alternaron preguntas orientadoras con preguntas espontáneas: si bien había un guion con los temas (Ver Anexo 2 Guion de entrevista), la dinámica consistió en escuchar a las personas y a partir de sus respuestas formular nuevas preguntas.

El hilo conductor de la conversación fueron las concepciones de salud, como una invitación para que los participantes explicaran lo que comprendían por ella en sus vidas, tanto en las islas, como en la ciudad y durante su proceso de migración. También para que reflexionaran sobre sus permanencias y modificaciones, y para que las relacionaran con las estrategias a las que acudían para cuidar la salud o recuperarla una vez perdida, teniendo en cuenta la imbricación existente entre concepciones y prácticas, y considerando la dificultad que se presenta a la hora de definir una palabra tan amplia, algo complejo como son las concepciones de salud.

Durante las entrevistas hubo un énfasis en la vida cotidiana, lo que permitió escuchar diferentes versiones de cómo transcurrían los días para ellos. Algunos respondieron de forma esquemática, describiendo su rutina y horarios según su dedicación al estudio, al trabajo o a las actividades de ocio. Otros se adentraron en temas como: familia, socialización, ritmo de vida, lugares que frecuenta, sueños, dificultades o experiencias. Algunos relataron historias propias, de familiares o conocidos para poder ejemplificar eso que estaban exponiendo como concepto de salud.

Al inicio de las conversaciones emergían temas que eran retomados después. Sin embargo, antes de concluir, cuando les preguntaba si querían agregar algo, los participantes se explayaron o sintetizaron lo que habían expuesto antes, algunos en forma de elipsis. Las personas hicieron declaraciones por fuera del marco pregunta-respuesta, por ejemplo después de apagar la grabadora, cuando estaban más relajados, varios participantes se animaron a exponer aspectos relevantes o a conectar ideas que surgieron mientras conversamos. En ese momento se daba paso de la entrevista formal a la informal, sobre todo con las personas más conversadoras o que disponían de mayor tiempo; con los otros, las entrevistas terminaron de manera breve.

Estos aspectos quedaron registrados en los diarios de campo, en los que también están las notas de otras observaciones realizadas en distintos escenarios⁴: en el bar Sweet Island (Dc01bar⁵), que según ellos es por excelencia el lugar de encuentro raizal en Medellín y en

⁴ Lo que permite referirme a una población de raizales superior numéricamente que los 18 entrevistados que tienen el crédito.

⁵ A partir de este momento el código que identifica a las observaciones deberá leerse: Dc=diario de campo, seguido del número que indica el orden en que se realizó, y termina con tres o cuatro letras que permiten saber de manera abreviada el nombre del lugar en que se hizo.

el que se escucha música isleña, caribeña y urbana; y en eventos culturales, por ejemplo “Música y Contexto” en la Universidad de Antioquia (Dc02udea), en el que se presentó un grupo musical isleño; durante una muestra cultural y día de campo en la Corporación Universidad Adventista, que reunió a la colonia raizal para celebrar la fiesta patria del 7 de agosto (Dc03adv), y durante el evento académico “Situación actual de la población raizal”, realizado en la Gobernación de Antioquia, en el edificio de La Alpujarra (Dc04alp).

En las entrevistas y conversaciones informales, la observación fue durante el tiempo que se participó en la relación de diálogo que exige esta técnica y en conversaciones informales que siguieron sin grabación, en la relación para obtener participantes mediante la técnica de “bola de nieve” y en la relación con el portero del estudio; también como observación participante en los eventos planteados en el párrafo anterior en los cuales se conocieron aspectos relacionales y políticos de la cultura raizal. Todas estas observaciones se consignaron en los diarios de campo, igual que las reflexiones que ellas motivaron y permitieron una comprensión de aspectos culturales –por ejemplo la música o la celebración de fiestas patrias–, como marco para la interpretación y análisis de la información obtenida.

e) Registro y sistematización de la información

Acudí a los diarios de campo, a la grabación de entrevistas y a las fichas de contenido para la transcripción, categorización y análisis. Los diarios de campo sirvieron como bitácora para registrar las observaciones, describir a los personajes, su uso del lenguaje corporal y el clima de la entrevista; también para tomar nota de los temas de interés y hacer reflexiones teóricas o metodológicas. Además para el registro del itinerario, las ideas preliminares, los datos, impresiones, descripciones, dificultades y recomendaciones.

La mayoría de las entrevistas fueron transcritas personalmente y conté con el apoyo de una estudiante del pregrado de Enfermería quien participó en la transcripción de las últimas conversaciones. Para preservar la identidad de las personas, a cada quién se le asignó un código que se explica en la primera citación de evidencias, en el próximo capítulo.

1.5. Análisis

El análisis se realizó de forma comprensiva e interpretativa. Acudí a fichas de contenido para examinar las observaciones, las entrevistas y la revisión bibliográfica, además de la revisión de los diarios de campo donde las notas reflexivas fueron separadas de las descriptivas.

Realizada la transcripción de cada entrevista, iba siendo procesada en las fichas de contenido a través de una segunda (y tercera) escucha de la grabación, lo que permitió mejorar las transcripciones en busca de un análisis crítico.

Las fichas sirvieron para concretar el proceso de categorización, que fue un aprendizaje: usualmente, después de hacer entrevistas en el ejercicio periodístico al que me dedico, solo escucho los fragmentos que interesan y transcribo lo necesario para redactar los artículos. En cambio este proceso no fue un análisis *express* porque se realizó a través de la escucha reiterada de las entrevistas, la transcripción completa a un texto y la categorización de su contenido. Al comienzo, este proceso implicó un gran esfuerzo (algunos fragmentos de la información no parecían tener relación alguna) y varias asesorías con el docente. En principio, comencé haciendo el análisis línea por línea, pero con la destreza que se adquirió al avanzar, el análisis se realizó en función de párrafos con sentido completo o unidades significativas de análisis.

Las fichas fueron estructuradas con un encabezado, seguido de las características de los participantes y de la entrevista transcrita en una tabla en las que se relacionan las categorías *emic* con las *etic* (Anexo 3 Ficha de categorización). Durante este proceso transité de la identificación de categorías emergentes, a la contrastación de categorías y la elaboración de mapas conceptuales. Para lograrlo, acudí a una nueva escucha de las grabaciones e incorporé en la ficha reflexiones y observaciones que habían sido recogidas en los diarios de campo. Las nuevas escuchas estaban intencionadas a una mejor comprensión, por ejemplo de las metáforas usadas, y a identificar todo lo que fuera relevante sobre el tema de interés. Así fueron emergiendo categorías específicas que podían ser agrupadas en otras más generales: concepciones de salud, vida en las islas, vida en Medellín, proceso de migración y auto reconocimiento como raizal.

En cada ciclo de análisis el proceso de categorización se hizo mediante preguntas a los datos, verificación, corrección, revisión y reorganización. No hubo un número predeterminado de entrevistas: si bien el tema de investigación no se agota con este estudio, hubo información que se hizo reiterativa en las categorías generales.

Luego examiné la información respecto a las características de los participantes: sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de nacimiento, años de vida en las islas, lugar de residencia en Medellín, tiempo de vivir en Medellín y frecuencia (anual) con la que se desplaza al archipiélago. También realicé memos individuales con los conceptos de salud de los participantes, separando los asociados con las islas de los asociados con Medellín.

Para construir los mapas conceptuales usé distintas herramientas, principalmente los dibujados a lápiz en los diarios de campo, los que sirvieron de croquis de esquemas que después construía con herramientas como Mindomo y X-mind. En un primer momento acudí a Mindomo que me permitió jugar con las categorías emergentes, agruparlas y establecer relaciones entre ellas, pero a medida que lo alimentaba se volvía complejo de leer, tal vez porque en este momento del análisis aún no tenía la suficiente comprensión de las entrevistas como para reconocer lo importante a partir de lo insignificante. La matriz de categorías permite hacerse a una idea concisa de las relaciones entre ellas (Anexo 4. Matriz de categorías).

1.6. Talleres de devolución para la validación y complementación

Durante la investigación se realizaron dos talleres grupales de devolución parcial cuyo objetivo fue encontrarse con los raizales para presentar hallazgos emergentes y dialogar sobre las concepciones de salud para permitir su validación y complementación. La convocatoria se realizó de manera telefónica con la base de datos que se construyó mientras rodó la bola de nieve, y se hizo de forma ampliada con personas ya entrevistadas y otros que no, para así cumplir con el compromiso de la confidencialidad de la información, pues no todos se conocían entre ellos.

Cada taller se inició con la bienvenida y los agradecimientos por la asistencia, seguido de una presentación breve del tema, del moderador y de cada participante. Luego se mencionaron las pautas del encuentro: libre participación, confidencialidad y que la grabación no se usaría para publicarse como audio, sino para transcribir y comprender mejor lo tratado.

El taller se desarrolló a partir de una guía temática en la que se abordaron una serie de puntos: presentación ejecutiva del estudio (antecedentes, participantes, metodología...), exposición de hallazgos sobre los conceptos de salud y la vida en las islas, el proceso de migración, los conceptos de salud y vida en Medellín, seguido de intervenciones por parte de los participantes y un espacio final para reflexiones. La dinámica consistió en presentar los temas y propiciar que los participantes pudieran expresar su opinión libremente. Según el ritmo de la conversación, las personas hicieron preguntas o reflexiones.

En el primer taller (cuyo código es T1dvc⁶) asistieron tres personas que ya habían participado en las entrevistas individuales; mientras que en el segundo (T2dvc) asistieron

⁶ A partir de este momento el código de los talleres debe leerse como T=taller, el número del mismo, y dvc=devolución, validación y complementación.

dos raizales que habían sido entrevistados antes y otros dos que participaban por primera vez.

1.7. Problemas y limitaciones

Es necesario marcar la distancia entre lo propuesto y lo realizado, pues durante el proceso la realidad cambió los planes en más de una ocasión. Una diferencia muy ilustrativa es que el cronograma del proyecto inicial constaba de 7 meses, cuando fueron necesarios 19 porque hubo retrasos en las fases de acceso al campo y de categorización. En palabras Janice Morse, “es inevitable que haya saltos hacia adelante o hacia atrás” (41).

Una dificultad con la estrategia de bola de nieve fue que las dos terceras partes de los participantes tenían las características de estar en el rango de edad de los 17 a los 24 años, con dedicación al estudio y que migraron por este motivo. Fue un reto encontrar raizales con características diferentes a estas para que los participantes representaran la heterogeneidad de la población migrante. La otra tercera parte son personas que superan los 24 años, se dedican al trabajo y que migraron por motivos diferentes al estudio, como veremos en el siguiente capítulo. Una propuesta para una próxima investigación será indagar más en las concepciones de salud de otros raizales con características diferentes.

Por otra parte, hubo condicionantes que determinaron la dedicación de tiempo del investigador al proceso y la duración del mismo. El primero es de tipo formativo, pues si bien el proyecto está en un lugar central en el currículo, los estudiantes cursábamos otras asignaturas mientras investigábamos. Otro aspecto fue la dedicación laboral de tiempo completo como periodista en los medios institucionales de la Universidad de Antioquia. Finalmente, la financiación del estudio corrió por cuenta exclusiva del investigador.

Sirvan estas salvedades para aprender que, como se trabajó desde un enfoque cualitativo de investigación social, no hubo variables controlables, ni respuestas acertadas, ni caminos rectos, ni hipótesis a comprobar.

1.8. Estrategia de comunicación y socialización de hallazgos

Con el fin de compartir los hallazgos de este trabajo se desarrollará una estrategia de comunicación centrada en promover la discusión sobre el reconocimiento étnico de los raizales a partir de sus concepciones de salud y dirigida a los participantes, a la comunidad isleña y a entornos académicos y políticos. Esta comunicación será de tipo reflexivo e incluirá una sesión final de devolución que se sumará a los dos talleres realizados. Además

la publicación de un producto periodístico y de un artículo académico que será enviado a una revista indexada. Así mismo como la entrega de este informe al sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia, a entidades que toman decisiones sobre las políticas públicas, como la Secretaría de Salud de Medellín, y a organizaciones sociales que trabajen con el tema raizal.

1.9. Consideraciones éticas

Pocos asuntos tan sensibles para abordar en una investigación como la vida y con ella la comunicación humana y la salud. Nada tan íntimo como la salud y a la vez tan concerniente al ámbito colectivo de las personas, en este caso los raizales, quienes mediante la comunicación reflexionaron sobre la salud desde su posición en el mundo. Por esto la importancia del respeto por el otro, una consideración transversal en este proceso, pues facilitó la expresión de puntos de vista y escuchar con atención lo que las personas explicaron.

El respeto permitió también la libre participación, pues se obtuvo el consentimiento voluntario de las personas después de presentarles el proyecto. Esta decisión quedó formalizada en el consentimiento informado (Anexo 1), donde se incluyó la posibilidad de retirarse en cualquier momento, de responder o no a las preguntas, el permiso de grabación de la entrevista, la garantía de proteger el anonimato de los participantes durante el proceso, la declaratoria de confidencialidad, el derecho a ser informado y la garantía de poder hacer cualquier pregunta.

Otra manera de manifestarlo es el respeto por los valores culturales, sociales, morales, así como por los conocimientos, hábitos y costumbres de los raizales, lo que implica la protección de los derechos humanos fundamentales. El proyecto contó con el aval del Comité de ética de la Facultad de Enfermería tras considerar que, a la luz de la Resolución 0008430 de 1993 (42), esta propuesta se clasificaba como una investigación sin riesgo. Otra consideración para este proceso investigativo es el código de Núremberg de 1947 (43) que explicita el respeto por la autonomía de los sujetos de investigación.

Para garantizar la confidencialidad, el uso exclusivo de la información para el proyecto y el respeto por los participantes los archivos digitales (entrevistas en audio, transcripciones y textos) fueron guardados en el disco duro de un computador personal con un respaldo en un disco externo. Los archivos físicos fueron guardados en la biblioteca personal.

En el momento de la entrevista no se pudo guardar el anonimato porque, mediante la estrategia de “bola nieve”, las personas sabían quienes los remitían. Sin embargo, la

confidencialidad en el estudio se mantuvo mediante la utilización de los códigos que identifican a cada entrevista.

Una frase que resume la actitud de respeto es que los participantes son considerados como personas y no como objetos de estudio. Los raizales toleraron que los observara, que les hiciera preguntas, me dieron su tiempo y confiaron en mí para que protegiera su anonimato, lo que exigió ponerme en el lugar del otro, ser receptivo con sus valores, tener la mente abierta y dejarme permear por él, en la medida de lo posible.

Igualmente se aclaró que la participación no reportará beneficios económicos individuales a los participantes, sino que serán para toda la comunidad raizal, mediante la realización de las actividades de comunicación mencionadas (talleres de devolución parcial y final con la comunidad, publicación de un artículo en alguna revista indexada), que permitan compartir las evidencias y hallazgos a disposición de la comunidad, de las personas interesadas y de las instituciones que diseñan o ejecutan planes, programas y proyectos, especialmente las estatales.

2. Contextualización de la población isleña raizal y de los participantes

El pueblo isleño raizal habita un territorio dividido en varios países, entre ellos Colombia, Nicaragua, Costa Rica, Honduras y Panamá. En algunas de estas naciones se conoce como el pueblo creole. Habita en Corn Island y en el antiguo territorio histórico de la Costa Mosquitia. También guarda una fuerte relación con otras islas del Caribe como Jamaica y Cayman.

“Nunca quisimos que el territorio fuera dividido. ¿Por qué? Somos una misma familia. El mismo rondón⁷ que se concina de este lado, se cocina del lado de allá. Tenemos la misma lengua, las mismas costumbres, la misma religión, lazos ancestrales y familia de ambas partes de las fronteras”^{Dc03adv}.

En Colombia, el raizal es uno de los grupos étnicos que habita el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Se diferencia del resto de la sociedad colombiana por sus costumbres, su historia, su carácter insular y caribeño, su música, su religión cristiana protestante – en vertientes como la bautista o adventista –, sus creencias, sus prácticas y su lengua propia, el creole o criollo sanandresano, aunque muchos de ellos dominan el inglés; estos aspectos culturales hacen de “este un grupo étnico único y claramente diferenciado de la sociedad colombiana” (30) y del grupo afrocolombiano (44).

Las personas raizales pertenecen a una cultura no hegemónica, reconocida como parte de la nación multicultural y tienen derechos especiales (45). Como grupo étnico, los raizales son una población cuyos conocimientos y prácticas sociales, culturales y económicas les distinguen de aquellos que conforman la sociedad hegemónica y tienen por ello un reconocimiento jurídico por parte del Estado colombiano, “sus particularidades culturales están dadas con sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones” (46).

El archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es un conjunto de islas y cayos que hacen parte de la reserva de la Biósfera Seaflower, declarada por la Unesco como área marina protegida. Incluye los atolones y cayos de Quitasueño, Serrana, Roncador, Old Providence y Santa Catalina, Julio Bank, San Andrés, Este-Sur-Este o Bolívar y Sur-Suroeste o Alburquerque (35). Las islas están ubicadas a 775 kilómetros de la costa continental colombiana y su tamaño de 44 km² corresponde a la sumatoria total de su tierra firme. Por su geografía, las islas están ubicadas en un lugar estratégico, militar y comercial, del Caribe occidental. Su territorio limita con Nicaragua, Costa Rica, Jamaica, Honduras y Panamá.

⁷ Rondón es el plato típico por excelencia del pueblo raizal, se explica en qué consiste en la página 103.

2.1. Consideraciones históricas

Los raizales tienen una larga historia de mezclas que se remonta cinco siglos atrás. Su identidad anglo-afro-caribeña es producto de la interrelación de numerosos grupos culturales que han habitado el archipiélago, “dentro de los que se cuentan los indios miskitos, colonos ingleses, militares españoles, esclavos africanos y colombianos continentales” (30). Los **indios miskitos** habitaron las islas desde antes del viaje de Colón. Muchos de los **africanos** que llegaron en los siglos XVII, XVIII y XIX habían sido esclavizados, otros eran libertos o cimarrones (30). Mientras que los colonos europeos fueron predominantemente ingleses, aunque durante los siglos XVII y XVIII, España e Inglaterra mantuvieron un constante forcejeo por el dominio de las islas, expresados “en la disputa entre la religión católica y la protestante, entre el idioma inglés y el español, y entre los grupos blancos y los negros” (20). A estas mezclas también se sumaron algunos criollos continentales. Los ingleses bautizaron la isla mayor como Henrietta, hoy San Andrés, y la menor como Old Providence, hoy Providencia. Uno de los participantes reivindicó su antiguo nombre, al explicar que las islas han sido un lugar de migrantes y mezclas culturales.

“La mayoría de los males que persiguen a Henrietta desde el día en que nuestros ancestros desembarcaron en las islas, la persiguen hasta el día de hoy. La diversidad que a veces es exuberante y fluida en el Caribe se entremezcla con un chato y embustero egocentrismo que solo trae más desolación y abandono para ese pedazo de la mar que llamamos casa”
E06H5a22 - 8

Una posible periodización de la historia de las islas consiste en una etapa pre-colonial con los primeros pobladores (14); seguida por la colonia, con fases de dominio inglés (12) y español (15); dando paso, al llegar el siglo XIX, a la vida republicana tras la independencia de Colombia de la monarquía española y la integración del territorio insular al nuevo país.

El aislamiento de las islas durante este último periodo hizo que la comunidad tuviera un alto grado de autonomía, “controlando sus propios recursos y economía hasta la segunda mitad del siglo XX” (35). Sin embargo y como en el resto de Colombia, las islas no fueron ajenas a la homogenización cultural ejercida por los poderes políticos, religiosos y económicos, mediante la exclusión, la segregación y la evangelización; una homogenización que, como veremos adelante, contrajo la autonomía de los isleños: “los tres troncos étnicos que coexistieron por más de trescientos años en el territorio de lo que

⁸ A partir de este momento el código que identifica a los participantes deberá leerse: E=entrevista, Número de la misma, Sexo del participante (F si es mujer; H si es hombre), #a=años de vida en Medellín, finalmente la edad del participante; por diferencia se obtiene el tiempo de vida en las Islas.

hoy es Colombia no lograron amalgamarse en un pueblo (...) el Estado sólo estuvo constituido por la etnia dominante, la etnia blanca y blanqueada” (47).

Para el 1 de agosto de 1834, Philip Beekman Livingston Jr. promulgó la emancipación de los esclavos en las islas, acatando una orden del Imperio Británico que promovía la abolición de la esclavitud en sus dominios caribeños. Los Livingston eran dueños de tierras y esclavos en el archipiélago de San Andrés y en Jamaica. En ese momento se distanció la historia del pueblo raizal con la del pueblo afrocolombiano continental, pues para estos se abolió la esclavitud en 1851, con la Ley de libertad de los esclavizados en el territorio colombiano. Por eso el 1 de agosto es considerado como el Día del Raizal y es celebrado como el día de la Emancipación en San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Philip Beekman Livingston pasó a la historia como el emancipador de las islas, liberó a los esclavos de su familia, repartió tierras entre ellos y contribuyó con la fundación de la primera iglesia bautista en San Andrés.

El siguiente periodo corresponde a “La colombianización” (22) o “La continentalización” (23), un proceso gradual de homogenización de la población con la del resto del país y de modernización de las islas, que se desarrolló desde finales del siglo XIX, en el marco de la Constitución de 1886 –de carácter monocultural, centralista y católica–, y que consistió en reducir la influencia raizal en la administración pública y en la educación, esta última encomendada a la Iglesia Católica. Las anteriores características dan cuenta de un proceso de colonización por parte de una Colombia suramericana, católica e hispanohablante en unas islas centroamericanas, protestantes y anglófonas. Según Aníbal Quijano, la “colonialidad” es un patrón de poder instalado en Occidente desde la época del colonialismo y vigente hoy mediante la globalización: “uno de los ejes fundamentales de ese patrón de poder es la clasificación social de la población mundial sobre la idea de raza, una construcción mental que expresa la experiencia básica de la dominación colonial y que desde entonces permea las dimensiones más importantes del poder mundial” (48).

Con la independencia de Panamá en 1903 las islas quedaron separadas, aún más, del continente. Más tarde, la República de Colombia promulgó la Ley 52 de 1912 sobre la creación y organización de la Intendencia Nacional de San Andrés y Providencia, que promovía, entre otras estrategias, el conceder pasajes gratis en los buques de la Nación a las familias de cuatro o más individuos que deseaban radicarse en el Archipiélago.

Con el Tratado Esguerra-Bárceñas de 1928, entre Colombia y Nicaragua, se reconoció la pertenencia de las islas a la nación suramericana y de la costa de Mosquitia a la nación centroamericana. El tratado tuvo consecuencias para el pueblo raizal pues se oficializó su división en ambos países. Lo que no cambió fue la situación de los isleños que se sentían

excluidos y vulnerados en lo cultural y político, como lo afirma el siguiente documento histórico de 1936, en el que un vocero de la comunidad se entrevistó con un representante del Gobierno Nacional de Colombia:

“Vuestra visita a estas regiones puede considerarse como un alivio para nosotros porque considero que es deber vuestro escuchar atentamente nuestras humildes peticiones y hacer lo posible por remediar la deplorable situación en que desde remotos tiempos nos hallamos. En mi concepto el sufrimiento moral más injusto e irrazonable que estamos obligados a soportar es el no reconocimiento de nuestra civilización, de nuestras capacidades y de nuestros derechos políticos como colombianos”^{Dc04alp -9}.

Para la década de los años cincuenta del siglo XX, el proceso de “colombianización” aceleró su marcha. La declaratoria de puerto libre de San Andrés motivó no solo la llegada de turistas, sino también la de inmigrantes que se establecieron en su mayoría como comerciantes, conduciendo a un crecimiento poblacional que tuvo consecuencias negativas para los raizales, “que se vieron relegados y, en algunos casos, desplazados dentro en un territorio que les perteneció por varias generaciones” (30). Un ejemplo es el aumento de la densidad poblacional de San Andrés, que pasó de tener 115 hab/km² en 1951 hasta los 2.000 hab/km² en 1994 (35). Según las autoridades ambientales, la sobrepoblación de las islas provoca una “presión masiva en los ecosistemas únicos y frágiles, se limita el crecimiento económico y se amenaza la prestación de servicios sociales y la supervivencia cultural” (35).

El proyecto modernizador y de integración nacional desarrollado por el presidente Gustavo Rojas Pinilla (1953-1957) incluyó aspectos como la mencionada declaración de San Andrés como Puerto Libre, la construcción del Aeropuerto Sesquicentenario –hoy con el nombre de Rojas Pinilla–, del hospital departamental, la llegada de la televisión y la consolidación de la radio. Entre los efectos de esta política está la transformación de la estructura económica de la isla, que anteriormente se basaba en la pesca y la agricultura tradicional, mientras se consolidaron el comercio y el turismo. De igual forma, se presentó una recomposición demográfica y cultural con la llegada progresiva de sirios, libaneses, colombianos continentales, entre ellos antioqueños, y extranjeros (25).

“Nosotros teníamos nuestra forma de hacer economía antes del puerto libre. Teníamos nuestro modelo solidario, trabajábamos mancomunadamente, yo tenía el plátano, usted tenía el azúcar e intercambiábamos. Lo mismo comerciábamos

⁹ El autor de estas palabras es Vernon W. May y datan del 30 de Octubre de 1936. Esta información fue suministrada por el raizal Bill Francis con la siguiente acotación: “mucho antes de yo nacer, mis padres reclamaban lo que aún venimos a pedir a ustedes”.

con otras islas del Caribe. Ellos entraron con una ráfaga de hoteles, de resorts con todo incluido, dizque trayendo desarrollo para nosotros y nos arrinconaron, llenaron esto de libaneses y hoy tenemos como gobernador electo a un turco”

Dc04alp

Como consecuencia, los raizales que manejaban el comercio fueron desplazados de esta actividad por los nuevos empresarios, con más experiencia comercial y mayor capital (30). En efecto, ante su incapacidad de hablar el español, fueron pocos los raizales que participaron en los negocios del puerto libre. Hoteles, restaurantes, tiendas y almacenes están en propiedad y manejo del personal no raizal (35). Y es que durante este periodo de migración masiva la población creció, en solo San Andrés, desde cerca de 5.000 personas en 1950 hasta 66.000 en 2007 (44).

En 1986, Colombia y Honduras hicieron una negociación limítrofe y el banco de pesca Rosalinda quedó en manos de la nación hondureña.

a) ¿Periodo del reconocimiento étnico?

Otro periodo se inició en 1991 con la expedición de la Constitución Política de Colombia, cuando el conjunto cultural y ambiental fueron protegidos y se reconoció la diversidad étnica y cultural, consagrando derechos que históricamente fueron negados para los raizales, entre ellos la protección de sus tradiciones en los artículos 1, 7, 8, 10, 68, 171, 176, 246, 286, 287, 290, 321, 329 y 330. Específicamente, en el artículo 7, el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana y en el artículo 8 se obliga al Estado a proteger las riquezas culturales de la Nación (49).

Sumado a esto el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina dejó de ser una Intendencia y se convirtió en Departamento¹⁰ por el artículo 309 (49). Además obtuvo el reconocimiento constitucional de facultades especiales en temas administrativos con el artículo 310 (49), dando paso a la Oficina de Control de Circulación y Residencia, OCCRE, y abriendo el debate para una eventual elaboración del denominado Estatuto Raizal (18).

Más tarde, con la sanción de la Ley 70 de 1993, el Estado colombiano reconoció que las ‘comunidades negras’ constituyen un grupo étnico, debido a lo cual tienen una serie de derechos territoriales y culturales (8). De otro lado, los parques regionales surgieron con la Ley 99 de 1993 como una figura que permite que las responsabilidades de conservación de los recursos de la biodiversidad estén en cabeza de las regiones (50); este departamento tiene tres parques regionales.

¹⁰ Las intendencias y las comisarías hacían parte de los llamados territorios nacionales, una denominación de segunda categoría respecto a las gobernaciones.

A pesar de las consideraciones anteriores, el reconocimiento étnico de los raizales está en entredicho, hasta tal punto que la Corte Constitucional se ha pronunciado para que se garanticen los derechos de esta población. Según la Sentencia C-530 de 1993: “El incremento de la emigración hacia las Islas, tanto por parte de colombianos no residentes como de extranjeros, ha venido atentando contra la identidad cultural de los raizales, en la medida en que por ejemplo en San Andrés ellos no son ya la población mayoritaria, viéndose así comprometida la conservación del patrimonio cultural nativo, que es también patrimonio de toda la Nación” (51).

Más tarde, en 1999 la Corte reconoció la capacidad y el derecho de los raizales en cuanto a soberanía. “El constituyente de 1991, en síntesis, fue consciente de la importancia del Archipiélago y de los peligros que amenazan la soberanía colombiana sobre él. Esto explica porqué la actual actitud política se basa en la defensa de esa soberanía, partiendo de la base de reconocer estos hechos: a) la existencia de un grupo étnico formado por los descendientes de los primitivos pobladores de las islas; b) las limitaciones impuestas por el territorio y los recursos naturales, al crecimiento de la población; c) la capacidad y el derecho de los isleños para determinar su destino como parte de Colombia, y mejorar sus condiciones de vida” (52).

Otro hito histórico fue el fallo de división de aguas promulgado por la Corte de La Haya en 2012, sobre el litigio territorial entre Colombia y Nicaragua, por el cual el meridiano 82 dejó de ser el límite entre las dos naciones y el área marítima nicaragüense se extendió en detrimento de la colombiana, dejando los cayos del norte como enclaves en aguas extranjeras. A pesar de que la decisión impactó a la comunidad raizal, en el litigio no se tuvieron en cuenta las tres condiciones mencionadas por la Sentencia C – 454 de 1999: no se consultó al grupo étnico, ni se consideró la defensa de la reserva Seaflower, ni el derecho de los raizales para determinar su destino.

Esto lo confirmó la Corte Constitucional en la Sentencia T-800 de 2014, donde no solo reconoció como territorio propio del pueblo raizal a toda la jurisdicción del Departamento, sino que impuso la garantía de sus derechos colectivos: “El territorio propio de la comunidad nativa del archipiélago lo constituyen las islas, cayos e islotes comprendidos dentro de dicha entidad territorial. El eventual repliegue de la población raizal en ciertas zonas de las islas no es más que el síntoma de la necesidad de brindar una real protección a los derechos culturales de los raizales” (53).

2.2. Consideraciones económicas

A partir de 1991 las políticas nacionales y departamentales dieron un vuelco con el fenómeno conocido como apertura, eje del “desarrollo” colombiano en las últimas

décadas, cuyo propósito fue internacionalizar la economía a un ritmo creciente y sostenido. Desde ese momento el puerto libre de San Andrés dejó de tener exclusividad en cuanto al comercio sin barreras arancelarias y aumentó la oferta turística.

Otro fenómeno económico que se instaló en las islas, amarrado a la historia del conflicto colombiano, es el tráfico de drogas por su posición estratégica, como punto de conexión en las rutas hacia Norteamérica y como lugar de expendio para turistas y residentes.

Entre los grupos que conforman la sociedad sanandresana existen desigualdades que surgen como producto de la concentración de la riqueza y la distribución de la renta en las islas (30). Por un lado existe una élite conformada por los comerciantes no raizales, por el otro hay un grupo de familias nativas, algunas propietarias de extensiones de tierra, otras de inmuebles o de locales comerciales, quienes cuentan con los recursos financieros suficientes para darle a sus hijos el acceso a niveles de educación superior, en instituciones tanto de Colombia como del extranjero (30).

Entre los raizales que tienen ingresos bajos y medios, las actividades tradicionales son “la pesca, la crianza de vacas, cerdos y gallinas, ganado y especies menores, así como pequeñas fincas, o los negocios relativos a la navegación y a pequeñas tiendas o almacenes. Han demostrado que su acoplamiento con el entorno de pequeñas islas ha sido sostenible” (35).

La pugna que existe entre la población nativa y no nativa de las islas tiene un componente “mucho más sociológico del que tradicionalmente se ha pensado” (32), conflicto que se presenta entre los distintos grupos étnicos, entre los diferentes actores económicos y sociales, y con el Estado. El siguiente participante llamó la atención sobre los distintos intereses económicos en pugna que se manifiestan en las políticas públicas y en las investigaciones sociales y que redundan en exclusión, discriminación y mengua la autonomía de la población de la isla, cuando reclamó:

“¿Colombia quiere a San Andrés con sanandresanos o sólo quiere a San Andrés?”

E10H2a18

Desde la perspectiva de esta persona, los raizales son “utilizados” para obtener votos, mientras que los dirigentes colombianos ven las islas como un “mar de oportunidades de negocio”. Su percepción es que un sector amplio de la población concibe al archipiélago como un destino turístico, aunque la mayoría de los colombianos no sabe dónde está ubicado en el mapa.

“Colombia nos tiene escondidos dentro del Caribe, tanto que cuando llega un músico gringo nos dice: ¡pensé que venía a Suramérica pero ustedes hablan lo

mismo que yo! Y es que en la escuela nos enseñan que estamos en Suramérica y no nos enseñan las fronteras con Jamaica, con Haití, con islas Cayman; en cambio nos enseñan las fronteras con Perú, Brasil, Ecuador...”^{Dc02udea}.

Durante la investigación, características tales como el prestigio, el estigma, la posición o la clase social fueron presentadas por los participantes según el origen étnico entre raizales y continentales o pañas¹¹. Según Javier Yabrudy, la clasificación de una comunidad mediante categorías como raza, género y etnia toma importancia cuando existe desigualdad, discriminación y dominación por parte de un grupo en particular que por alguna razón tiene un privilegio frente a otro. “Junto a estos rasgos diferenciadores, se han construido unos sistemas sociales, culturales e, incluso, institucionales, donde el grupo dominante excluye total o parcialmente de beneficios económicos al grupo en desventaja” (30). Esta consideración es válida tanto para la vida en las islas como en Medellín, dos escenarios del mismo teatro en que los raizales comparten el territorio con otros grupos.

Teniendo en cuenta la historia económica de las islas y de sus migraciones, el hecho de ser raizal tiene repercusiones en la vida cotidiana, en el ámbito del reconocimiento étnico: “el término ‘racial’ se comprende como una construcción simbólica (...) una poderosa ficción reguladora, mediante la que determinadas diferencias pasan a ser significadas en determinados contextos, estabilizando jerarquías y confiriendo ciertas características encarnadas como legitimadoras de opresiones y exclusiones, privilegios y dominaciones” (45).

Las consideraciones históricas, económicas y culturales marcan las concepciones del mundo del grupo étnico mediante la herencia colonial y republicana, que transmitida de generación en generación establece las maneras de ser de los raizales y sus nociones de salud. Mientras la economía determina las formas de vivir; asuntos políticos e históricos inciden en la modificación de las estrategias de recuperación de la salud y la respuesta social en el área. De modo que el auto reconocimiento como raizal y su visión de salud están determinados por la historia de su cultura y las condiciones económicas de su vida diaria.

¹¹ Según Botero, “paña es la desfiguración de la palabra «spaniard», utilizada por parte de los isleños para denominar a los representantes de la población hispanohablante de Colombia continental” (18). El término también se puede usar como pañaman. De acuerdo con González, “los principales actores de este conflicto son los colombianos migrantes, llamados “Pañamanes”, ejerciendo su derecho de residencia legal, y los “Raizales”, defendiendo y exigiendo sus derechos ancestrales con el argumento, entre otros, de que el Estado colombiano junto con los migrantes son los únicos culpables del deterioro actual”. (24)

2.3. Auto reconocimiento como raizal – “Sobre eso no hay un acuerdo”

¿Qué es ser raizal? Cada uno de los participantes expresó su visión de lo que significa serlo y desde ese lugar en el mundo, como migrante isleño en la ciudad, lo que concibe por salud.

Como criterio para la inclusión de los participantes, el auto reconocimiento como raizal es más que una etiqueta y que un documento de identidad, es su anclaje con la cultura, categoría que integra diversos aspectos como son concepciones, hábitos, prácticas, lengua, modas, gustos, convenciones y costumbres (6). De modo que durante la investigación emergieron distintas perspectivas que expresan el sentido de pertenencia por su grupo: el orgullo por la cultura raizal, las costumbres, la genealogía, la preparación de los alimentos, el hablar creole sumado al español e inglés, el defender el territorio, el valorar la música típica o la relación con el mar. Un reconocimiento étnico que es polisémico y que refleja su carácter complejo.

“Sobre eso no hay un acuerdo”^{E11H5a22}.

Veremos cómo los raizales le dieron múltiples sentidos a la identidad, no sin antes resaltar las tensiones que surgen con la denominación afrocolombiano –categoría con la que no todos se sienten identificados–, con las migraciones y con la sobrepoblación de las islas. Las personas reivindicaron el papel de la lengua como vehículo de la cultura y como rasgo diferenciador. También se refirieron a la relación con el Estado y a la preocupación porque las tradiciones raizales son reemplazadas por las continentales, pues identificaron un choque cultural que lleva a una “pérdida de la cultura”¹². Una preocupación que es descrita por el siguiente joven, quien durante la entrevista se mostró intranquilo por la pérdida de la lengua creole entre los habitantes de las islas.

“El isleño promedio es una persona afable, modesta, capaz del trato con todos. Es una persona que siempre le han tocado los ires y venires de la gente. Yo creo que el avatar de nosotros es ese: es ir perdiendo tu identidad como pueblo a medida que pasa el tiempo, sin tú poder hacer algún remedio”^{E06H5a22}

Esta reflexión ilustra que el participante es consciente de esa pérdida cultural, aunque le parece irremediable, y usa la metáfora del avatar¹³ para referirse a esa personalidad

¹² Los participantes se refirieron en un sentido similar al mencionado antes por la Corte Constitucional: “El eventual repliegue de la población raizal en ciertas zonas de la islas no es más que el síntoma de la necesidad de brindar una real protección a los derechos culturales de los raizales” (53).

¹³ La palabra avatar proviene del antiguo sánscrito y significa “descenso o encarnación de un dios”, según la Real Academia de la Lengua. Para la religión hindú significa una reencarnación. También es usado como sinónimo de fase o transformación. Su uso en las tecnologías de comunicación alude a una representación gráfica que sirve como identificación para un usuario y que es modificable.

afable, tratable y modesta del isleño que cambia como alternativa frente a un destino marcado por los “ires y venires” que han conformado a los raizales como pueblo a través de la historia y que generan ese choque cultural, como las olas del mar cuando llegan al arrecife, trayendo y llevando.

a) Desconexión y reconexión con la raizalidad

Este conjunto de manifestaciones culturales que integran la identidad raizal entra en tensión con otras expresiones asociadas al continente. Los participantes expresaron preocupación por las consecuencias de ese “choque cultural” que puede causar la pérdida de los valores isleños, entre ellos su capacidad del buen trato con el otro. Las personas relacionaron este asunto con las migraciones que se han presentado en las islas durante su historia, haciendo que el lugar sea un crisol donde una cultura incorpora aspectos de otras.

“¿Cuál cultura del pick up? eso no es de nosotros”^{E04H1a25}

Así protestó uno de los entrevistados al referirse a una costumbre continental, común desde hace varias décadas en los barrios de las islas, que consiste en utilizar equipos de sonido, *pick up's* o *picós*, con altoparlantes en la puerta de la casa para escuchar música al máximo volumen posible, lo que se traduce en una pérdida de la tranquilidad isleña, asunto que desarrollaremos adelante al hablar de las concepciones de salud. Así mismo hubo quienes protestaron por un cambio en las costumbres alimentarias, reemplazando las preparaciones típicas de las islas por comidas rápidas.

“¿Qué es ser raizal? Como raizales somos descendientes de esos primeros pobladores, no solo es cuestión de apellidos, es mucho más. No podemos permitir que las estrategias del Estado nos dividan y para eso tenemos que reconectarnos con nuestra raizalidad, encontrar lo que somos y ser lo que se es: raizales”^{Dc04alp}.

Para este adulto, esa pérdida cultural se expresa como una desconexión con la raizalidad, que para él ha sido promovida por el Estado a través de la historia, mediante la división de los distintos grupos que conforman la comunidad. Reconoce pugnas políticas porque hay distintas maneras de abordar los problemas de los nativos. Por eso planteó la necesidad de reconectarse con la raizalidad; en palabras de otros participantes, “defender la cultura”.

En este testimonio se incorpora otro asunto clave: la pertenencia a una genealogía, importante para esta investigación pues la familia isleña es el escenario de la socialización primaria donde se forman las nociones bases sobre lo que es la vida, la salud, el cuidado, la enfermedad y la muerte.

Entre quienes apelaron a la genética como criterio de reconocimiento, varios manifestaron orgullo por ser raizal, aunque con distintos matices. Unos resaltaron ser hijos de padre y madre raizal, por lo tanto tener ambos apellidos de tradición isleña, lo que los inserta en una trama genealógica que se remonta a la época colonial y los conecta con las otras familias nativas. Otros se sintieron orgullosos de ser producto de una mezcla y así tener otros lazos familiares. Para varias personas ser nativo¹⁴ o raizal:

“Es un motivo de orgullo”^{E13H20a40}

Y es que algunos participantes valoraron su identidad como algo que los diferencia, los honra, les da dignidad, confianza y enaltece su amor propio. Entre las personas que tuvieron esta percepción hubo quienes expresaron la satisfacción de serlo con superlativos o destacando un “porcentaje completo”, pues tienen padre y madre raizal, es el caso de una mujer y un hombre que afirmaron respectivamente:

“Soy superraizal”^{E03F9a26}

“¡Me considero raizal un 100%!”^{E05H5a23}

De otro lado, se manifestó un conflicto a partir de una diferencia marcada con aquellos participantes, tanto hombres como mujeres, que se identificaron como producto de una mezcla; una de ellas afirmó:

“Soy una mezcla entre continental y raizal”^{E07F4a21}

Varios de los participantes se mostraron orgullosos de su genealogía, identificaron a los apellidos como criterio de auto reconocimiento y establecieron una diferencia entre quienes tienen ambos padres raizales y quienes no. De ahí que uno de ellos, al referirse a otro raizal con el que tiene amistad, explicó:

“Ese sí. Él tiene los dos apellidos y es raizal – raizal. Es que nosotros somos raizales porque se pueden rastrear nuestros abuelos maternos, pero él tiene ambos: abuelos maternos y paternos; por eso nosotros decimos que somos como mitad y mitad”^{E06H5a22}

Por su parte, un estudiante de un pregrado en ciencias sociales y humanas relacionó esta tensión en el grupo étnico con la discriminación:

¹⁴ En distintas oportunidades los participantes se refirieron a ellos mismos como “los nativos de las islas”, usando la palabra nativo como sinónimo de la palabra raizal.

“El hecho de sentirse raizal va de una línea radical a una moderada; son esos raizales radicales los que dicen que si tú eres half and a half¹⁵, o 50 – 50, no eres raizal propiamente y eres objeto de discriminación”^{E11H5a22}.

Esta tensión se expresa en la reivindicación de la pureza raizal y de la exclusividad de quienes descienden de padre y madre. Por ejemplo, el siguiente participante no acepta que a quienes nacen en las islas sin los criterios culturales propios los llamen raizales ni siquiera sanandresanos:

“El problema es que nacen ahí y dicen que son sanandresanos pero no son, nosotros no aceptamos eso, porque no hablan nuestro idioma, no son de nuestra cultura”^{E04H1a25}.

El hecho de no hablar creole significa para muchos que se ha perdido una parte importante de la identidad raizal como veremos adelante. Además el siguiente participante opinó que la cultura es un requisito indispensable que está relacionado con la pertenencia a las familias isleñas:

“No solo el hecho de vivir en la isla lo hace a uno raizal, sino venir de familias que son de la isla; ya que nacer de familia continental y después irse a vivir a la isla, lo hace a uno isleño, mas no raizal”^{E10H2a18}.

Como característica de identificación, en las islas fueron documentados 128 apellidos comunes, “siendo los más recurrentes en su orden: Archbold, Bowie, Howard, Newball, Pomare, Mitchell, Bryan, May, Smith y Bent” (30). Al igual que las costumbres, la religión, la música, la comida y el idioma, “el apellido con raíz anglófona se convierte en una característica propia de la identidad étnica de los raizales de la isla de San Andrés” (30).

A partir de los requisitos genealógicos, las personas resaltaron a la cultura raizal como criterio de reconocimiento, la cual se expresa en su vida diaria, tanto en las islas como en Medellín. El siguiente participante se lo preguntó así:

“¿Ser raizal?... Conocer la cultura de Providencia, querer la cultura, defender Providencia, mejor dicho... y saber hacer las cosas, porque hay un dicho que dice: el que no sabe hacer rondón o el que no hable creole, no es de Providencia”^{E09H2a22}

En otras palabras una entrevistada expresó su manera de reconocerse:

¹⁵ La traducción de “half and a half” significa “mitad y mitad”.

“Aparte de ser hija de raizal, haber vivido, crecido en las islas, aprender el idioma, la cultura, saber más o menos de dónde venimos, la música típica y los bailes”

E12F5a21

Quien se aleja de esta manera de ser o pierde alguna de las características de ser raizal percibe un choque con su comunidad. Una muestra es el entrevistado que sintió que debería hablar creole, pero nunca lo aprendió porque creció con su madre cartagenera, pues su padre raizal estuvo ausente. Otro ejemplo es la sorpresa de quienes rodeaban al siguiente participante porque no sabía nadar en su infancia y aprendió siendo mayor de edad:

“Decían que era curioso porque un isleño debe saber nadar. Yo le tenía miedo a la profundidad del mar”^{E01H1a31}.

Para este participante aprender a nadar significó reconectarse con su raizalidad. Para los nativos perder la cultura representa dejar las tradiciones, lo que implica adoptar costumbres continentales que entran en conflicto con el auto reconocimiento. Un choque que involucra una desconexión con la cultura históricamente determinada de sus ancestros. Los participantes aclararon que ser isleño no implicaba ser raizal, pues lo uno significaba nacer y residir en el Archipiélago, y lo otro es la adscripción a un grupo étnico con un entramado de concepciones propias, entre ellas, las de salud.

b) Creole – “Es mi lengua que reconozco como materna”

El uso del creole como lengua materna, combinado con el inglés y el español en su vida diaria, es una manifestación cultural importante para los raizales en su auto reconocimiento y una diferencia marcada respecto a otros habitantes de las islas y de Medellín.

Como migrantes sienten que acoplarse a la vida en la ciudad les demanda mejorar su español y olvidarse de su propia lengua, un cambio que les exige pensar de manera distinta los problemas diarios, por ejemplo del trabajo, del estudio o del cuidado de la salud, como parte de las costumbres del migrante que cambian en el lugar de recepción.

Que el uso del creole sea relevante para ellos refleja la importancia del lenguaje como trasmisor de la cultura, teniendo en cuenta que tanto la cultura y dentro de ella la salud, son construcciones sociales de los seres humanos. Los componentes de la cultura como valores, actitudes y normas no se heredan, “sino que se aprenden de generación en generación debido a que cada uno de ellos puede ser traducido a un símbolo, y

transmitido para que –mediante el lenguaje– las nuevas generaciones lo memoricen y lo manejen” (18). En este caso la lengua permite mantener y transmitir la cultura raizal a través del creole, del inglés y (cada vez más como migrantes) del español.

El manejo de las tres lenguas les permite relacionarse con otros grupos sociales de las islas, de Medellín y de otros lugares; en lo diverso se reflejan las diferencias, la multiplicidad de grupos y las distintas interacciones entre ellos. El siguiente joven relató que estudiar en una universidad del orden nacional significa encontrarse con compañeros de diferentes regiones del país:

“Cuando la gente se entera de que soy raizal me preguntan con alegría: ¿tú vives en Providencia, el mar, la costa, tú hablas el inglés de allá?... y yo les digo: yo hablo creole”^{E10H2a18}.

Debido a su herencia oral de origen africano, mezclada con las tradiciones alfabetizadoras inglesa y española, los raizales se diferencian del resto de los colombianos por sus rasgos orales, pues tanto el creole como la sangre de los raizales están bastante mezclados: “el creole es una lengua oral –es decir, que no posee un sistema de escritura alfabética– (...) y lexicalizada en inglés, que históricamente ha sido discriminada por el Estado colombiano por ser un «inglés mal hablado» y por diferenciar a sus hablantes del resto de la población colombiana al no hablar español como lengua materna” (18). Que el creole sea una lengua oral ha contribuido con su desprestigio como si careciera del estatus asignado al inglés o al español. La escritura es un sistema que puede prescindir del sujeto, mientras que la oralidad lo involucra mediante el cuerpo. El conocimiento occidental ha estado mediado por la erudición escrita y el desprecio de lo oral, “todas las lenguas son necesarias para la vida: las maternas, las ancestrales y las adoptivas. La lengua materna la recibo de la familia. La lengua nativa es la que se habla desde épocas remotas en un territorio. Es literalmente un parto de la tierra porque sus sonidos son hijos de los ecosistemas. Las lenguas adoptivas las busco o encuentro en mi trasegar por el conocimiento” (54). Durante los talleres se presentó la siguiente conversación sobre el tema:

“Nuestra cultura es muy joven y nuestro lenguaje todavía no está del todo caracterizado. Cada isleño escribe la palabra rondón de manera diferente, por eso en la Universidad Nacional se están adelantando talleres y estudios sobre la lengua caribeña para formalizarla”, dijo un participante hombre de San Andrés.

“Es que hasta ahora no es considerado lenguaje”, replicó una mujer de Providencia, “es un dialecto y no se escribe, entonces quieren darle letras escritas a cada palabra. En los colegios intentan escribir creole y es como si una persona estuviera aprendiendo a escribir inglés así como es hablado. No considero que sea

una forma adecuada, es pretender convertir un dialecto en lengua. Cuando me escriben por redes sociales, soy incapaz de responder en creole porque para mí eso no es correcto; yo respondo en inglés o en español”^{T2dvc}.

Hubo quienes manifestaron que hablar creole es un compromiso por mantener la identidad raizal, aunque sea más común en las familias en que ambos padres lo son. Uno de ellos declaró sobre saber hablarlo que:

“Debería, pero no. Mi padre es raizal, mi mamá es de Cartagena, yo me crie más que todo con mi mamá (...) pero yo lo entiendo, cuando me hablan en creole, cojo la idea principal. El inglés que sé, no es un inglés caribeño, sino estándar”^{E01H1a31}

Cosa diferente sucede con quienes no lo entienden, como la siguiente entrevistada:

“No, yo no hablo patuá (risas), mi papá no me enseñó”^{E03F9a26}

Ella se refirió al creole como patuá en tono de broma amable y enfatizó en que al no adquirirlo en la casa, no estaba tan familiarizada con su uso. Sin embargo, el término patuá puede ser despectivo o agresivo, pues así se ha denominado al creole cuando se le invalida o se le describe como un inglés de segunda clase. En oposición, otra de las entrevistadas expuso que en su casa el creole era la lengua que se hablaba en la vida cotidiana.

“Yo aprendí a hablar español en el colegio. Me crie con mi abuelita y mi mamá, entonces, me hablaban en creole todo el tiempo y yo lo aprendí; me desenvolví en español en el colegio y aquí, pues me tocó más”^{E07F4a21}.

Para varios de ellos el español se enseñó en la escuela, en un sistema de educación diseñado en castellano y a veces encargado a la Iglesia Católica, mientras se intensificó con la experiencia de migración a Medellín. A su vez, otros raizales coincidieron en que adquirieron el español en el colegio y que aprendieron primero el creole:

“Es mi lengua que reconozco como materna”^{E06H5a22}

Hasta aquí la presencia de tres lenguas que interactúan con mayor o menor medida, según el momento de migración: el español, el inglés y el creole, patuá o criollo sanandresano. Si bien varios de los participantes declararon saber inglés y usarlo para hablar con los mayores, en los ritos religiosos protestantes o con los turistas extranjeros, también dijeron acudir cotidianamente al creole, en sus casas y con amigos. Además manifestaron diferencias entre la versión del inglés caribeño y el norteamericano. Otro participante explicó que habla en creole con los raizales con los que se encuentra en la ciudad como una forma de preservar su cultura, pero es restringido por respeto a los no

hablantes que los rodean. A veces, sus amigos le recomiendan no usarlo; él relató que le dicen:

“Hablemos más bien en español para que la gente nos entienda y cuando estemos nosotros así, reunidos en grupo, ahí sí hablamos nuestra lengua”^{E15H4a24}

En cambio, el siguiente participante se crio con su madre continental y lleva solo un año en Medellín, aunque ha vivido en otras ciudades. Él es un ejemplo de que el proceso de vida en la ciudad significa una pérdida del creole:

“Yo he perdido mucho porque no he interactuado tanto con mi familia raizal allá”
E01H1a31

Cuando un raizal habla en creole su oralidad cambia respecto a cuando lo hace en español. Esto pude presenciarlo en un lugar de encuentro raizal, el bar “Sweet Island”, donde noté cómo algunas personas que había entrevistado anteriormente y que se encontraban de rumba allí usaban la lengua con entonaciones diferentes a las del español o el inglés, hablaban mucho más rápido y de manera afectuosa. Esto no se puede explicar solo en términos del vocabulario, también cambiaron la expresión y el uso del cuerpo. Según lo explicó uno de ellos:

“El raizal es muy expresivo, habla en una tonalidad muy fuerte, entonces la gente de pronto piensa que uno está discutiendo”^{E15H4a24}

Vale la pena agregar que “los hablantes del creole entremezclan y acompañan los giros lingüísticos, las variadas entonaciones, el ritmo, la musicalización, los silencios, las variaciones, las risas, las confusiones y repeticiones propias de cualquier expresión de tipo oral, con un lenguaje en el que se involucra todo el cuerpo, el cual también habla, cuenta, canta y danza” (18).

En contraste, durante las entrevistas realizadas todas en español, noté que los raizales, aunque eran expresivos con el cuerpo, su tono fue continuo, lento, frío, sereno, menos musical y más bajo que el que usan en creole. Según Botero, “esto puede estar dado tanto por la traducción simultánea de lenguas, como por los procesos de aculturación en donde el lenguaje y la comunicación, tanto verbal como no verbal, debían dar cuenta de civilización” (18). En resumen y como ejemplo de lo anterior, está la experiencia de un joven raizal quien al preguntarle por su proceso de migración, explicó:

“El creole lo hablo más rápido y más fuerte, como que es más directo para mí, no tengo que pensar mucho en escoger las palabras (...) el español lo hablo más despacio, a veces tengo que traducirlo y pensar en la pronunciación; mientras que cuando hablo

creole no me preocupo por nada porque es de mi casa, son mis amigos, es nuestro diario vivir, solo nosotros lo entendemos”^{E16H8a25}.

La españolización o castellanización es otra faceta del proceso colonizador descrito hasta ahora, tal vez una de las más dicientes, que incluso marca un control sobre la oralidad, el cuerpo y los nombres. Un raizal adulto expresó con tristeza la experiencia de estudiar en San Andrés de la siguiente manera:

“Ir por la calle diciendo a los vecinos: good morning; y llegar a un aula de clase a decir buenos días y que la maestra no te diga Michael¹⁶, sino Miguel”^{Dc03adv}.

Los participantes mencionaron una diferencia entre la situación del creole en San Andrés, donde se ha perdido más, y la de Providencia y Santa Catalina— dos islas unidas por un puente peatonal —, una disparidad no solo en cuanto al tamaño de las distintas islas, sino al modo de vida, a la socialización, a la presencia del Estado y a la oferta de servicios públicos, entre ellos, de educación y salud, como veremos en el próximo capítulo. Dejemos que una mujer concluya:

“En Providencia la cultura todavía es más de raizales que de continentales, el que llega a Providencia y no sabe hablar está en un problema, hasta la clase de español la han dictado en creole”^{T2dvc}.

c) Más que un documento de identidad

Otro criterio de auto reconocimiento como raizal tiene que ver con la garantía de poder ejercer derechos políticos, económicos y culturales mediante la posesión de la tarjeta OCCRE, un documento expedido por la mencionada Oficina de Control de Circulación y Residencia, organismo del Estado encargado de controlar la densidad poblacional en el Archipiélago y creado por el decreto 2762 de 1991, con el cual se reconocía que las islas presentaban un alto índice de densidad demográfica que dificultaba el desarrollo de las comunidades humanas y que los recursos naturales estaban en peligro.

Con esta medida se pretende que solo los residentes tengan derecho a trabajar de forma permanente, a estudiar en un establecimiento educativo del Archipiélago, a realizar actividades de comercio y a ejercer el derecho al sufragio para las elecciones departamentales y municipales. Pero desde su puesta en marcha ha tenido resultados mixtos: si bien hay controles aeroportuarios, continúa la existencia de residentes ilegales, la sobrepoblación y la presión sobre el ecosistema (35). En este sentido hubo quien destacó los beneficios que conlleva el ser raizal:

¹⁶ Nombre cambiado.

“En algunos aspectos tiene uno muchos beneficios por estar dentro de esa comunidad (...) el poder vivir y trabajar en San Andrés, pues el que no es raizal o no tiene la tarjeta OCCRE, no lo puede hacer”^{E13H20a40}.

Varios participantes destacaron estas garantías y beneficios. Un entrevistado que lleva 20 años en Medellín identificó a los cupos especiales para el ingreso a las universidades públicas como un privilegio que tienen los raizales y agregó:

“A mí no me tocó, pero sé que hay unas prioridades para la población raizal para acceder a educación superior”^{E13H20a40}.

Más que un criterio de auto reconocimiento como raizal, tener la tarjeta OCCRE representa la garantía de ejercer derechos que han sido negados históricamente como grupo étnico y una manera de redimir las problemáticas del proceso de colombianización. Para ellos significa una herramienta para obtener beneficios y para el Estado una manera de remediar la exclusión histórica, por ejemplo con los cupos especiales para raizales en educación superior.

d) Fronteras de identidad – “No es afro, es raizal”

Por lo que se refiere al reconocimiento étnico existe la introducción de nuevas categorías que con el tiempo generan nuevas identificaciones y con ellas, fronteras. “Este es el caso de la institucionalización de la categoría afro que, por una parte, devela la interacción fluida entre los movimientos sociales y los sectores de la academia y, por otra, hace surgir reclamos de mayor diferenciación, como en el caso de los palenqueros y los raizales en San Andrés”(55).

Sobre el término raizal, de acuerdo con los estudios de la socióloga Adelaida Cano Schütz, este pertenece a un discurso construido a partir de la Constitución Política de Colombia, cuando el Estado reconoció la existencia e identidad de este pueblo. “La palabra ‘raizal’ es posterior a 1991 y nace de los discursos de defensa de los derechos raizales y fue acuñada con el ánimo de diferenciar a la población original de las islas de los grupos provenientes de las inmigraciones del siglo XX de la Colombia continental. Sin embargo, algunos estudiosos del tema concluyen que dicho término desconoce la evidente mezcla y excluye a los demás isleños” (55).

Hubo entrevistados que expresaron la necesidad de establecer diferencias con otras comunidades colombianas, específicamente con la categoría afrocolombiano. Uno de ellos manifestó su orgullo por:

“Pertener a una población específica, diferente entre comillas, a la del resto del pueblo colombiano”^{E13H20a40}

De otro lado, no todos piensan que el color de la piel sea un criterio de inclusión para ser raizal, aunque sí es un rasgo. Una mujer se mostró prevenida cuando fue contactada, preguntó si la iba a entrevistar por el solo hecho de ser negra o por ser raizal; le contesté que no era por el color de piel, sino porque estaba acercándome a quienes se identifican como raizales; al final aceptó participar. De manera semejante se pronunció otra persona sobre si se considera raizal:

“Sí, como toda mi familia. Soy moreno, pero esta piel no es afro, es raizal”^{E16H8a25}

Una opinión diferente tuvo otro participante, quien reivindicó la distinción de lo raizal, siempre y cuando permanezca dentro de la categoría afrocolombiana que, según él, debe agrupar a quienes provienen de comunidades negras:

“Yo pienso que es bien que estemos separados dentro de los mismos afros, en el sentido de que es otra de esas comunidades que forman esta pluralidad que es Colombia (...) hay unas diferencias marcadas: los afro que son de San Andrés son afrocaribeños que provienen de otras regiones o culturalmente se hicieron diferentes”^{E01H1a31}

Según esta persona es deseable que no se hicieran diferencias y que unas comunidades no tuvieran privilegios sobre otras, pero las condiciones de vida obligan a reivindicar los derechos de los más vulnerables:

“Me parece bien que se haga un reconocimiento porque no hay que decir mentiras y los afrocolombianos en lo socioeconómico tenemos un nivel bajo, que no nos permite acceder a una universidad y a servicios que da el Estado”^{E01H1a31}

Si bien en las palabras de los participantes hay un reconocimiento de la pluralidad étnica en Colombia, los raizales apelaron a los orígenes caribeños y a la cultura propia para diferenciarse respecto a la categoría que engloba la afrocolombianidad. Para otros, su inclusión dentro de lo afrocolombiano les dificulta el reconocimiento por parte del Estado, que los oculta, esconde y si se permite el término, “invisibiliza”:

“Nos han escondido dentro de lo afro [...] hemos pedido que se separe lo raizal de lo afro, pero siempre están por encima las necesidades de chocoanos y otros afro [...] que se nos reconozca como se reconoce al pueblo ROM y a los indígenas. La Corte Constitucional ya lo reconoció, pero se ha quedado en el papel. La estrategia

del Estado es meternos dentro de lo afro, cobijarnos con la Ley 70 y nos están mamando gallo con el estatuto raizal”^{Dc04alp}.

Para varios nativos la mejor forma de reconocimiento sería la expedición de un estatuto raizal que les permita defender sus costumbres y sobrevivir al choque cultural. La “invisibilización” a la que se refieren también restringe su derecho a la salud y el Estado se ve exonerado de su responsabilidad de reconocerlos acorde con sus concepciones y características sociales y culturales. Como se expuso, hubo raizales que sostuvieron que el reconocimiento étnico era necesario para denunciar el bajo nivel socioeconómico y el limitado acceso a servicios públicos, como los de educación o salud, y como una manera de exigir derechos que se les han negado por pertenecer a un grupo minoritario; o bien que se han tratado de reconocer pero con los parámetros del grupo hegemónico, por encima de las características sociales, económicas y culturales. Para el internacionalista raizal Germán Celis Gordon la relación entre los raizales y el Gobierno Nacional no han sido las mejores:

“Porque ellos no confían en nuestra lealtad y eso es mutuo. Sin embargo celebramos las fiestas patrias del 20 de julio y 7 de agosto con fervor y alegría en el territorio Raizal, dando muestras de aceptación de la colonización que ejerce Colombia sobre las islas ¿Qué más pruebas de patriotismo y lealtad quiere el gobierno colombiano?”^{Dc04alp}.

Para otros participantes cada grupo debe hacerse visible con sus características para que el reconocimiento sea posible. Uno de ellos expresó que afros, indígenas y raizales deberían trabajar en conjunto para evitar la pérdida de las culturas étnicas en el campo y en las ciudades de Colombia:

“No son problemáticas solo de la isla, nuestra voz como grupo social tiene que aunarse a la voz de los paisas, de los bogotanos, de todos los demás para que creemos un lugar mejor donde cohabitamos los colombianos”^{T2dvc}.

El auto reconocimiento como raizal, una categoría transversal en este trabajo investigativo, es la expresión de su manera de ser y concebir la salud, lo cual está determinado histórica, cultural y económicamente. Para los participantes representa un asunto polisémico porque cada quien tiene su percepción de ser raizal, aunque se identificaron rasgos fundamentales como son la genética, la historia, la lengua y las costumbres culturales, entre ellas, la culinaria y la música. Para muchos representa un motivo de orgullo con distintos matices: quienes tienen ambos padres raizales y quienes se reconocen como una mezcla (mitad y mitad). Para otros significa una pérdida de la cultura, lo que implica la necesidad de defenderla. En el ámbito político se presentó la

exigencia de un reconocimiento diferencial por parte de algunos participantes de grupos tradicionalmente excluidos como los afrocolombianos, categoría que para otros nativos no incluye lo raizal, al contrario facilita su “invisibilidad”.

2.4. De nativo a migrante

Así como continentales y extranjeros llegan al archipiélago, algunos raizales se van para ciudades como Medellín, llevando sus costumbres y maneras de ver el mundo ¿cuáles son sus concepciones de salud y cómo se modifican? Antes de abordar esta pregunta en el siguiente capítulo, es necesario recordar que estas concepciones son transmitidas a través de las actitudes y del lenguaje. La migración, por su parte, representa un cambio en su avatar¹⁷, del perfil del nativo trilingüe en sus islas por otro: el de un migrante en una ciudad donde se habla español. Se trata de una transformación en su vida diaria, en su ritmo, en las actividades que realizan y en la incidencia de las ideas que tienen sobre su salud, sobre la manera de cuidarse y de relacionarse con otros, por ejemplo con quienes los rodean o hacen parte de sus redes migratorias; involucra también la concreción de un proyecto de vida y enfrentarse, de nuevo, al choque cultural.

La sola mención de la palabra migración nos trae a la memoria imágenes de un mundo en movimiento en el que las personas o los grupos dejan un lugar por otro, del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para establecerse a 973 kilómetros de distancia, en medio de la cordillera de los Andes, en un centro urbano. Ese mundo en movimiento representó más que un cambio de residencia para los participantes, más que el traslado de los cuerpos, “las migraciones suelen suponer, además de una traslación espacial, un cambio social” (56).

“La cultura se ha perdido bastante, pues yo aquí en Medellín siempre trato de cocinar; con otros amigos de San Andrés cocinábamos rondón; esta semana cociné caracol”^{E14H2a23}.

Uno de los mayores gustos que se puede dar el participante del testimonio anterior es preparar, compartir y disfrutar la comida isleña. Durante la entrevista expresó su preocupación por el choque cultural que vive desde hace dos años que llegó a Medellín. Para él, cocinar es una estrategia para revivir la cultura raizal en la ciudad y relató que encarga alimentos del Archipiélago para prepararlos en reuniones con otros isleños. Las casas, los escenarios deportivos (de básquetbol o softbol), un restaurante o un bar isleño son sitios en los que se propicia el encuentro con sus redes migratorias, que son los

¹⁷ Retomando la metáfora que un participante usó, consignada en la página 31.

contactos en el punto de destino y que sirven de enlace para establecerse, acompañarse y mantener las relaciones con familiares, amigos y conocidos.

Estrategias para mantener o recuperar la cultura como las anteriores revelan la preocupación por la “desconexión con la raizalidad”, aspecto al que se refirieron los participantes en su proceso de migración, diferenciado según las condiciones de vida de cada uno, sus posibilidades económicas, sus motivos para migrar, su proyecto de vida, sus vínculos con las islas y en Medellín, y la posibilidad de regresar con alguna frecuencia.

Migrar implicó decidir con quién hacerlo, cuándo, a dónde, cómo, para qué y luego instalarse en una ciudad que, como otras capitales colombianas, ha recibido diferentes grupos de migrantes, entre ellos los raizales, algunos de manera individual, otros acompañados de sus familias, todos en un proceso que implica por un lado, dificultades para satisfacer necesidades básicas durante su asentamiento en la ciudad (57), por otro, el advenimiento a la ciudad de una cultura caribeña con saberes y conocimientos propios (39).

a) “Fue una decisión familiar. Yo vine para estudiar y trabajar porque en las islas no hay muchas oportunidades”

Los raizales expresaron que el proceso de migración a Medellín marcó sus vidas con diferentes matices. Entre los estudiantes universitarios hubo quienes alimentaron el anhelo de salir de las islas desde la etapa de la educación secundaria. Varios manifestaron que era una meta de su proyecto de vida, entre ellas una mujer con nueve años en la ciudad para quien migrar significaba:

“Una experiencia que no me podía perder por nada del mundo”^{E03F9a26}.

Una experiencia que representó el cambio que distintos raizales perciben entre drástico y paulatino, el choque cultural mencionado antes. El siguiente participante explicó que, como depende de sí mismo, se vio obligado a renunciar a su trabajo profesional en las islas para estudiar un segundo pregrado en Medellín y viajar con escasos recursos económicos:

“El proceso fue toda una odisea. Desde que me vinculé a la universidad, el cambio fue drástico”^{E01H1a31}

Mientras otro raizal que no tenía esta limitante económica también describió el proceso como:

“Digamos drástico y fuerte, porque fueron dos movi­lidades: una de Providencia a San Andrés y la otra de San Andrés a Medellín”^{E09H2a22}

Este participante nacido en Providencia vivió durante un año y medio en San Andrés donde estudió las materias básicas de su carrera y luego viajó a Medellín para continuarla y poder graduarse. Él destacó la diferencia entre las dos islas, pues considera que la manera de vivir de San Andrés se parece cada vez más a la de una ciudad. Por otro lado hubo participantes que describieron el proceso de migrar como progresivo, una de ellas dijo:

“Entonces uno se va adaptando, es como un proceso paulatino”^{E07F4a21}.

Al explicar lo que representaba la “pérdida cultural” en su vida diaria, la entrevistada manifestó extrañar a las dos personas con las que vive y con las que aprendió creole:

“[Extrañar a] tu mamá y tu abuela, sentarse a hablar con ellas, que te den motivación para levantarte al siguiente día para seguir con tu rutina; es muy duro adaptarse a una cultura diferente, a un acento diferente, a mí me dio muy duro algunas palabras que yo no sabía su significado”^{E07F4a21}.

En específico, los estudiantes universitarios se refirieron al desconocimiento de varias palabras del español cuando llegaron, entre ellas términos académicos, expresiones del “parlache” o dichos populares antioqueños. De manera similar otros entrevistados manifestaron dificultades en su vida en Medellín que se atenuaron con el tiempo, en la medida en que se iban acoplando al lugar, por ejemplo:

“Verdaderamente difícil, fue muy difícil, eso es un choque cultural que uno no nota los primeros días, pero después sí”^{E06H5a22}.

Mientras pasa el tiempo de vida en Medellín algunos raizales declararon sentirse acostumbrados o adaptados a las nuevas condiciones. Una opinión diferente tuvo otra participante que no tuvo limitaciones económicas para migrar y tenía vínculos en la ciudad, lo que le permitió que el choque cultural no fuera tan drástico como para otros:

“Nunca fue como difícil. Para mí fue sencillo porque tengo tres hermanos mayores y los tres ya vivían acá, entonces yo llegué donde ellos”^{E03F9a26}.

Entre los participantes hubo migraciones individuales, de pareja y de grupos familiares. Hacerlo implicó tener en la ciudad a un familiar, a un amigo o a algunos conocidos, quienes les permitieron una estrategia de adaptación. Por ejemplo, cuando el siguiente raizal llegó solo a Medellín vivió primero:

“Con una muchacha de la sede del Caribe que estaba acá en una pensión (...) y ahorita estoy con mi hermano en otro apartamento porque él llegó este semestre también”^{E09H2a22}.

Entre quienes lo hicieron de manera individual el motivo de migración predominante fue el acceso a la educación superior, en esta situación se encuentran estudiantes de distintas carreras, algunos de ellos viven en pensiones estudiantiles o en residencias en las que, en algunos casos, también están hospedados más sanandresanos; otros, en cambio, alquilan un lugar o viven con un conocido.

También migraron parejas. Uno es el caso de un pescador que está casado con una mujer de Medellín, con quien tomó la decisión de instalarse en la ciudad después de haber vivido juntos en Providencia.

“La razón fue mi esposa, porque a mí me gusta la isla, aunque aquí también vivo muy bien”^{E04H1a25}.

Sin embargo manifestó dificultades para conseguir empleo, pues siempre se dedicó a la pesca y no ha terminado la secundaria, por lo que está considerando regresar a las islas para trabajar durante una temporada. Diferente es la situación de otro participante, quien también migró con su esposa raizal para estudiar un pregrado en las ciencias sociales y humanas, y consiguió un trabajo informal para mantenerse económicamente. No obstante ambos se mostraron preocupados por su situación económica, pues tienen a cargo a su pareja. En otros casos migró un grupo familiar más amplio:

“Fue una decisión familiar. Yo vine para estudiar y trabajar porque en las islas no hay muchas oportunidades”^{E02F15a41}.

Esta mujer vive en Medellín desde hace 15 años con su mamá, hermano, padrastro y una prima menor que vino recientemente de Providencia a estudiar. Ella es de las que piensa que el proceso de adaptación es gradual y que el acompañamiento de la familia favorece que el choque cultural no sea tan drástico:

“Primero se vinieron mis papás, cuando nosotros llegamos ya estaban instalados. De todas maneras el tiempo pasa volando y ya llevo 15 años en esta ciudad”.
^{E02F15a41}.

Como el caso anterior hay migraciones que se dan de manera escalonada en los grupos familiares, en las que primero viaja un integrante y cuando está instalado, le sigue otro. La próxima participante lleva nueve años viviendo con sus hermanos en la ciudad pero

reconoce que parte de su familia nuclear y ampliada siguen en las islas y son vínculos importantes para ella:

“Aquí viven mis tres hermanos; allá están mis papás, mis abuelos, mis tíos, unos primos pequeñitos, mi madrina”^{E03F9a26}.

Aparte de ella, otra participante agregó que a pesar de hacerlo en familia, el proceso de migración también implicó dificultades:

“Estaba muy apegada a mis papás, entonces en ese sentido fue muy difícil llegar a una ciudad. Sí, mi hermana estaba acá pero ella ya tenía una vida organizada”^{E08F7a24}.

Por otra parte, tener un familiar en la ciudad influyó para tomar la decisión de migrar; por ejemplo, el siguiente estudiante universitario era de los que anhelaban migrar al terminar la secundaria, él solía preguntarse:

“Que por qué no me venía para acá a estudiar, de igual forma empecé a pensarlo y mi hermana estudiaba acá también (...) no se me hizo tan difícil porque ya tenía a alguien cercano (...) gracias a ella me acostumbré a todo”^{E05H5a23}.

Los raizales describieron que sus redes migratorias fueron tejidas en distintos ámbitos: la familia nuclear, la familia extensa, los amigos, los conocidos o emigrantes “pioneros”, personas que llevan más años que ellos en la ciudad. Según Goycochea, “imaginarios, familias y redes consolidadas siguen, a su vez, incrementando los desplazamientos de población, lo que refuerza la idea que la migración no es una respuesta exclusivamente a las condiciones económicas, sino también a las construcciones sociales y culturales en el más amplio sentido” (58).

A su vez, estas características del proceso migratorio no son exclusivas de los raizales. De acuerdo con Castro, (59) las teorías sobre migración han identificado como motivo migratorio predominante al económico, como lugar de destino a centros densamente poblados, industriales y comerciales como Medellín, y como fenómeno relevante a las dinámicas escalonadas en dos sentidos: un grupo familiar que lo hace progresivamente o migrantes que viajan primero a un lugar y luego a otro.

Elegir un lugar para migrar también hizo parte de las decisiones que tomaron los raizales en el proceso. Entre las opciones, las personas consideraron los lugares en los que había familia y/o en los que fueran admitidos a un programa de educación superior. Hubo quien declaró:

“Si no vienen acá, se van para Barranquilla, porque de pronto tienen familia, pero a Medellín sí es por la calidad de vida y el clima”^{E01H1a31}.

Para explicar el acceso a la educación superior como motivo de migración algunos enfatizaron en la falta de oportunidades en las islas y en su reducida oferta de educación. Para la siguiente participante su motivación fue:

“El estudio. En San Andrés no es que no haya estudio, sino que es muy básico; son técnicas o cursos introductorios pero no son carreras profesionales. Y pues mis papás siempre tuvieron en mente tener hijos profesionales y entonces, tocó salir”^{E03F9a26}.

El deseo de profesionalizarse y la influencia de los padres, en vista de la limitada oferta de estudio en las islas, motivó a la participante a migrar de manera casi obligatoria, pues le “tocó salir”.

Entre otros motivos de migración se encuentra la familia para quienes tomaron la decisión en pareja o de manera colectiva. En estos casos, el estudio y las opciones laborales aparecen también como motivaciones para migrar. Entre quienes lo hicieron para estudiar, algunos lo consideraron como una meta concreta:

“Vine a Medellín puntualmente a estudiar matemáticas”^{E06H5a22}.

Diferente de otros que no lo tenían planeado:

“Nunca pensé llegar a estudiar a Medellín, jamás, son cosas que se dieron en el camino”^{E07F4a21}.

La mayoría de ellos son estudiantes universitarios y hay quienes también realizan actividades deportivas, activismo social, trabajos ocasionales, informales o permanentes. Además hay estudiantes de educación no formal, entre ellos quien está cursando un preuniversitario tras presentarse sin éxito a las universidades públicas. Quienes migraron por estudio lo hicieron una vez finalizado el ciclo académico.

“Salí del colegio a los 16, pero me vine a los 17”^{E03F9a26}.

O incluso antes para quienes tienen mayores oportunidades económicas:

“Llegó cierto momento que me pareció que ya estaba, que el bachillerato estaba muy fácil, y pensé que no estaría bien preparado para salir a la universidad (...) entonces tomé la decisión de salir a prepararme mejor, para lo que vendría después”^{E05H5a23}.

Este raizal estudió los dos últimos años del bachillerato en Cartagena y criticó la baja calidad de la educación secundaria en Providencia.

b) Trabajo en las islas

Antes de migrar, quienes trabajaban lo hacían ejerciendo su profesión como empleados o por cuenta propia, en servicios turísticos o en la pesca artesanal. Otros entrevistados se dedicaban a estudiar y dependían económicamente de sus padres, quienes trabajaban en el sector público, en el comercio o en el sector turístico. Algunos raizales identificaron la afiliación a la seguridad social como una característica diferenciadora entre las familias que tenían trabajos formales y las que no. Dentro de la informalidad están las ocupaciones tradicionales de la agricultura, la pesca y hubo quienes trabajaban en ambas. Los participantes también expresaron diferencias respecto al tipo de aseguramiento: subsidiado, contributivo o regímenes especiales. Un entrevistado expresó sentirse privilegiado en este sentido frente a la situación de otros raizales:

“Afortunadamente, aunque reconozco la desgracia de otras personas (...) yo estoy cobijado por el régimen especial, mi mamá es funcionaria pública”^{E11H5a22}.

En su opinión la desgracia no es solo enfermar, sino acudir a servicios del Sistema de Salud. Quienes trabajaban y quienes estudiaban manifestaron la percepción que en las islas hay una oferta limitada de empleo que se reduce a los sectores público, educativo, comercial o turístico para los que tenían algún nivel de formación, y a la pesca o la agricultura para los que no. Entre ellos, un profesional de las ciencias exactas explicó lo difícil que es ejercer:

“Allá en la parte política se ve mucho lo que es el trabajo, no hay casi empresas privadas, entonces allá todo se maneja porque está ligado a la Gobernación; o a la pesca que es la tradición económica, o a una agricultura de subsistencia, que no es tanto un negocio, sino para comer”^{E01H1a31}.

Desde este punto de vista, la oferta de empleo público supera al privado, pero es necesario tener vínculos para acceder a un empleo, donde cobra fuerza la familia ampliada y los apellidos. En las islas, “la remuneración del sector público, en promedio, supera a la del sector privado” (30). No todos los raizales pueden trabajar en sectores como el turístico o comercial, donde predominan personas de origen sirio, libanés, judío y antioqueño. De manera similar sucede con el turismo, aunque haya una mayor participación de nativos. Sin embargo, para un pescador que depende de su trabajo y para quien la playa es un lugar de venta, su capacidad de acción se ve reducida por los grandes

empresarios del sector turístico como son las cadenas hoteleras y algunas familias raizales.

“Y es todo un monopolio que tiene la zona hotelera, porque son las mismas familias, la familia Xxx¹⁸, la familia Yyy: la pizza, la tienen ellos; el buceo, lo tienen ellos; el tour, lo tienen ellos”^{E04H1a25}.

En el Archipiélago, el acceso al trabajo está regulado por la mencionada entidad pública que expide la tarjeta OCCRE y limitado para quienes están clasificados en la categoría de residente. Otra garantía laboral que tienen los raizales es que, a través de la Ley 47 de 1993 (60), se promulgó la obligatoriedad de dominar el inglés para todos los servidores públicos de las islas.

Pero la sobrepoblación del Archipiélago genera presión en la limitada oferta de empleo. Además, las personas expresaron que no trabajar en lo que querían, sino en lo que les tocaba, los motivó a migrar en busca de oportunidades. Para ellos, la cotidianidad en las islas estaba marcada por las faenas de pesca que suelen ocupar la madrugada, la mañana o en algunos casos la tarde; mientras los servicios turísticos están disponibles casi todo el tiempo, un ejemplo es el sector hotelero que funciona día y noche. El comercio, el sector público y demás servicios tienen horarios estandarizados, en los que se incluye el tiempo de la siesta. Mientras la agricultura puede ocupar todo el día.

c) Ser raizal en Medellín

Como migrantes, los nativos de las islas se perciben como “uno más” en una ciudad que se conformó como centro comercial e industrial, y que recibió oleadas de inmigrantes y desplazados forzados del conflicto armado hasta convertirse en un crisol de culturas, donde hay una que es hegemónica: la cultura “paisa”, que se caracteriza por sus costumbres andinas, hispanas y católicas, en la que se reivindica el pasado de los colonos antioqueños y el orgullo por sus tradiciones. Como capital del departamento de Antioquia, la ciudad de Medellín tiene una larga historia que se remonta tres siglos atrás hasta su fundación; sin olvidar que el valle de Aburrá estuvo poblado desde antes de la colonización española.

Para distintos participantes Medellín se muestra atractiva en términos de empleo, educación y servicios, entre ellos la atención en salud, con disponibilidad de alta tecnología, programas de formación e infraestructura. Aunque en la ciudad se

¹⁸ Nombres cambiados por confidencialidad.

evidenciaron dificultades en la atención real para grupos étnicos como el raizal porque las estrategias de atención en salud de la ciudad generalmente no contemplan la diversidad cultural y económica (36).

En 2010, en Medellín se caracterizaron las condiciones de vida de las comunidades afrocolombiana, palenquera y raizal (61), para luego establecer, según la Encuesta Calidad de Vida de Medellín 2012 (57) –en la que se tomó al raizal como una categoría aparte–, que del total de la población de la ciudad que en ese momento era de 2.393.011 personas, los raizales correspondieron al 0.03%, es decir, unas 718 personas residentes. En la caracterización de las condiciones de vida se concluyó que en los grupos étnicos residentes en Medellín como indígenas, afrocolombianos, palenqueros o raizales, se presentan “procesos de desculturización o aculturación – asimilación” (61), los cuales juegan un papel importante en el auto reconocimiento identitario en la ciudad¹⁹.

La vida en Medellín representa para los participantes una mayor desconexión con la raizalidad, tal como lo planteó uno de ellos²⁰. Son pocas las costumbres isleñas que pueden recuperar en la ciudad, entre ellas la preparación esporádica de alimentos, practicar algún deporte caribeño, hablar creole en los encuentros con otros raizales, ir al bar y de vez en cuando escuchar en vivo algún grupo de música isleña.

Distintas familias raizales se congregaron para celebrar la fiesta patria del 7 de agosto de 2015 en la feria de las colonias que se llevó a cabo en un campus universitario de Medellín. La presentación raizal incluyó un sociodrama en que los isleños se reunieron en torno a una abuela sentada en una mecedora que narró la historia de la araña Miss Nancy²¹ en una mezcla de creole, inglés y español. También se presentó un grupo musical, con sus integrantes vestidos de gala, con sombreros tejidos con hojas de palmera y una pareja de baile que interpretó ritmos tradicionales. Esta representación artística valoró el papel de la abuela en la familia y su conocimiento ancestral. Aquella particular fiesta consistió en un día de campo donde cada colonia del país ofreció degustaciones de su comida en una carpa. La de los raizales tuvo una decoración sobria que incluyó la bandera

¹⁹ Como aparece descrito en el apartado 2.3. Auto reconocimiento como raizal - “Sobre eso no hay un acuerdo”.

²⁰ Véase página 32.

²¹ Miss Nancy o Anansi es un cuento oral tradicional de origen africano, una araña que los africanos esclavizados y sus descendientes valoraron porque teje su vivienda de su cuerpo y con la telaraña se abastece de comida. Anansi teje un hilo entre África y América. Este cuento de carácter juguetón y pícaro está presente en distintas regiones del Caribe y fue estudiado por el antropólogo colombiano Jaime Arocha (62).

de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, un mapa de las islas en el mar Caribe y unas mesas con las comidas preparadas, entre ellas el dulce sabor del plantintá²².

Las personas protestaron por estereotipos asignados por algunos habitantes de la ciudad. Uno de los participantes pidió reconocerse como raizal a pesar de no ser de piel negra; otro rechazó la idea de que los nativos tienen mucho dinero y viven de fiesta en fiesta; a otro le molestó que la gente piense que la vida en las islas son unas vacaciones permanentes, que el rastafarismo²³ es su religión, que viven entre nicaragüenses o que hablan papiamento.

Esto lo pude comprobar en un auditorio de un centenar de personas durante el programa académico Música y contexto: ritmos de San Andrés y Providencia. En el público se encontraban varios participantes y en el escenario estaba un grupo musical que se presentó con los instrumentos isleños: la mandolina, la guitarra, el cordófono, el tináfono, las maracas y la quijada²⁴. La primera canción que sonó fue Beautiful San Andres. Luego se presentó una pareja de bailarines profesionales y conocedores de los bailes típicos, quienes realizaron las demostraciones de cada uno de los géneros y estilos. Después se inició una conversación con los músicos y el público que pudo tocar los instrumentos. Algunos espectadores no raizales, no pudieron ocultar su sorpresa cuando descubrieron que el plato fuerte de la noche eran los géneros típicos de la isla: jumping polka, shottis, calipso, mento y pasillo sanadresano. Los asistentes no raizales dijeron:

“Esperábamos mucho reggae o champeta, y nos encontramos con algo que no conocíamos”^{Dc02udea}.

Entre los ritmos musicales de las islas se encuentran los tradicionales como la polka, la mazurca, el shottis o schottische, los valeses, el pasillo, el foxtrot, el mento, otros más recientes como el calipso, el reggae, el zouk, y otros más urbanos como la champeta, el reguetón, la salsa, el vallenato; además está la música religiosa tradicional que va acompañada de voz y órgano. Hubo participantes que manifestaron que el encuentro con otras personas de las islas les permite exteriorizar sus reminiscencias. Una manera bella de hacerlo es el himno Beautiful San Andres, cuyo coro expresa la nostalgia de estar fuera de las islas.

*Take me back to my San Andrés
To the wave and the coral reefs*

²² Plantintá o Plan tin tart es un dulce tradicional de plátano cocinado y horneado en un envuelto de harina.

²³ El rastafarismo es un movimiento espiritual, sus seguidores son conocidos como Rastas, la Biblia es su texto sagrado y creen que Jehová permitirá la liberación de la gente de ascendencia africana del mundo conduciéndolos a una tierra prometida llamada monte Sión o Zion.

²⁴ La quijada o jawbone es la mandíbula inferior del equino.

*Back to be where the sunshine bright
where the sea changes colors day and night*²⁵

La identidad cultural es el rasgo preponderante de la distinción entre los grupos sociales que habitan Medellín como son los raizales, “ya que ella se produce y reproduce en directa relación con los espacios en los que acontece la vida social, condicionando el que aparezcan rasgos distintivos, particulares y definitorios de los distintos colectivos” (63). De modo que ser raizal en la ciudad involucra la interacción con otras identidades, la asignación de distintos estereotipos, la preservación de la cultura propia mediante el encuentro con otros raizales y procesos de desculturización o asimilación.

d) Migrantes de ida y vuelta

Sobre el tiempo de vida en las islas, las dos terceras partes de los participantes residieron entre 15 y 20 años. El resto de raizales vivieron más de 20 años en la isla y migraron siendo adultos; con excepción de uno de ellos que solo estuvo 14 años y migró siendo un adolescente. Esta circunstancia cobra fuerza en sus concepciones de salud si se tiene en cuenta que quienes vivieron más años en las islas están más permeados por la cultura del Archipiélago que quienes estuvieron menos tiempo.

Las personas también se refirieron al regreso a las islas durante temporadas cortas o largas, lo que les permite revivir manifestaciones culturales, entre ellas de salud. Entre los motivos del retorno está visitar la familia, hacer turismo y descansar durante las vacaciones, en casos esporádicos realizar algún trámite o pasar una temporada para trabajar en las islas.

Al observar la distribución de los participantes por frecuencia con la que se desplazan al Archipiélago encontramos algunos que viajan dos veces al año, quienes se caracterizan por hacerlo preferiblemente en tiempo de vacaciones, a mitad y a final del año, por ser personas que se dedican a estudiar y que tienen entre los 17 y los 24 años; para ellos, las islas son un sitio de descanso familiar y la mejor opción para pasar las vacaciones. Una de ellas manifestó regresar:

“A visitar a mis papás porque siempre es rico descansar”^{E03F9a26}.

Otras personas viajan con menos frecuencia a las islas. Según una de las participantes:

²⁵ Traducción del fragmento: *Llévame otra vez a mi San Andrés; a las olas y al arrecife de coral; a estar otra vez donde el amanecer brilla; donde el mar cambia de color día y noche.*

“Antes era un poquito más fácil, porque por el estudio tenía la posibilidad de ir en vacaciones de mitad y fin de año, ahora que estoy trabajando es ocasionalmente”

E08F7a24

Tras siete años de vida en Medellín y con el aumento de las responsabilidades laborales, para esta profesional de la salud es difícil viajar a las islas, pues trabaja en una institución prestadora de servicios de rehabilitación. Una situación similar vive una participante que lleva 15 años en Medellín, que trabaja en el sector público y que migró con toda su familia. Ella manifestó que visita las islas una vez al año para descansar y ver al resto de sus parientes; aunque ha habido años en que no lo pudo hacer. En otra familia raizal ocurre que, como la entrevistada vive con su hermano en Medellín y ambos se dedican a estudiar, resulta más económico que la madre los visite en la ciudad, en vez de financiar el viaje de los dos hijos a las islas.

En otros casos los entrevistados no han vuelto desde que llegaron a la ciudad. Uno de ellos por motivos económicos, pues depende de sí mismo y no trabaja; si bien migró para adelantar un segundo pregrado, los ahorros se terminaron después de un año y medio en Medellín, y las dificultades económicas lo tienen a punto de regresar, aunque él no quisiera abandonar sus estudios. De la misma forma, la situación económica ha sido el motivo principal para que otro de los raizales que está casado, que además estudia y trabaja, no haya regresado a las islas después de cuatro años instalado en la ciudad.

En el otro extremo hubo personas que indicaron que se desplazan con mayor frecuencia. Una de ellas manifestó ir de vacaciones tres veces al año, incluida la semana santa. Otro de ellos dijo extenderse en el tiempo de visita:

“Siempre paso, contando las vacaciones de diciembre - enero y de junio - julio, cuatro meses allá en la isla” E05H5a23

Un caso excepcional entre los participantes es el del pescador que declaró pasar la mitad del año en el Archipiélago, pues trabaja en las islas durante esta temporada; además expresó mantenerse en contacto permanente con las personas de las islas a través de la comunicación digital y telefónica. En cuanto a los hombres que viajaron con sus esposas, la frecuencia de regreso a las islas es diferente. Si bien expresaron dificultades económicas, uno no ha regresado después de cuatro años y el otro permanece seis meses en las islas.

A su vez hubo personas que vivieron en lugares diferentes a Medellín o las islas, lo que les permitió asumir el proceso de migración de otra manera. Para algunos fueron transiciones menos difíciles por haber estado en otras ciudades. Un estudiante universitario declaró que esta experiencia le facilitó su proceso de migración en temas de seguridad:

“En Medellín le dicen a uno que hay unas partes que no son muy seguras, lo bueno es que yo ya he estado en ciudades, ya sé qué sitios no puedo caminar, trato de evitar sitios que no son muy buenos”^{E01H1a31}.

Al contrario, quienes no han vivido en otros lugares manifestaron un choque cultural más fuerte en temas como la espacialidad y el proceso de instalarse en la ciudad. Según una de ellas:

“Pues es difícil pasar de vivir en una isla de 28 km cuadrados a una ciudad enorme, pues acostumbrarse a las calles, a los números y a las direcciones es terrible”^{E03F9a26}.

Otra participante dijo sentir cambios radicales al llegar a Medellín en el ritmo de vida, en la relación con la familia y en la alimentación, así mismo manifestó sentimientos de querer regresar a las islas en aquel momento:

“Otro tipo de comida, otra sazón que es totalmente diferente a mi casa, o sea a mí lo que más duro me dio fue la comida; yo los primeros días ¡no!, llamaba a mi mamá y lloraba; yo me quería devolver a la casa”^{E07F4a21}.

Por lo que se refiere al tiempo de vida en Medellín y su adaptación a la ciudad, las personas que llevan menos tiempo se mostraron más proclives a regresar a vivir a las islas. En el momento de la entrevista, uno de los participantes que solo lleva año y medio en Medellín contó que tras dislocarse el hombro tendría que consultar con un médico particular porque no estaba afiliado a ninguna Entidad Promotora de Salud, pues no tenía trabajo, lo que era además una razón para dejar el estudio; luego tenía planeado viajar a San Andrés, suspender el pregrado y retomarlo cuando tuviera los recursos económicos suficientes para volver a la ciudad. En una situación similar se encuentra un pescador, quien apenas lleva un año en Medellín y declaró no sentirse tan cómodo como en Providencia; agregó que prefiere trabajar seis meses allí y que si tuviera una casa en la isla, se instalaría con su esposa, pues en la ciudad no tiene ocupación; según él, su proyecto de vida consiste en regresar al Archipiélago y trabajar como pescador o hacer carrera política.

Respecto a los participantes que tienen entre 2 y 5 años de residencia en Medellín, estos se caracterizan por ser estudiantes, en su mayoría, y algunos trabajadores ocasionales. Mientras quienes superan ese margen llevan hasta 20 años en Medellín, son egresados de educación superior y ejercen su profesión; entre estos algunos adelantan procesos de educación continua; varias de ellas son mujeres y trabajan en el área de la salud; mientras que el participante que más tiempo lleva en la ciudad, 20 años, trabaja como entrenador deportivo. Según él, la experiencia fue difícil en principio:

“No sé en este momento cómo esté la situación, pero en la época de nosotros se presentaba mucha desinformación, cuando yo llegué aquí a estudiar no tenía una orientación profesional y todavía veo que los isleños llegan desubicados acá, sin saber qué quieren, pues así como sucede en el estudio, también sucede en la salud” ^{E13H20a40} .

Las declaraciones de este último participante, uno de los mayores, permite ilustrar cómo los procesos de migración son descritos en una distancia temporal, en este caso de dos décadas, para hablar mediante la memoria, sin desconocer lo que cayó en el olvido y por eso no fue mencionado. “A veces la memoria nos juega malas pasadas” es una frase popular que se refiere tanto a los olvidos, como a los recuerdos selectivos o modificados.

Para reconocer este proceso de migración, así como las concepciones de salud en las islas, los raizales hablaron de un tiempo pasado e hicieron una abstracción en la conversación para reconstruir lo vivido en el Archipiélago o su llegada a Medellín. Por eso la mirada de los participantes fue comparativa entre estos dos momentos y lugares. De modo que las concepciones de salud originales se ven más expuestas a ser modificadas en el espacio receptor (Medellín), según el mayor o menor tiempo de vida que tienen los raizales en la ciudad, su regreso a las islas de manera regular o esporádica, y sus motivos de migración (por ejemplo quienes estudian en áreas de la salud tienen una actitud más abierta a los conceptos biomédicos), en la medida en que cambian las actividades de la vida diaria como veremos en los próximos capítulos.

3. Develando las concepciones de salud

Antes de abordar los distintos conceptos de salud de los raizales, detengámonos en el significado de concepción, “una acción y un efecto de concebir” (64), verbo que a su vez indica formarse una idea, hacerse un concepto de una cosa, en este caso de la salud, y comprenderla. Un concepto es definido como un pensamiento expresado con palabras; una idea que concibe o forma el entendimiento; también significa opinión y juicio; y es determinar una cosa en la mente después de examinadas las circunstancias (65).

Lo que los participantes comprendieron por salud fue una construcción que hicieron según la manera en la que viven y ven el mundo como individuos y como parte de su grupo cultural, el raizal.

En sus explicaciones se refirieron a diversas dimensiones de la salud como son el disfrute de la vida, lo biomédico, lo mágico-religioso, la relación con la socialización y con el entorno. Para esto se refirieron a las diferencias entre la vida en las islas y en Medellín en términos de: el ritmo de vida, la organización social, la relación con los servicios y los profesionales de la salud, el estilo de vida, el trabajo, la educación, el ocio, la alimentación, la socialización, el parentesco, las redes migratorias, la identidad raizal, la religión, la magia, la relación con el mar, el medio ambiente, los servicios públicos, las costumbres, las tradiciones, entre otras. Estas combinaciones incluyeron ideas que “van desde concepciones mágico-religiosas, hasta el extremo positivista. Pasan por el espectro de variadas interpretaciones y prácticas de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación acorde con esa cosmovisión” (66).

Para los raizales ese “espectro de variadas interpretaciones” o abanico de distintas concepciones de salud involucró asuntos individuales, del grupo étnico y de un entorno social amplio que incluye las relaciones con el Estado y con demás actores sociales, tanto en las islas como en la ciudad: las instituciones de salud (aseguradoras, prestadoras, hospitales), las instituciones públicas (de educación, defensa, de control ambiental, de control migratorio), las instituciones de gobierno (presidencia, gobernaciones, municipios, ministerios), los agentes económicos (sector industrial, financiero, turístico, comercial, exportador e importador, pesquero, de alimentos) y otros grupos étnicos como el caso de continentales y sirio-libaneses en las islas, o la cultura “paisa” y los afros en Medellín.

Teniendo en cuenta que las poblaciones construyen y transmiten concepciones que les son propias y que se diferencian entre los distintos grupos sociales: “la salud-enfermedad y la atención como proceso histórico social, dependen de la manera como las poblaciones estructuran sus opciones de acuerdo con la adscripción al grupo social, la forma como es irradiada la población con los beneficios del desarrollo social, el nivel de prioridad

asignado a dicho grupo por el Estado en su política social y el nivel de apropiación individual de la salud como necesidad básica” (36).

A continuación distintas dimensiones de la salud, no sin antes agregar que un concepto de salud es “dinámico, histórico, que cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan” (2).

3.1. Referentes teóricos

Las siguientes categorías teóricas sirven de referentes para comprender algo tan polisémico como las concepciones de salud de los raizales, pues permiten contrastarlas con otras establecidas en la comunidad académica, evidenciando que no son exclusivas de un grupo étnico y que muchas han sido transmitidas en los procesos sociales vividos por diferentes comunidades.

En la Grecia clásica la salud estaba relacionada con la perfección. El pensamiento de los antiguos griegos influenció a las tradiciones occidentales en muchos niveles de la cultura, como las ciencias, la religión y las artes, transmitiendo concepciones de salud asociadas con el equilibrio y la armonía, y estableciendo una estrecha relación con la medicina, al recuperar “el arte de curar” mediante los conocimientos de distintas escuelas –como la de Hipócrates en Cos, la de Esmirna o la de Alejandría–, de la transmisión de aforismos como “Mente sana en cuerpo sano” y a través del culto a dioses como Apolo, Asclepio, Higía, Peán y Panacea. La teoría de los humores buscó la causa de las enfermedades físicas y mentales en los desequilibrios entre el calor y el frío, lo seco y lo húmedo, y otros humores del cuerpo como sangre, bilis, agua y flema, las cuales al encontrarse en equilibrio adecuado rememoran las concepciones de salud. “En la antigua Grecia, tierra de sanos y de sabios, la salud aparece como aspiración difusa (no por casualidad nacieron entonces los juegos olímpicos); se buscaron las causas reales de las enfermedades, y los médicos eran tenidos en la mayor consideración cuando lograban traer nuevamente a la belleza, eficiencia y perfección, a un cuerpo enfermo” (67).

Antes y después de los griegos, los conocimientos sobre salud de las civilizaciones han bebido de la fuente de lo mágico y lo religioso, dos aspectos culturales atados en una sola palabra²⁶, ya que ambos hablan de una dimensión extraordinaria de la salud. “Según Stern, en la historia de la medicina han existido dos tradiciones paralelas e

²⁶ En la revisión bibliografía se encontró que distintos autores lo agrupan en un solo término: mágico-religioso.

independientes: la secular-científica y la mágica-religiosa”, (68). A la idea clásica de salud de los griegos, transmitida por los europeos, se suman otras concepciones mágicas y religiosas de los distintos pueblos, entre ellos los que dieron origen a la cultura raizal: los indios miskitos colonizados, los africanos esclavizados y los mismos europeos cristianos.

Otra definición, vigente en el mundo globalizado y con aceptación internacional, es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud que reza: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (69). Esta idea de la salud como un estado es una de las más difundidas en ámbitos institucionales: políticas públicas, planes, programas y proyectos en sectores educativos, de seguridad social, entre otros, en el ámbito público y privado. En ella hay varias dimensiones: lo individual (el cuerpo y la mente) y lo colectivo (lo social). Pero se limita a un estado de completitud que pocas personas alcanzan porque están sometidas a inequidades por etnia, género o condiciones económicas.

Una de las principales críticas a esta concepción de la OMS es que no considera a la salud como un proceso, sino como un estado. Según Quevedo, “predomina en este pensamiento salubrista el carácter funcionalista” (70), en el que se privilegia la relación entre el órgano y la función²⁷. Desde esta perspectiva, la medicina es un mecanismo del sistema social para enfrentarse con las enfermedades de las personas. Para Talcott Parsons, según Juan César García, la enfermedad es “un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de su ajustamiento personal y social” (68). En este paradigma el análisis de la enfermedad como signos, manifestaciones y síntomas es el punto de partida de los conocimientos sobre la salud.

Por otro lado, parte esencial de la salud es mantenerse a sí misma, por lo que no permite que se le impongan valores estándar establecidos que serían inapropiados para el caso individual, pues el estado de salud tanto físico como psíquico, según Hans-George Gadamer, es el equilibrio entre múltiples factores (3). De ahí que la salud sea la percepción de un bienestar corporal, mental y social que permite el disfrute de la vida (por ejemplo llevar una vida activa), o un estado oculto que se manifiesta solo cuando hay un desequilibrio porque lo que “vuelve necesario el tratamiento médico es la perturbación de la salud” (3).

Ahora bien, desde la salud colectiva, se entiende a la salud como una “forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado” (71). Desde

²⁷ El funcionalismo se caracteriza por el utilitarismo otorgado a las acciones que deben sostener el orden establecido en las sociedades.

esta perspectiva hay una relación entre la estructura social y la concepción de la salud como un proceso, según Menéndez: “el proceso salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran” (4). A partir de allí, distintos autores han definido a la salud como un derecho. En la Constitución Política de Colombia la salud aparece como derecho inherente a la persona. Sin embargo, hay expertos jurídicos que opinan que se le ha dado una interpretación como “un derecho meramente prestacional”, según Jaime Gañán, aunque “por influjo directo de las consideraciones jurisprudenciales de la Corte Constitucional, parece haberse reconocido como un derecho fundamental *per se*. El derecho a la salud analizado en clave del Estado social es un verdadero derecho fundamental, por ello, debe ser protegido por todas las garantías constitucionales y legales propias de tal tipo de derechos” (72).

Desde este punto de vista el modo de vivir es definitivo, tanto para concebir la salud como la enfermedad. De acuerdo con Sigerist, “la religión, la filosofía, la educación, las condiciones sociales y económicas ejercerán también gran influencia en la disposición individual a la enfermedad, y la importancia de estos factores culturales se hace aún más evidente si consideramos las causas ambientales de la enfermedad” (73). De esta manera, “el medio social y físico, causa de casi todas las enfermedades, es modificado a su vez por la civilización, que tan profundamente ha alterado la vida del hombre (...) La civilización, al evolucionar, ha producido con frecuencia condiciones desventajosas para nuestra salud. Junto a sus ventajas ha traído también riesgos y peligros causantes de muchas enfermedades” (73).

De acuerdo con investigaciones en Salud Colectiva, tanto los sujetos como los distintos grupos culturales construyen sus propios conceptos, “de forma permanente o circunstancial, a nivel real o imaginario” (36). Los participantes describieron distintas ideas de salud relacionadas con aspectos de la cultura que se concretan en estrategias para mantener la salud o recuperarla, permeadas por estas interpretaciones (66).

3.2. Salud y vida en las islas

a) Salud como el disfrute de la vida – “Los raizales podemos aportarle al mundo con nuestra visión de la tranquilidad”

Una concepción que tienen los raizales de la salud es el disfrute de una vida “tranquila”, lo que les permitía durante su vida en las islas lograr un estado de equilibrio y mantenerlo

ante las amenazas que se les presentaban, entre ellas las enfermedades, y que impiden la vida digna y el poder trabajar, estudiar o realizar actividades cotidianas o extraordinarias. Desde este punto de vista el ritmo de la vida en las islas facilita esa “tranquilidad” que es para ellos la salud, pues es más lento que en Medellín, el mundo es “más reducido” y a pesar de las problemáticas sociales, hay solidaridad entre la comunidad.

Los participantes expresaron dificultad, inseguridad y desinterés para reflexionar acerca de sus concepciones de salud, pues solo cobraron importancia para ellos cuando perdieron el equilibrio, es decir, cuando experimentaron la enfermedad²⁸. Para superar esta dificultad hicieron una descripción comparativa con su vida en Medellín, donde disfrutar la vida tiene otras características. La concepción de salud como un estado de equilibrio es sinónimo de armonía para los raizales y tiene un carácter integral, pues incluye el cuidado de sí, el de su familia y la comunidad, la mente y el cuerpo, los problemas diarios y las estrategias para solucionarlo. Por eso el desequilibrio se manifestó no solo como las enfermedades, sino como barreras de atención en salud, falta de trabajo, de educación, de seguridad social, de servicios públicos domiciliarios, negación de derechos, negligencia y desconfianza médica, en fin, la vulneración de la dignidad y la imposibilidad de alcanzar la felicidad; o el pretendido estado completo de bienestar de la OMS.

Desde la perspectiva de varios raizales el disfrute de la vida en las islas como concepto de salud implica la búsqueda de la felicidad: concretar los sueños, tener posibilidades de trabajo, ocio, educación, vivienda digna y estrategias de cuidado y recuperación de la salud que sirvan de contrapeso para balancearse cuando la enfermedad causa desequilibrio. De acuerdo con Gadamer la salud “es un ser-ahí, estar-en-el-mundo, un estar-con-la-gente, un sentirme satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos” (3). De ahí que los raizales rescataran la solidaridad como una manera de llevar una vida tranquila y proyectarla a los demás. Un estudiante universitario que se mostró preocupado por el modo de vivir en las ciudades del siglo XXI, valoró este concepto:

“Los raizales podemos aportarle al mundo con nuestra visión de la tranquilidad, usted nunca ve a un isleño preocupado, apestado o frustrado sobre el futuro (...) es algo que transmitimos los sanandresanos y más los providencianos” T2dvc.

²⁸ Se explorará el concepto de ausencia de enfermedad en el próximo ítem llamado Concepción biomédica de la salud.

i. Dificultad para hablar de ella - “Hay algo que es salud, ¿qué es?”

En busca de las palabras para expresar el significado de salud, varios raizales manifestaron dificultad para hablar de ella. Algunas personas mostraron desconcierto ante el tema. Otros se repitieron a sí mismos las preguntas sobre lo que comprendían por salud como tratando de digerirlas. La apreciación del siguiente participante expresa esta dificultad de pensar en la salud, aunque hiciera parte de su cotidianidad:

“[hace silencio]... es difícil definir un término que usamos a diario” ^{E01H1a31}.

Varios raizales dijeron haber reflexionado poco sobre el tema, otros se tomaron su tiempo para pensar en la respuesta, hicieron silencio o repasaron la pregunta como escogiendo las palabras exactas para contestar, especialmente al inicio de la entrevista. A medida que avanzó la conversación muchos desarrollaron distintas ideas de lo que es la salud. Sin embargo, hubo quienes se mostraron inseguros al acercarse a los conceptos que enunciaban, como fue una estudiante universitaria que describió distintas dimensiones de la salud durante la entrevista (concepto religioso, relación entre alimentación y salud, y relación con los servicios de atención), pero al apagar la grabadora dudó:

“No sé si te respondí bien” ^{E03F9a26}.

Otro participante confesó que jamás se había preguntado qué era la salud. Esta dificultad, inseguridad o si se quiere desinterés se manifestó también en el nivel colectivo como un rasgo cultural. Por ejemplo, el siguiente participante expuso el desinterés por la salud como característica del pueblo raizal:

“Te voy a decir la verdad, te voy a confesar todo: el isleño pocas veces piensa en la salud (...) el isleño muy poco se cuida” ^{E15H4a24}.

Este raizal se refirió al autocuidado como una estrategia básica para mantener la salud. Varios participantes perciben que la salud solo está entre las prioridades de los isleños cuando la pierden. “La salud no llama la atención por sí misma. Por supuesto, también pueden establecerse valores estándar respecto a la salud. Pero si uno quisiera imponer a un individuo sano esos valores estándar, lo único que lograría es enfermarlo. Es que el mantenerse a sí misma constituye parte esencial de la salud” (3). Esta definición sugiere que la homogenización de las personas por medio de la aplicación de estándares es contraria a la salud. Los raizales expresaron que mientras hay una “pérdida de la cultura” nativa, se adelanta el proceso de homogenización cultural que conocen como “colombianización” ¿Qué sucede entonces con las dimensiones social, grupal e individual de la salud cuando a un grupo étnico se le estandariza? En esta definición de Gadamer hay una relación entre el nivel social y el individual: el estado de salud de las personas no

permite que se le impongan valores estándar preestablecidos, pues la aplicación de reglas que surgen de valores de medición “no representa algo natural” (3).

Para la siguiente entrevistada, la salud no era un tema que le preocupara cuando vivía en las islas –a diferencia de su vida en Medellín donde lleva 15 años–, no solo manifestó dificultad en preguntárselo, sino que se preocupó por la salud cuando tenía que recuperarla. Esto relató al pedirle que definiera la salud durante su vida en las islas:

“Como casi no me enfermaba, no iba al médico (...) pensaba que la salud o estar saludable, era evitar ir al médico o quedarme en la casa incapacitada (...) entonces no me lo preguntaba”^{E02F15a41}.

Ese no preguntárselo habla de un carácter “oculto de la salud”, acudiendo a esta metáfora de Gadamer, según la cual ese misterio está relacionado con la necesidad de referirse a la enfermedad para explicar la salud. Por eso fue relevante para los entrevistados preguntarse si habían estado enfermos. De la misma manera se refirió otra mujer, quien migró a los 17 años y quien en su vida en las islas se dedicaba a estudiar, al uso del tiempo libre y a la evangelización como misionera:

“La verdad... era muy ignorante de ese tema, ya es distinto (...) Era algo inexistente para mí (...) No era de las que me mantenía en hospitales (...) No me afectaba en nada”^{E03F9a26}.

Durante su testimonio, la participante identificó cambios al respecto: en Medellín tiene mayor conocimiento del tema de la salud, en parte porque se ha interesado en estudiar en el área de la salud de manera autodidacta, debido a que no pasó el examen de admisión a una universidad pública. Ella hizo hincapié en la ausencia de enfermedad como un aspecto que le permitía, por un lado no asistir a hospitales, por otro, no preguntarse por la salud cuando vivía en las islas.

De manera similar se expresó otra participante que, a diferencia de las anteriores, trabaja como profesional en el área de la salud en Medellín; en sus palabras, el hecho de madurar influyó en que la salud cobrara relevancia:

“Al principio no lo veía tan importante, yo decía todos están muy bien (...) cuando uno es más niño, ese tipo de cosas como la salud no son tan importantes”^{E08F7a24}.

La misma participante, respecto a su vida en Medellín, indicó que tiene un horario estrecho, pues reparte sus ocupaciones entre el trabajo en el área de la salud y la formación continua. Ella estableció una diferencia con las islas, mediante la percepción de que el asunto era más “relajado” pues existía la ausencia de la enfermedad:

“Cuando estaba en la isla no era tan controlado, yo lo veía como más relajado (...) nunca tuve como la necesidad absoluta de decir: no, estoy demasiado enferma entonces necesito recurrir a algo como tal”^{E08F7a24}.

Al conservar su estado de equilibrio no se hacía necesario buscar una estrategia para recuperar la salud. La percepción de la participante es que para tener un mayor control en Medellín es necesario conservar la salud desde los estilos de vida saludable y la prevención de la enfermedad, ambas estrategias se relacionan estrechamente con su profesión. Otra apreciación es que la juventud influye en que no se piense en el tema, pues tanto un hombre como una mujer que han sobrepasado los 40 años de edad expresaron:

“En esa época yo era adolescente y joven, entonces me mantenía muy saludable”^{E02F15a41}.

“En eso no se piensa mucho (...) la verdad no le prestaba mucha atención”^{E13H20a40}.

Las personas manifestaron más que una dificultad en definir la salud. Muchos de ellos hicieron hincapié en que ignoraban el tema cuando estaban en las islas o no les preocupaba tanto como después de migrar a Medellín. Para otros, el sentirse descuidado, desinteresado o dejado en salud corresponde al hecho de ser raizal. Aunque más adelante se abordará la dimensión religiosa, el siguiente nativo reiteró la dificultad de saber qué es la salud pero no poder expresarlo:

“Hay algo que es salud, ¿qué es? No sé, para mí puede ser la alimentación pero el otro día estaba pensando que es la relación con Dios. No sé decirle qué es, pero es mejor tener salud que no tenerla y eso lo decide el Padre”^{T1dvc}.

ii. El equilibrio y su pérdida

La salud como armonía y equilibrio es otra concepción que tienen varios raizales e incluye la mente y el cuerpo, el cuidado de sí mismo y de los otros; mientras el desequilibrio apareció como una amenaza para el disfrute de la vida. Pongamos como ejemplo a uno de los participantes que al definir la salud, se refirió a la armonía y consideró necesario ampliar la definición hasta relacionarla con el ecosistema:

“La palabra salud se remite al hecho del estado de armonía, tanto de la parte física y la parte mental del ser humano, aunque (...) en general se puede hablar de salud de animales y de todo lo que nos rodea”^{E06H5a22}.

Desde su punto de vista la salud es considerada como un estado de equilibrio consigo mismo y con la naturaleza, pues expresó que en las islas sentía una conexión con el ecosistema, en especial con el mar, que le favorecía y que había perdido en su traslado a Medellín. De manera similar, otro de los participantes manifestó la necesidad de incluir a sus familiares:

“Para mí la salud es tener un equilibrio donde tú te puedas desarrollar en tus funciones cotidianamente, eso va desde la alimentación hasta el cuidado mutuo”

E13H20a40

A diferencia del anterior, este participante se refirió de manera más funcional a la salud: cuando el estado de salud está en “equilibrio” permite realizar actividades cotidianas, “funciones”, que apuntan al cuidado de sí mismo y de los otros, y así lo vive como entrenador deportivo que trabaja en distintas instituciones y que tiene su propio equipo con el que juega en sus ratos libres en Medellín.

En algunos testimonios la idea de equilibrio está relacionada con la integralidad de la salud, una concepción que se remonta a la ciencia clásica, según Berlinguer: “la ciencia de la Grecia antigua introdujo la idea de la desarmonía de los factores, desequilibrados entre ellos (...) lo que dio paso a la idea del equilibrio de fuerzas: húmedo-seco, caliente-frío, amargo-dulce” (67); en palabras de los raizales lo integral incluye el equilibrio entre mente y cuerpo, y entre bienestar social e individual.

Ante la pérdida del equilibrio, varios participantes reconocieron que evitaban enterarse sobre afecciones y manifestaron desconfianza en la atención médica. Frente a la necesidad de recuperar la salud, los raizales identificaron distintas estrategias en su vida en las islas, entre otras acudir a los cuidados caseros o a los servicios de atención. “El equilibrio es un equivalente de la ingravidez, ya que en él los pesos se compensan. La perturbación del equilibrio solo puede evitarse con un contrapeso. Pero todo intento de compensar una perturbación mediante un contrapeso significa, a la vez, la amenaza de una nueva pérdida del equilibrio en el sentido contrario” (3), para Gadamer el mantenimiento del equilibrio demuestra la peligrosidad que está presente en toda intervención para recuperar la salud. Una percepción más grupal es que mantener la salud no es una preocupación cotidiana para el grupo raizal, más bien es algo espontáneo:

“Considero yo, que somos [los raizales] un poco dejados con la parte de salud, que lo dejamos para después, como que hay otras cosas prioritarias o se quita con el tiempo”^{E01H1a31}.

Este entrevistado indicó que la salud está en un segundo lugar frente a otras preocupaciones de la vida diaria, pues solo se manifiesta cuando hay problemas,

enfermedades o accidentes, de los raizales o de quienes los rodean. Por un lado esta dimensión es una característica del colectivo, “somos un poco dejados”, y al mismo tiempo la persona se refirió a un proceso – aunque no una prioridad – para los raizales: “lo dejamos para después”, “se quita con el tiempo”. Al indagar más en qué significaba para este participante ser “dejado”, contó que solo en casos de urgencias, los raizales acuden al sistema de salud como estrategia. A él le pasó y se puso como ejemplo, exagerando el tiempo como una manera de marcar eso de “dejados”:

“Me tocó hacerme una cirugía que la tenía postergada, duré como ciento diez años con el problema y decía: no, eso se quita; pensaba que había otro método mejor, otra alternativa y no se necesitaba la cirugía”.

Para este entrevistado, el proceso de tener una enfermedad fue alargado metafóricamente, con un varicocele de “cien años” que lo obligó -“me tocó”- ir al médico; no sin antes manifestar desconfianza frente al sistema de atención y la cirugía, y luego reivindicar métodos alternativos. En el relato de este participante emergió otra dimensión de la salud, la biomédica, cuando agregó:

“Sentía mucho dolor, era un varicocele y finalmente fui al doctor, hice los exámenes que tenía que hacer y me salieron más cosas... Hay veces que uno evita ir al doctor para saber esas cosas”^{E01H1a31}.

iii. Bienestar que permite realizar actividades

A su vez, hubo participantes que indicaron que la salud es un estado que permitía realizar las actividades a las que se dedicaban en las islas: estudiar, trabajar, hacer deporte o actividades de ocio, lo que redundaba en el disfrute de la vida. Quienes trabajaban consideraron que la salud es un estado que les permitía pescar, cultivar o asistir al trabajo, en sus palabras: funcionar, ocuparse, desempeñarse o mantenerse activo. Es que, “aunque permanezca oculta, ella se revela a través de una especie de bienestar; más aún, a través del hecho de que, a fuerza de sentirnos bien, nos mostramos emprendedores y abiertos al conocimiento y manifestamos una suerte de olvido de nosotros mismos” (3). Es así como una mujer expresó sus percepciones sobre lo que es la salud:

“¿La salud?... ¡Ah, sí! Era lo que me mantenía estar tan activa, con los amigos, en las distintas actividades realizadas”^{E12F5a21}.

Los participantes identificaron que en las islas realizaban distintas actividades para disfrutar la vida, algunas de ellas ausentes en Medellín por las diferencias en el entorno, el

tiempo disponible y otros recursos que evidencian una brecha entre la oferta de actividades en el Archipiélago y en la ciudad. Uno de ellos manifestó dedicarse a:

“Hacer deporte, nosotros íbamos mucho al mar, nadábamos mucho y jugábamos mucho en la playa”^{E06H5a22}.

Adicional a esto, algunos participantes explicaron que mantenerse activos era la mejor estrategia para conservar la salud, como el siguiente estudiante universitario que relató:

“Esa era la manera de cuidarme, yo nunca fui enfermizo ni nada de esas cosas, yo creo que era por la misma actividad que a esa edad tenía (...) desde adolescente fui muy activo, practicaba la natación de aguas abiertas, entonces tenía dieta de deportista de alto rendimiento”^{E11H5a22}.

Aquí la actividad física no solo aparece como la posibilidad de desempeñarse como deportista, sino como una estrategia para mantener la salud y evitar la pérdida del equilibrio. Pero no todos reconocieron tener las mismas posibilidades de acceso a actividades deportivas o de tiempo libre. Una estudiante universitaria protestó por las diferencias entre mujeres y hombres:

“El que lo hace es el hombre, el que juega basquetbol, el que juega béisbol, softbol, y algunos que juegan futbol, pero una mujer no, una mujer es todo trabajo y dedicada al hogar”^{E07F4a21}.

Estas son las palabras de una estudiante de un pregrado en ciencias exactas y naturales que se mostró inconforme por el lugar de la mujer en la cultura de las islas y no obstante, manifestó que el tema está cambiando y cada vez más mujeres se animan a hacer deporte; aunque resaltó que el machismo seguía instalado, dejando a la mujer relegada al hogar, mientras los hombres disfrutaban de la realización de cualquier actividad.

Por su parte, los raizales que se dedicaban a estudiar manifestaron un ritmo de vida diferente, donde además de las responsabilidades académicas se dedicaban al deporte y/o a las actividades de disfrute del tiempo libre como caminar, practicar un arte, tomar fotografías o ir a la playa, especialmente los domingos, que más que meterse al mar, es un lugar de socialización, descanso, meditación o ejercicio. La playa es un espacio de encuentro por excelencia para ellos. Muchas de estas actividades fueron identificadas por los participantes como estrategias a las que acudían para mantener la salud en su vida cotidiana. Para el siguiente participante, la salud era estar activo:

“Generalmente me gusta microfútbol y de vez en cuando, como hobby, ir a la playa por la libertad que hay allá, que la playa es pública”^{E01H1a31}.

Sobre la relación entre la limitada oferta de uso del tiempo libre y la tranquilidad, una mujer profesional que pertenece a una familia con suficientes recursos económicos indicó:

“Mi papá tiene un lote y a él le gusta mucho el monte, entonces me iba con él, o le dábamos la vuelta a la isla, o llevábamos los perros a la playa, planes muy tranquilos, pues San Andrés no es que tenga muchas cosas qué hacer, son planes muy tranquilos”^{E03F9a26}.

Como ella, otros participantes describieron su vida cotidiana en las islas haciendo énfasis en las rutinas, en los lugares para el disfrute del tiempo libre –por ejemplo las tradicionales carreras de caballos en la playa– y en el territorio como un lugar pequeño, donde dar la “vuelta a la isla” no toma más de dos horas. Entre los deportes mencionados estuvieron el softball, el fútbol, el baloncesto, la natación, el buceo, el patinaje y el atletismo. Sin embargo, alguien que se ha dedicado al entrenamiento deportivo tiene una objeción con el modo de vida:

“Desafortunadamente el ambiente allá se presta mucho para la rumba, para el licor; para el deporte no hay mucho apoyo”^{E13H20a40}.

Otros mencionaron actividades culturales como tocar instrumentos musicales en grupos isleños, asistir a grupos de danzas o pertenecer a bandas juveniles, como lo expresó el siguiente participante hombre:

“Descansaba las 8 horas que correspondía, la mitad de la jornada diaria estaba en el colegio y allí tenía actividad física dos veces a la semana. Además de eso, pertenecía a la Banda Intendencial Simón Gonzales, tocaba el trombón”^{E11H5a22}.

Los estudiantes protestaron por la mala calidad de la educación en las islas, aspecto que contribuye para tomar la decisión de migrar, pues formarse en educación superior exige salir de las islas, lo que implica concretar su proyecto de vida en otro lugar, debido a que la oferta de estudio del Archipiélago se limita a niveles técnicos y tecnológicos. Además, los raizales se caracterizan por tener bajos niveles de escolaridad (30), una situación que expresa la dificultad de disfrutar la vida, buscar la felicidad y alcanzar los sueños.

iv. La cotidianidad - “El ritmo de vida no es el mismo”

Pensar en las diferencias y similitudes en el ritmo de vida es importante para algunos raizales, puesto que para sortear la dificultad de hablar de la salud, lo hicieron en comparación con el momento presente en Medellín. “La salud es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez. Todos la conocemos.

Ahí está la respiración; ahí está el metabolismo; ahí está el sueño. Ellos constituyen tres fenómenos rítmicos que, al cumplirse, brindan vitalidad, descanso y energía” (3).

Sobre el tiempo vivido en las islas, las personas perciben un ritmo de vida más lento que el de la ciudad y más limpio en relación con el entorno, lo que les permitía disfrutar la vida, al concebir la salud no solo como la ausencia de fallas en el funcionamiento del organismo, sino como la posibilidad de realizar y disfrutar las actividades de su vida diaria, del entorno y de las ventajas que trae vivir en un “mundo pequeño”. La experiencia de regresar a las islas resulta ilustrativa sobre la manera como se recuperan las concepciones originales, para un estudiante universitario que tiene la posibilidad de ir de vacaciones dos veces al año y recordar lo vivido antes de migrar; así lo manifestó:

“Llego a San Andrés y me bajo del avión, tomo aire profundo y siento uno que se le limpian los pulmones”^{E14H2a23}.

Otra participante, al recordar su vida en las islas, se definió como una mujer “multitareas” en la ciudad: es profesional y estudiante de maestría, al mismo tiempo debe desplazarse entre un municipio cercano y Medellín durante su día; ella lo describió:

“Eso es una gran diferencia, el ritmo de la vida no es el mismo. Cuando voy a visitar a mi familia me doy cuenta de lo acelerado que vivimos en la ciudad, pero es que allá es a otro precio; [en las islas] todos nos conocemos, el mundo es más reducido”^{E02F15a41}.

Desde su punto de vista el ritmo de vida menos acelerado está relacionado con ese “mundo reducido”, lo que favorece el disfrute de la vida, por eso no hay “precio” con qué comprarlo. Sin embargo, este contexto reducido tiene varias caras, una de ellas es que la ubicación en el espacio facilita la vida. Dejemos que lo explique otro raizal, quien lleva un año en Medellín:

“En San Andrés no manejamos calles ni carreras ni eso, allá es muy visual todo, una casa de un color, un punto de referencia, una panadería y eso [ubicarse en Medellín] le da muy duro a la persona isleña que no está acostumbrada a la ciudad”^{E01H1a31}.

La otra cara de vivir en una pequeña isla es la vulneración de la intimidad. Por ejemplo, un pescador que lleva un año en la ciudad, procedente de Providencia, declaró:

“La isla es tan pequeña que todo el mundo empieza a vivir tu vida”^{E04H1a25}.

Mientras el nativo es reconocido por la comunidad, cuando se convierte en migrante pasa a ser uno más en la ciudad, por eso la queja del anterior participante sobre lo incómodo

que es ver expuesta la intimidad de frente a toda la parentela y a los vecinos, a los que consideró como entrometidos. De otro lado algunos de ellos expresaron sentimientos de aburrimiento:

“Tenemos tanto tiempo libre que no tenemos nada que hacer”^{E04H1a25}.

Las personas hicieron hincapié en la limitada oferta de educación, de uso del tiempo libre y de actividades laborales, un asunto que contribuye con la sensación de que el ritmo de vida es más lento y que influyó para que la siguiente participante tomara la decisión de migrar:

“También como San Andrés es tan pequeño, no hay mucho qué hacer. Uno puede llegar a un momento de ¿Qué hago con mi vida? ¡Ya lo he hecho todo!”^{E03F9a26}.

Algunos raizales manifestaron diferencias en el ritmo de vida de quien vive en las islas y quien va de turismo. El abanico de posibilidades para el turista es mayor en función del poco tiempo que pasará en el Archipiélago, mientras para el que es residente las opciones son repetitivas y escasas.

En particular, en el ritmo de vida en las islas hay un momento del día que varios participantes destacaron respecto a la salud, independiente de la actividad a la que se dedicaban: la hora de la siesta. Una estudiante universitaria explicó que producía una sensación de bienestar y que era una costumbre en su familia. Para otra de ellas fue una diferencia marcada con su vida en Medellín, donde se desempeña como estudiante en el área de la salud, tiene que realizar turnos en el hospital y no tiene tiempo para siestas. Relató que estaba tomando medicación para el sueño y que sus jornadas al final de cada semestre eran agotadoras:

“Siempre he sido muy desorganizada con el sueño, pero allá compensaba durmiendo mucho por las siestas de las tardes”^{E12F5a21}.

Incluso quienes no realizaban la siesta, reconocieron su importancia en el ritmo de la vida:

“A mí también me quisieron inculcar esa costumbre de tomar la siesta pero yo siempre fui muy activo, casi nunca tomé siesta, almorzaba y me iba a ver con mis amigos, a hacer tareas o a jugar”,^{E06H5a22}.

El disfrute de la vida aparece como lo que la salud posibilita: estar activo, compartir con los otros o disfrutar una buena siesta, aspectos que según las personas generaban bienestar y que permitían tener más tranquilidad. En Medellín, en cambio, la vida adquirió otro ritmo en el que la siesta no es una costumbre y la dedicación al trabajo está más valorada, mientras el contexto de referencia es mucho más amplio:

“Mientras acá, el solo [barrio donde trabaja] es ya un mundo entero. No digo que no viva bueno acá, porque tengo mi casa y mi familia, pero la tranquilidad y las pausas son lujos que acá no nos podemos dar”^{E02F15a41}.

Para esta participante trabajadora y estudiante que lleva 15 años en la ciudad, la tranquilidad es una característica de la vida en las islas. Mientras la vida como migrante exige hacerse cargo de nuevas responsabilidades y retos, lo que hace más complejo el disfrute de la vida. Otra manera de explicarlo es quienes sienten que hay mayor estrés en sus vidas y una pérdida de esa tranquilidad que emergió como característica isleña. Para la siguiente participante que ha vivido en otras ciudades, los isleños llevan esa tranquilidad donde vayan, aunque el ritmo de vida acelerado vaya en su contra:

“También ha cambiado en mucho estrés. A pesar de que Medellín es una ciudad más calmada que Bogotá, el ritmo es mucho más agitado que en las islas, allá la gente es muy relajada, no se estresa”^{E12F5a21}.

En este sentido el estrés como enfermedad es una pérdida del equilibrio que se manifestaba menos durante la vida en las islas. Algunos participantes indicaron que la felicidad consistía en llevar una vida sencilla o tranquila, en la que pudieran realizar las actividades que les gusta.

v. Relación entre salud y tranquilidad – “La salud es estar tranquilo y no estamos tranquilos”

Como concepto de salud, el disfrutar de la vida significa más que no tener estrés, representa salud mental y llevar la vida de manera tranquila, calmada, solidaria, cómoda, que se concreta en las costumbres isleñas: pescar, cultivar, orar, cocinar lento, recrearse, trabajar, estudiar, ir a la playa, hacer música, entre otras. La tranquilidad es una característica de la identidad raizal muy valorada por los isleños a la hora de hablar de su concepción de salud, pero esa tranquilidad aparece limitada por los condicionamientos sociales que les impiden encontrar la felicidad: la sobrepoblación de las islas, la falta de oportunidades, de recursos económicos, de empleo, de educación avanzada y de calidad, de alimentos, y de infraestructura y atención en salud.

Para una participante la tranquilidad está asociada con el concepto de salud mental y la percibe cuando, esporádicamente, visita la isla de San Andrés en vacaciones, tras de 15 años de vivir en la ciudad. Al respecto afirmó:

“Otra cosa es la salud mental, que eso sí, allá hay más tranquilidad, el tiempo rinde más y no hay tanta presión como la que sentimos acá”^{E02F15a41}.

Para ella, la tranquilidad favorece la salud mental y genera la sensación de que el tiempo se alargase porque “rinde más”; aquí subyace el concepto del disfrute de la vida. Además, este participante estableció diferencias con su vida en Medellín, entre ellas la aceleración y la presión que generan estrés. En sentido similar, un participante que lleva 5 años en la ciudad, y que tiene la oportunidad de viajar dos veces al año a Providencia, donde practica el buceo, se refirió a la “vida calmada”:

“En la isla practicaba natación, siempre me la pasaba en esas y trato siempre de ser activo, y no vivir la vida tan estresado, siempre trato de cuidarme, siempre llevo una vida calmada; pues, esa es la fórmula, casi nunca voy al hospital”^{E05H5a23}.

Para él, la salud se ve favorecida por llevar una “vida calmada”, lo que permite realizar actividades, entre ellas la natación. También aludió al autocuidado para evitar el estrés o algún accidente, mencionando la dimensión biomédica de la salud, pues la ausencia de enfermedad, física o mental, le permite no acudir al hospital. Algo semejante manifestó una entrevistada al referirse a la salud mental, pues enfatizó en que la mayor diferencia entre San Andrés y Medellín es el estrés:

“No, en San Andrés eso no existe”^{E03F9a26}.

Exploremos un poco más el concepto de vida tranquila como característica de la identidad raizal. El siguiente participante, un profesional que ha vivido en lugares diferentes a las islas o Medellín, expuso lo que significaba tranquilidad:

“Eso ya está ligado a cada persona raizal, no se puede quitar fácilmente, está interno en nosotros y siempre lo mantenemos en el sentido de que tenemos una identidad, somos isleños, hemos vivido tanto tiempo con una cultura; el entorno natural de la isla también hace que la gente sea muy tranquila; a pesar de que la isla es muy poblada, es muy verde; la gente tiene en sus casas, su patio, sus animales”^{E01H1a31}.

La tranquilidad como parte de su identidad se manifiesta en aspectos de su cultura como la relación con el entorno, que incluye la vivienda, el mar y la vegetación, a pesar de identificar a la densa población de las islas como una amenaza. Después, el entrevistado agregó que:

“El isleño es más lento para hacer las cosas, lo resumiría con la palabra de tranquilo, el isleño siempre trata de estar bien, cómodo, a pesar de que no tenga plata”^{E01H1a31}.

En esta explicación aparece la comodidad, se reafirma la lentitud en la vida y hay un condicionante: los ingresos económicos. Pero, ¿cómo se mantiene esa tranquilidad? El mismo participante respondió:

“En la isla, la gente a veces es solidaria, como es un lugar tan pequeño y hay interacción muy amplia entre las familias, (...) esos lazos permiten que la gente no esté sin empleo mucho tiempo”^{E01H1a31}.

En su opinión, la tranquilidad está condicionada por la economía. El participante se refirió a la tranquilidad en función de la red de vínculos sociales familiares y a la solidaridad como un valor que permite la cohesión social, la integración, el trabajo y el sustento económico. Así, la solidaridad se ve expresada en lazos que permiten “que la gente no esté sin empleo mucho tiempo”, lo cual es una garantía para vivir tranquilamente. Sobre su relación con el buen vivir, según Jaime Breilh, “una sociedad solidaria es aquella donde la estructura económica productiva se organiza alrededor de la preeminencia la vida y del bien común, donde la distribución ofrece a todos el acceso de una cuota que hace posible el buen vivir”, (74). Pero cuando los recursos son escasos y las necesidades apremiantes, la solidaridad se manifiesta en la vida cotidiana como estrategia para cuidar a los otros. Uno de los participantes afirmó:

“Si hay alguien enfermo, entonces hacemos una venta de comidas. Lo que nos ayuda a nosotros es la comunidad cuando hay enfermedad, porque hay familias que no tienen... entonces yo soy pescador y me [pesco] un pargo y lo pongo a salar; el otro es de la finca, el otro trae la yuca, el otro trae el plátano”^{E04H1a25}.

Este testimonio corresponde a un pescador de la isla de Providencia, quien expresó que para las personas con pocos recursos económicos, la solidaridad es una alternativa para recuperar la salud que se concreta en la recolección de dinero a través de la venta de comidas como la iguana, el cangrejo o el rondón: los raizales colaboran porque, según este participante, saben que esa familia lo necesita y ellos mismos podrían requerir esa ayuda eventualmente.

Un adulto que cuando era niño ayudaba a sus padres en un cultivo, se refirió así a la salud como tranquilidad:

“Salud para nosotros es un concepto integral. Un pueblo que se acuesta preocupado por qué va a comer al día siguiente, no puede ser sano (...) ¿Qué es ser sano? Es tranquilidad. El pueblo tranquilo no está enfermo. El hombre muere, sea que esté tranquilo o no, pero hay una diferencia, el hombre tranquilo que muere es porque ya llegó la edad. Nuestros padres eran longevos porque durante el día

estaban comiendo naturaleza. Hoy se habla de tres comidas pero chatarra. La salud es estar tranquilo y no estamos tranquilos, entonces no tenemos salud”^{Dc04alp}.

Para este raizal la pérdida de la cultura isleña es producto del choque entre el modo de vivir de los nativos de antes y los de ahora, y entre ellos y los continentales. Para este hombre, la mayor preocupación es quedarse sin tierra, que más que quedarse sin su casa, significa dejar de cultivar. Los raizales han perdido durante las últimas tres décadas un factor económico clave y reducido como es la tierra, uno de los mecanismos principales del despojo de sus propiedades fue la imposibilidad de adaptarse a las condiciones económicas que trajo el puerto libre primero y la apertura económica después, “vieron en la venta sistemática de sus tierras un medio generador de ingresos para vivir (esto finalizó al quedarse sin propiedades para vender)” (30). Otro mecanismo de usurpación fue la estafa en escrituras por parte “de algunos inmigrantes, quienes, aprovechando el desconocimiento del idioma español (idioma en el cual se elaboraban los documentos de compraventa y escrituras), despojaron de éstas a más de un nativo” (30).

El testimonio anterior expresa la preocupación por la disponibilidad de los recursos económicos que más que permitir la tranquilidad, representa la garantía de que el pueblo raizal conserve su agricultura, su pesca y otras costumbres culturales. De modo que las condiciones económicas constituyen límites para encontrar la felicidad.

Desde el concepto de la salud como el disfrute de la vida interesa comprender para qué las personas tienen salud y lo que les posibilita. A continuación se aborda el concepto biomédico, que a diferencia del anterior no se preocupa tanto por la vida cotidiana, sino que privilegia la relación entre el órgano y la función, donde interesa que las personas estén sanas sin importar para qué, pues si un raizal lo está: la función se cumple.

b) Conceptos biomédicos de la salud

Entre las distintas concepciones de salud que conforman aquel abanico de posibilidades que permiten el análisis de las posiciones expresadas por los raizales acerca del significado de la salud está la dimensión biomédica. Ella se sustenta en el paradigma científico positivista que ha considerado a la salud como ausencia de enfermedad (68), que corresponde a una tradición de la historia de las ciencias de la salud que ha privilegiado lo secular-científico por encima de lo mágico-religioso.

Según Emilio Quevedo este paradigma hace una lectura biologicista, funcionalista y positivista que se expresa en propuestas teóricas como los niveles de Leavell y Clark: promoción de la salud, protección específica, detección precoz y pronto tratamiento,

limitación de la incapacidad y rehabilitación. Desde allí que se “reemplazan a las ciencias sociales y el análisis socioeconómico y cultural, por las llamadas ciencias del comportamiento de orientación conductista, dejando a la sociedad solo como un factor más de los que intervienen como disparadores de la enfermedades y no como ese entramado de relaciones en el cual se encuentran inmersos el médico y el paciente, y en el que los procesos sociales, económicos y culturales determinan las formas de vida, la salud y las enfermedades mismas” (73).

Desde la perspectiva biomédica se promueven los estilos de vida saludable y la responsabilidad de cuidarse recae con peso sobre los individuos. También se le asigna una importancia central a los sistemas de salud diseñados de acuerdo a este paradigma. El médico occidental aparece en el centro del modelo colombiano mediante el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, regulado por la Ley 100 de 1993, que se caracteriza por su espíritu asistencial, inequitativo y centralista, pues el desarrollo científico y tecnológico de las áreas de la salud se concentra en grandes ciudades como Medellín, mientras en la periferia hay dificultades que los raizales explicarán con su voz en este capítulo. Sobre la implementación de esta ley, de acuerdo con estudios en Salud Colectiva, “ha privilegiado procesos centrados en la biomedicina, dejando en lugar secundario las representaciones prácticas de salud basadas en las características culturales de grupos minoritarios (...) Dichas especificidades deben ser referentes centrales de las políticas y programas de salud, por cuanto generan barreras comunicativas que inciden en el acceso y el reconocimiento de los servicios por parte de los pobladores de las diferentes etnias que son atendidas en la ciudad” (36). El SGSSS se encarga de regular el servicio público en salud, crear condiciones para el acceso de la población en distintos niveles de atención y entre otras, garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. De ahí que se estableciera un Plan Obligatorio de Salud, POS, como un conjunto básico de servicios en salud para afiliados y beneficiarios (9).

Entre las múltiples definiciones aceptadas de medicina, Juan César García trasciende la del diccionario: “La medicina, según la Real Academia Española, es la ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano. En su significado más amplio, medicina es un campo, región o parte de la sociedad constituida por prácticas y saberes que se diferencian de otros que se dan en esa misma sociedad” (68). Por su parte, la medicalización es un proceso mediante el cual los problemas no médicos se tratan como si lo fuesen, en términos de enfermedad, padecimiento o trastorno que “supone aplicar una etiqueta diagnóstica a sentimientos, a comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente anormales pero que se sitúan en un área nebulosa, difícil de distinguir de toda una gama de experiencias que a menudo van ineludiblemente unidas al

hecho de ser persona” (36). A esta “gama de experiencias” le corresponden distintas concepciones de la salud que tienen las personas y que están siendo “medicalizadas” durante su proceso de migración a Medellín mediante las actitudes, los valores sociales, las normas y a través de los medios de comunicación, las políticas públicas y la relación con los servicios de salud.

i) La ausencia de enfermedad - “Yo nunca me enfermo”

Una manera recurrente de explicar la salud entre los raizales fue la referencia a la enfermedad como una pérdida del equilibrio, una amenaza contra la tranquilidad, aquello que no permite la vida activa, ni integral, ni digna, que los obliga a acudir a alguna estrategia para contrarrestarla y como se menciona adelante, que tiene un origen mágico o divino. El siguiente testimonio corresponde a una profesional del área de las humanidades, quien expresó la amenaza que representa la enfermedad para los isleños.

“A uno le dicen: no se enferme ni de gripa porque se muere” ^{E03F9a26}.

Las experiencias con los servicios de salud han sido dolorosas para ella desde que un familiar falleció por negligencia médica. Otros participantes expresaron que la salud consiste en evitar enfermarse. No solo por las consecuencias que tiene en su cuerpo, sino para quienes los rodean. Estos participantes manifestaron que las enfermedades de sus familiares y conocidos se agravaban por cuenta de la mala atención, en muchos casos hasta la muerte. Una reflexión para este análisis es la de Quevedo: “existe un perfil de desgaste físico y mental: la vida es una lenta enfermedad hacia la muerte. (...) Esto quiere decir que la vida humana es un lento proceso de desgaste que, al final, nos mata” (70).

La enfermedad representa para ellos no solo la falla del organismo, sino la experimentación del sufrimiento y la obligación de acudir a los servicios médicos en las islas para la búsqueda de una solución y en caso de gravedad ser remitido, bien sea de Providencia a San Andrés, o de las islas al interior del país. El proceso de desgaste que menciona Quevedo involucra lo individual, lo grupal y lo social, por ejemplo la poca disponibilidad de aviones ambulancia para la comunidad isleña determina que un individuo conserve la vida o la pierda. Para el siguiente pescador, los isleños tienen desconfianza frente a los servicios médicos porque solo acuden a ellos cuando no puede trabajar:

“Yo nunca me enfermo (...) cuando nosotros vamos al médico es cuando ya no funciona nada de nosotros (...) no me gusta nada de eso ni inyección ni pastillas”
E04H1a25

Al hablar de salud, varios participantes se refirieron a un término que parece contrario: la enfermedad. Algunos solo acuden a los servicios médicos cuando la urgencia los obliga, cuando ya no pueden dedicarse a sus actividades; distintos participantes han carecido de empleo formal y de aseguramiento en salud. Otro participante de Providencia y Santa Catalina se centró en los servicios para referirse a la salud. Ante la enfermedad, la mejor alternativa para él era viajar a San Andrés y se refirió a la falta de recursos de salud y de transporte en casos de emergencia:

“Yo trato de que no pase nada, no enfermarme; primero porque soy alérgico a una cantidad de medicamentos y la salud allá, sí, es malísima (...) la mayoría de la gente trata de hacer eso, evitar enfermarse o algún accidente porque cuando uno va al hospital: o se demoran en atenderlo, o no hay los medicamentos y si es algo grave, toca esperar para sacarlo a uno de la isla; y si no viene el helicóptero de la Armada o el avión ambulancia, se muere uno ahí...” E09H2a22

Para estos participantes enfermar representa una amenaza tanto como la mala atención que puedan recibir en los servicios de salud. Una percepción diferente es aquella de aceptación de la enfermedad como algo cotidiano en la familia. Una mujer adulta y profesional, quien tiene a su familia extensa tanto en las islas como en la ciudad, afirmó:

“La mitad somos saludables y la mitad está enferma, pero las enfermedades van y vienen” E02F15a41

Respecto a la relación entre la enfermedad y la vida, Giovanni Berlinguer rescató una definición incluida en el Diccionario de las Ciencias Médicas y Veterinarias de 1875: “La enfermedad no representa sino uno de los modos en que se puede manifestar la vida de los cuerpos organizados” (67). En esta noción no se contraponen la enfermedad a la salud, sino que se comprende a la enfermedad como un aspecto más de la vida, aunque tenga un sello negativo.

Sea aceptarla como algo cotidiano o evitarla por ser una amenaza, cuando la enfermedad se manifiesta hay preocupación por la pérdida del estado de salud o de la sensación de bienestar. Desde el paradigma positivista, la enfermedad es considerada como “un desplazamiento de la condición fisiológica normal del organismo, suficiente para producir señales evidentes o síntomas. Esta es una definición empírica: enfermedad es lo que se puede ver y comprobar porque produce señales o síntomas” (67).

ii) Estilos de vida saludable

Se encontraron personas que afirmaron que su estrategia para evitar la enfermedad y mantener la salud consistía en llevar un estilo de vida saludable:

“No es que la perdiera mucho pero una vez que tuve un problema de espalda acudí a un médico amigo, con cosas extremas acudo al hospital, pero trato de llevar una vida sana siempre” ^{E10H2a18}.

Varios raizales hicieron hincapié en concebir la salud desde los estilos de vida saludable. Ellos manifestaron la responsabilidad de cuidar la salud con estrategias como hacer deporte, dormir bien, no fumar, no ingerir alcohol, no tener estrés, cuidarse en la alimentación o conducir automóviles con cuidado. Desde este punto de vista, el comportamiento individual debe ser tan saludable que se minimice el riesgo de enfermar y se puedan realizar las actividades cotidianas. Una voz permite ilustrarlo:

“Siempre jugamos baloncesto, me mantenía entrenando (...) eso era como la estrategia que teníamos, como para tener salud entre comillas” ^{E13H20a40}.

Seguir las recomendaciones que promueven los estilos de vida saludable representa para los isleños la búsqueda de ese estado de bienestar y la posibilidad de mantenerlo. Sin embargo supone un choque intergeneracional con otros raizales por su sedentarismo o manera de alimentarse. Algunas de estas personas explicaron que ser saludable no es una exigencia social en las islas:

“Uno no está pensando en cómo se ve y si es saludable o no; entonces en San Andrés no se tiene la cultura de no ser sedentarios” ^{E03F9a26}.

Para esta profesional que se dedicaba a la evangelización durante su vida en las islas y que trabajó como líder de un grupo de jóvenes, era más sencillo trabajar la promoción de estilos de vida saludable a través de “planes sanos” con los jóvenes que con los mayores en su congregación religiosa. En opiniones similares se relaciona al sedentarismo como característica de la cultura raizal, incluyendo el asunto generacional; así lo expresaron una mujer y un hombre que practicaban deporte en las islas, aunque en Medellín no pueden hacerlo por sus jornadas de trabajo y estudio:

“La gente en San Andrés es muy sedentaria (...) que las personas ya mayores hicieran una actividad física, no ocurría” ^{E07F4a21}.

“Cuando le habla al isleño de ejercicio no presta atención” ^{E15H4a24}

Para estas personas, los demás isleños son poco receptivos ante esta manera de vivir. Algunos indicaron que la cultura raizal no es dada a acatar los estilos de vida saludable. La percepción de estos participantes es que la vida en las islas se caracteriza por el fomento de la rumba (incluye el consumo de alcohol, drogas, relaciones sexuales sin protección, entre otros excesos), el sedentarismo, el manejo peligroso de vehículos y la mala alimentación (comida chatarra y comidas tradicionales que sean grasosas o saladas); aspectos que son factores de riesgo aunque aceptados por la comunidad isleña. Un participante que se dedica al entrenamiento deportivo estableció que son pocas las personas que llevan una vida sana, lo que está condicionado por la cultura raizal e hizo una crítica a la costumbre de irse de rumba, a la mala alimentación y a la falta de promoción deportiva:

“Si hubiera una prevención, si hubiera una educación no habría tanta enfermedad y tantas cosas; pero es la misma cultura también, la cultura raizal es muy cerrada a muchas cosas (...) se come muy rico, pero no se cuidan (...) desafortunadamente el ambiente allá se presta mucho para la rumba y el licor; y para el deporte no hay mucho apoyo” ^{E13H20a40}.

Que estos nativos perciban que no hay apoyo para el deporte en las islas es la contracara de culpar al raizal por no incorporar los estilos de vida saludable, pues mientras el discurso invita a la realización de la actividad física, los participantes no perciben una política sólida para promoverla en las islas. Si la salud y la enfermedad son representaciones mentales que se hacen las personas según las distintas maneras de vivir, entonces el estilo de vida es “la materialización en la vida individual de las formas de organización y reproducción social, en la medida en que son relaciones establecidas con la naturaleza y entre los hombres mismos” (70). De esta manera la salud y la enfermedad de cada uno de los participantes son una expresión de las formas de organización social y de representación simbólica del grupo, “no existen entonces enfermedades de causa social: todas las enfermedades son sociales” (70).

La elección del trabajo es considerada como determinante a la hora de llevar un estilo de vida saludable, pues mientras unas labores se consideran riesgosas, hay otras que no son tan destructivas; todas implican un proceso de desgaste que, como señaló Quevedo, es corporal y mental. El trabajo es indispensable para el mantenimiento del estado completo de bienestar y es un ejemplo de esas relaciones establecidas entre los hombres por su correspondencia con la organización social.

Para una de las participantes, la vida saludable está relacionada con el desgaste laboral y el ritmo de vida. Si bien destacó que era sedentaria en las islas, esto no la afectaba por su juventud y porque no trabajaba. Asunto que se modificó durante su vida en Medellín, donde a pesar de seguir una rutina de actividad física, responsabiliza de su carga de enfermedad a su trabajo como empleada profesional por el estrés que maneja y la dificultad de obtener permisos para asistir al médico y seguir los tratamientos prescritos; de esta manera lo explicó:

“Estaba muy joven cuando vivía allá (...) pero me enfermaba menos, aunque allá no trabajaba; pero era más sedentaria” ^{E02F15a41}.

Los discursos que promueven los estilos de vida saludable consisten en identificar los estilos de vida morbigénicos e individualizar las acciones para contrarrestarlos. El hecho de culpar a las personas, “no tiene en cuenta los condicionamientos y las presiones que determinan, aun dejando mucho espacio a las elecciones personales, el estilo de vida o el impulso autodestructivo de cada uno” (67).

Como ejemplo de lo anterior, algunos entrevistados identificaron a la accidentalidad como un problema que genera la pérdida de la salud en la población joven. Esto se debe a la facilidad de adquirir una moto o un carro en las islas, según la Universidad Nacional de Colombia, la población residente solo en San Andrés está calculada en 80.000 habitantes, mientras existen 3.000 autos y 20.000 motos (75). Para un habitante de Providencia, evitar los accidentes es una manera de llevar un estilo de vida saludable:

“Allá hay muchachos que pasan cayéndose en moto cada rato; siempre trato de cuidarme (...) ha habido accidentes graves y la gente se muere antes de llegar a San Andrés” ^{E05H5a23}.

Para este participante, el manejo peligroso de vehículos es una costumbre entre los jóvenes de su edad y menores que él, para quienes tener su moto propia es una manera de demostrar aceptación ante el grupo y alcanzar la mayoría de edad, montar a toda velocidad es la posibilidad de sentir adrenalina en un lugar donde contrasta la vida tranquila con la vida turística y de rumba.

Tanto en las islas como en Medellín, la promoción de los estilos de vida saludable representa para cada isleño la responsabilidad de cuidarse. Se trata de un concepto de salud en el que la vida sana es posible a través de conductas que combinen la actividad física, la alimentación saludable, el descanso y que controlen los impulsos que llevan a los raizales a fumar, beber alcohol, tener estrés, accidentarse o mantenerse “de rumba”. De este plano individual, donde la responsabilidad de cuidarse o no, se transforma en

satisfacción o culpa; en lo social, los participantes perciben que este concepto se mantiene durante su proceso de migración, lo que cambia es la intensidad en la promoción de los estilos de vida saludable.

Algunos raizales protestaron porque en el Archipiélago hay poca promoción del deporte y poca prevención de la enfermedad, por ejemplo en salud oral, mental, sexual... en los sistemas de atención al que se refiere el siguiente ítem. Otros perciben que los perturba el contraste de la vida tranquila de la cultura raizal con la orientación económica de las islas en lo comercial y turístico, que fomenta los factores de riesgo mencionados, y con la escasa protección laboral que garanticen estos estilos de vida que ha promovido la OMS: oposición a la enfermedad, estilo de vida, ideal de bienestar, equilibrio con el entorno y su relación con el modelo de atención biomédico.

iii) Salud y relación con los servicios de atención – “Si se pudiera tener raizales atendiendo raizales”

Para varios participantes, los conceptos de salud, enfermedad y atención se encuentran articulados. Estas nociones “son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento- cada vez más medicalizado- se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso salud-enfermedad-atención” (36). De esta manera la enfermedad es un hecho frecuente e inevitable que afecta la vida cotidiana de los raizales y que hace indispensable la labor del sistema de salud como escenario para la curación y el papel del médico como mediador para contrarrestar la enfermedad, de ahí que cobre fuerza para ellos la experiencia de consultar con el médico. “Considerado en términos estructurales, el proceso s/e/a supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud” (4).

La relación entre los raizales, la enfermedad y el sistema de atención significa una manera de explicar su concepción de salud en las islas, una relación que varía de la confianza a la desconfianza. Para algunos de los participantes tener salud no se trata solo de evitar enfermarse, sino de evadir los servicios médicos, pues solo acuden a ellos cuando la gravedad los obliga. Dos nativos, uno de San Andrés y otro de Providencia, declararon:

“El isleño es muy terco, no le gusta ir al médico (...) el isleño solamente va al médico cuando es algo grave, si es algo que se sale de las manos (...) le decíamos al

abuelo que vaya a hacerse los chequeos médicos, no le gustaba ir; después de tanto tiempo se le detectó un cáncer” E15H4a24 .

“Uno desconfía mucho de lo que puedan decir allá” E05H5a23 .

La salud como concepto biomédico adquirió varios matices en las explicaciones de los raizales: algunos que confían en los servicios de atención, otros que los evitan para no enterarse de enfermedades y quienes no quieren enfrentar las distintas barreras de atención de los servicios. Varios migrantes desconfían del médico, del sistema de atención y de los tratamientos.

Otra manera de verlo es la confianza en los conocimientos médicos, posición que expresó una estudiante del área de la salud, quien relató que durante su vida en las islas no se había enfermado de gravedad y que acudía a la automedicación y a los cuidados caseros cuando lo necesitaba; para ella la salud representaba “no enfermar” y propuso un significado de ir al médico:

“Yo no me enfermaba, casi nunca iba al médico (...) Nosotros íbamos cada año para conseguir un certificado para el colegio, entonces: ir al médico es un nuevo año escolar para mí (...) en San Andrés la atención es decente porque a pesar de los problemas de salud de las islas, mi mamá como es docente, el sistema de salud del Ministerio es uno de los mejores” E12F5a21 .

A diferencia de otros participantes, una estudiante del área de la salud valoró como “decente” la atención en el servicio médico pues consigue las citas “relativamente fácil” y porque está afiliada al régimen especial en seguridad social. Para ella y otros raizales que se dedican al área, la salud es una vocación que se manifestó durante su vida en las islas, como en el caso de una profesional de la salud que contó:

“Empezó a despertarse en mí la necesidad de inclinarme por el área (...) tener la posibilidad de servir y ayudar a otras personas que estaban cerca de mí era valioso” E08F7a24 .

Para participantes como las anteriores la dimensión biomédica de la salud significa también vocación de servicio. Las personas que en las islas tuvieron influencias en la selección de carreras profesionales del área de la salud expresaron una mayor confianza e interés respecto a lo biomédico en comparación con quienes trabajan o estudian otras áreas, quienes valoraron en cambio concepciones relacionadas con la socialización, el disfrute de la vida, lo mágico-religioso y el entorno. Algunas de las personas del área

migraron exclusivamente para estudiar en el campo de la salud. Sin embargo, no todos lograron lo que querían:

“Me gustó tanto el tema de la salud que tuve en mente estudiar medicina, pero el puntaje del ICFES no me alcanzó (...) incluso cuando estuve en el colegio me gustaba leer muchos libros de anatomía y cuando empecé a descubrir muchas cosas del cuerpo humano, empecé a cuidar mi cuerpo” ^{E15H4a24}.

Este participante mostró respeto por el conocimiento científico de carácter biomédico, el cual quiso adquirir, pero reconoció falencias en su educación media y en vez de cumplir su sueño, migró a la ciudad para estudiar en el área de las ciencias sociales. De otro lado, un raizal que no tiene que ver con las profesiones de la salud declaró pertenecer a una familia con suficientes recursos económicos y estar afiliado al régimen especial de seguridad social; también dijo que no tenía dificultades respecto al servicio y que contaba con la cercanía de su familia y un médico conocido:

“Jamás estuve enfermo y no lo usé como excusa para no ir al colegio (...) pocas veces tuvimos que ir a urgencias, pues nunca tuve una dificultad mayor frente al tema del acceso de los servicios, siempre la atención fue oportuna (...) siempre han estado mis papás en todos los trámites médicos (...) pues en medio de todas las dificultades siempre me sentí privilegiado, había un médico que me había atendido a lo largo de mi vida allá y me conocía muy bien” ^{E11H5a22}.

Una opinión diferente tiene el siguiente raizal quien declaró vivir sin lujos. Él reconoció que lo afectan los pocos recursos que tiene el sistema de atención, especialmente en el régimen contributivo, pero su confianza en el médico se mantiene, incluso criticó a los raizales por acudir a la automedicación sin consultar previamente:

“Estaba afiliado a una EPS y tenía un doctor asignado para cualquier cosa (...) hubo una vez en la que estaba muy mal en salud y el médico me recomendaba bajar de peso y ahí fue cuando empecé a cuidarme (...) el isleño por lo general, siempre le gusta automedicarse, el isleño no tiene en cuenta que el cuerpo de uno no reacciona igual a ciertos medicamentos (...) isleño que se cuida es porque el médico le dijo que no puede comer esto y lo otro” ^{E15H4a24}.

Las personas que han tenido familiares o amigos en el sistema de salud valoraron las concepciones de salud relacionadas con la biomedicina, en las cuales expresaron mayor confianza que quienes tenían poca relación con el sistema o con el personal de salud. Acudir a un médico familiar genera mayor confianza para estos participantes, quienes tienen la percepción de que el sistema responde a sus necesidades y que seguir las

recomendaciones del médico es una forma de valorar su conocimiento, por eso la condena a la automedicación que manifestaron algunos de ellos. De la misma manera, las personas que están afiliadas a regímenes especiales indicaron que sus concepciones de salud responden más a lo biomédico que a otra dimensión y expresaron una percepción más aprobatoria de la atención en salud que quienes no tienen aseguramiento o están en el régimen contributivo.

En contraste un estudiante universitario que valoró tanto el conocimiento ancestral como el biomédico tiene la percepción de que el sistema de salud es inequitativo:

“Se le ha dado una desatención sistemática a la salud del raizal del pueblo común y corriente, al pueblo raso” ^{E06H5a22}.

Para este participante existe una falta de voluntad política para mejorar el sistema de salud en las islas. Su protesta incluye múltiples aspectos relatados por el grupo: barreras en la atención, malos entendidos en la comunicación entre el personal de salud y hablantes del creole, negación de servicios, falta de aseguramiento, déficit en infraestructura, negligencia, desconfianza en la calidad de los médicos, falta de especialistas, poca prevención de la enfermedad, dificultades en la remisión para salir de las islas y en el acceso a medicamentos. En esto concuerda una participante que realizó su servicio social en una institución de salud pública en San Andrés:

“El sistema de salud de San Andrés es prácticamente nulo (...) me di cuenta que había ciertas falencias del hospital (...) los obligan [las EPS a los médicos] a que no les manden los medicamentos o a que no los manden a los especialistas (...) no quería dar citas (...) no había válvula (...) no había una camilla en una Unidad de Cuidados Intensivos” ^{E03F9a26}.

Para esta participante el contacto frecuente que tenía con el hospital le permitió identificar falencias durante su vida en las islas, una percepción que se complementa con la de un estudiante universitario que pocas veces se ha visto obligado a acudir al servicio médico:

“La salud allá es muy pésima (...) a pesar de que remodelaron el hospital pero no tienen como la calidad de médicos (...) el hospital no está apto para atender casos complejos como fracturas o casos así” ^{E05H5a23}.

Para los raizales la amenaza que constituye la enfermedad se presenta más compleja que el solo hecho de superar el desajuste entre el órgano y la función, representa el obstáculo de no poder lograrlo porque hay pocos recursos disponibles y no poder mitigar el

sufrimiento. De acuerdo con Menéndez, “tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y en consecuencia dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (4).

Quienes confían y quienes no en la biomedicina reconocieron las deficiencias de las instituciones de salud para brindar atención a los habitantes de las islas, sobre todo a los de menos recursos, entre ellos familias de desempleados y trabajadores informales que no tienen aseguramiento. Los participantes de Providencia y Santa Catalina perciben que son más vulnerables respecto a los de San Andrés, donde al menos hay un hospital, un equipo de profesionales y un aeropuerto que conecta con el interior del país. Por eso reiteran que en caso de enfermedad o de un parto lo mejor es ir a San Andrés. El siguiente participante explicó que la mayoría de su parentela nació en la isla de Providencia, en su misma casa y atendidos por parteras, hasta que una hermana suya murió durante un parto:

“Los niños de Providencia ya nacen en San Andrés, la gente se volvió como
miedosa con eso porque antes se morían muchos niños así y la mamá moría”

E04H1a25

Los participantes identificaron otras personas vulnerables como quienes no gozan de salud mental o tienen padecimientos crónicos y más allá de la enfermedad, a los discapacitados, los ancianos, los niños y las personas con problemas de aprendizaje. La percepción del participante del testimonio anterior es que la falta de infraestructura y de servicios médicos de complejidad impacta en la vida de sus seres queridos y en su trabajo como pescador que le vende al turista. Desde su punto de vista, la salud es la fe religiosa – como veremos en el acápite sobre el concepto mágico y religioso–, aun así criticó que los nativos tuvieran servicios de salud deficientes con lo que se negaba el derecho a la salud de la población, al priorizar el turismo como actividad económica, sin contar siquiera con los medios suficientes para responder a alguna eventualidad en salud, algo indispensable incluso para los turistas:

“Ahí está pintado, tú vas al hospital de San Andrés y es solo el nombre (...) se
enferma un gringo y ¿dónde lo vamos a poner? (...) la gente que vive con cáncer en
la isla es terrible y los que tienen problemas renales, no les pueden hacer diálisis”

E04H1a25

En cambio quienes disponen de recursos económicos prefieren salir de las islas para recibir atención médica:

“Conozco personas que no van al médico en San Andrés, vienen [a Medellín], viajan directamente y piden cita particular (...) como [San Andrés] es tan chiquito, también hay fama que los doctores son muy malos, se arriesga mucho, se provoca desconfianza”^{E14H2a23}.

Otro rasgo de la desconfianza en el sistema de atención son las referencias a partir de las experiencias de conocidos o familiares de ese “mundo pequeño” que son las islas. Las personas describieron casos en los que las prácticas médicas no fueron las mejores y se quejaron de la falta de voluntad política²⁹ para solucionar un tema recurrente. Dos voces permiten ilustrarlo:

“Desde que tengo uso de razón sé que los recursos que tenemos no han sido muy buenos y por eso la necesidad de los nativos o raizales de migrar a otras ciudades, generalmente Medellín (...) el hecho de que San Andrés sea una isla tan pequeña y que todo el mundo sepa de todo el mundo, entonces empieza: ‘es que el amigo de tal está enfermo, a es que el otro necesitó tal cosa’”^{E08F7a24}.

“Puedo contar historia tras historia y a nadie le importa, nadie está pendiente de eso (...) la cosa sigue igual, uno se queda como asombrado (...) si es un hospital debería tener condiciones para atender cualquier emergencia”^{E03F9a26}.

Ante las limitantes del sistema, las personas perciben que deben buscar estrategias propias para solucionar sus problemas de salud y expresaron sentimientos de desconcierto frente a la mala calidad de los servicios y a la poca importancia que se le da al tema. Algunos de ellos tienen la opinión de que tiene que ver con que el sistema político, económico y de salud en Colombia es centralista y con que las islas hacen parte de la periferia:

“En las ciudades siempre la gente tiene acceso a la salud, pero en los pueblos o las regiones apartadas es como si no hubiera gente (...) es pequeño pero igual debe tener buen sistema de salud porque la gente no siempre tiene la capacidad de salir a viajar a otro lado”^{E03F9a26}.

En palabras de esta participante no solo hay deficiencias en cuanto a infraestructura, profesionales y equipamiento, sino que hacen falta los medios para salvar vidas, entre ellos, un avión-ambulancia. Otro de ellos valoró el papel de la Fuerza Aérea colombiana que presta este servicio, pues el viaje en un avión-ambulancia particular es costoso:

²⁹ Véase página 120.

“El Estado nos dice: no tiene salud (...) si uno no tiene plata, cuando te mandan de San Andrés vienes a la suerte de Dios, hay mucha gente que prefiere morirse en la isla que venirse a pasar necesidades aquí”^{E04H1a25}.

Sumado al miedo al ser remitido a la ciudad³⁰, las personas manifestaron que los medicamentos son costosos y que no hay mucha disponibilidad:

“Los medicamentos son caros también, digamos uno llega al hospital y le van a poner una ampolla de algo; si en el hospital no la hay: le toca a uno poner la plata”^{E09H2a22}.

Las dificultades mencionadas significan una pérdida de la dignidad para los raizales. Algunos indicaron que los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son incipientes y expresaron sentimientos de frustración al respecto. De acuerdo con Berlinguer, “la enfermedad, a menudo, más que dolor físico es pérdida de poder o dignidad humana, que se traduce en prepotencia de los sanos, y que acentúa las diferencias sociales. En los hospitales públicos, por ejemplo, a menudo se tutea a los enfermos, o se los despierta antes del alba para adaptarlos a los turnos de trabajo del personal. Este también es un sufrimiento para el hombre, que quiere ser respetado” (67). Es así como uno de los participantes relató una experiencia de contacto con el sistema de salud que lo marcó:

“Fue muy indigno y bastante molesto (...) no fue capaz de detectar el problema de forma concisa, tocó sortear toda la operación de forma particular (...) yo no hubiera perdido la movilidad en mi pie y no hubiera sufrido todo lo que sufrí con el sistema de salud”^{E06H5a22}.

Para varios participantes los médicos que trabajan en las islas, la mayoría continentales, están desacreditados entre la comunidad. En parte porque son del interior del país, algunos ni siquiera viven en las islas (como los especialistas), y casi ninguno entiende ni el creole ni el inglés. Las personas hicieron énfasis en la falta de profesionales de la salud raizales para atenderlos:

“La mayoría de las veces que uno va para el médico, son pocas las que lo atiende a uno un raizal (...) ver un raizal dedicándose a la salud es muy escaso”^{E15H4a24}.

Para personas que no han tenido una relación estrecha con el sistema de salud y que estudian o trabajan en otras áreas, se presentan barreras comunicativas entre raizales que no dominan el español y el personal de salud del interior. Dos participantes, hombre y

³⁰ Ver pág. 119.

mujer, perciben que los médicos y los especialistas que trabajan en las islas son distantes y desconocidos por la comunidad:

“Uno de los problemas es que muchos raizales no hablan español y entonces siempre es difícil que los que no hablan el idioma, si van a alguna parte, muchas cosas no van a entender... si se pudiera tener raizales atendiendo a los raizales”
E05H5a23

“El especialista no es sanadresano, no vive en San Andrés, va cada que tiene que atender a los pacientes y como tiene tanta gente que atender en uno o dos días, llega y te atiende así en 5 o 10 minutos (...) te vas para la casa pero sigues con el problema y mucha gente no tiene la capacidad de venir a una ciudad a ser atendido”
E07F4a21

Varios participantes se mostraron preocupados por la falta de especialistas en salud y denunciaron malas prácticas médicas, entre ellas amputaciones innecesarias en caso de fracturas. También protestaron porque la implementación del sistema de salud no contempla diferencias étnicas y culturales, un ejemplo es el uso del creole, lo que significa que el proceso de homogenización cultural permea la relación entre las personas y los servicios de salud. Varios participantes manifestaron tener una mayor confianza en el personal de la salud de origen raizal, así lo expuso un estudiante universitario de las áreas sociales que relató que se quedaron sin un ortopedista nativo que atendía, según él, con más cercanía a los raizales:

“Nos quedamos sin médico ortopedista, en un lugar donde hay tantos accidentes, es de lo que usted tiene que tener en un hospital”
E06H5a22

Como migrantes en Medellín, los raizales que estudian en el área de la salud se enfrentan al dilema de regresar y ejercer en las islas, o seguir viviendo en la ciudad³¹. Por su parte, la relación entre salud y servicios de atención está mediada por las barreras de acceso, cuando no se dispone de la infraestructura adecuada, la tecnología y el recurso humano suficiente y especializado, que tenga dominio del idioma, con el que se puedan conseguir citas que cuenten con el tiempo suficiente para atención. Aquí es necesario diferenciar entre las concepciones de salud que son el centro del estudio y las estrategias de mantenimiento y recuperación como aspectos complementarios, ante la dificultad de hablar directamente de lo que es la salud. En este caso el concepto biomédico integra la ausencia de enfermedad, los estilos de vida saludable, el estado completo de bienestar y la relación con los servicios de atención.

³¹ Véase página 116.

c) La salud y su relación con el entorno

Varios participantes se refirieron al entorno natural de las islas como un asunto clave en su concepción de salud y como una diferencia marcada con su vida en Medellín. Para estas personas la salud está determinada por la relación con el ambiente como un “estar ahí”: sentirse vital por las propiedades del mar y las bondades de un aire menos contaminado que en la ciudad, aunque con deficiencias en la prestación de servicios públicos domiciliarios. Esta relación con el entorno se da teniendo en cuenta que “la vida en cualquier sociedad se desarrolla dinámicamente bajo la determinación de un gran movimiento metabólico que vincula a la sociedad humana con la naturaleza; un proceso complejo que en etapas anteriores de nuestra historia estuvo regido por la lógica de la necesidad del sujeto social” (76).

Distintos participantes se refirieron a la relación entre la salud y el entorno con referencia al mantenimiento del equilibrio y de la tranquilidad, de ahí que resaltaron el modo de vida tradicional de las islas: casas con patios en los que cultivan alimentos y plantas aromáticas, medicinales u ornamentales, y en donde crían animales; además de la existencia de lotes para la agricultura. Uno de estos raizales mencionó los espacios verdes que se conservan y que favorecen la salud, a pesar de lo densamente pobladas que están las islas, particularmente San Andrés. A diferencia de Medellín, donde los participantes manifestaron que los servicios públicos domiciliarios son adecuados, rescataron que las islas son menos contaminadas y eso contribuye con su salud. Con respecto al aire, algunos afirmaron:

“Es más libre de toxinas (...) allá se respira un aire más puro, tienes el mar que supuestamente tiene beneficios” ^{E13H20a40}.

“Una diferencia con Medellín es el entorno, hay menos contaminación” ^{E10H2a18}.

Por su parte, algunos raizales mencionaron que la relación entre salud y entorno favorece la vida activa. Por ejemplo, una de las participantes admira a su abuela porque le encanta el mar y de ella aprende todo sobre salud:

“El doctor le recomendó que saliera en las mañanas y se metiera al mar muy temprano (...) son cosas que uno no aprovecha (...) caminar temprano en las mañanas” ^{E07F4a21}.

Para otros participantes caminar por la isla era su manera de cuidar la salud, un nativo de Providencia y otro de San Andrés así lo expresaron:

“Soy muy dado a caminar, en San Andrés es muy distinto, las distancias cortas”
E11H5a22 .

“Nuestro transporte es como caminar; caminamos y remamos bastante” E04H1a25 .

Y entre las actividades de uso del tiempo libre que contribuyen con la salud, algunas son descritas por la siguiente participante, quien dijo mantenerse en estado activo:

“Natación, caminar... San Andrés, como es tan chiquito, caminar resulta muy rico, está rodeada de mar y la brisa, pues se entretiene uno caminando en la arena, eso lo mantenía a uno enérgico o activo” E03F9a26 .

En cambio otro participante, que vive en un área semirural de San Andrés en la que predominan los raizales, declaró sentirse privilegiado aunque reconoció que son muchos los isleños que tienen dificultades en saneamiento básico, sobre todo, en barrios pobres que surgieron sin planeación durante la migración de continentales a las islas. Al respecto, afirmó:

“El acceso a saneamiento básico no es el mejor, los servicios públicos tampoco son los mejores y uno creería que eso lo hace a uno proclive a enfermarse o no”
E11H5a22 .

Entre las dificultades mencionadas por los participantes está el acceso al agua dulce, a alcantarillado, el regular manejo de las basuras y de los residuos, el impacto del comercio y del turismo; también indicaron que la contaminación de los acuíferos y del aire afectaba su salud. El agua potable es un factor limitante, particularmente en San Andrés, isla con el mayor problema de sobrepoblación. El sistema de alcantarillado solo cubre el 30,6% de la demanda y las aguas residuales de los pozos sépticos contaminan el acuífero, principal fuente de agua dulce. A pesar de existir un sistema de potabilización del agua dulce, este no es permanente y no posee la cobertura adecuada para suplir de agua de buena calidad a toda la población (35).

Para la autoridad ambiental del Archipiélago, Coralina, los retos provocados por la alta población son considerados como el mayor obstáculo para el cuidado de la reserva de Biósfera Seaflower: “por la gran población se ejerce una presión masiva en los ecosistemas únicos y frágiles, se limita el crecimiento económico y se amenaza la prestación de servicios sociales y la supervivencia cultural” (35).

i) El mar – “La gran medicina”

La relación entre la salud y el mar fue un concepto que emergió cuando distintos raizales se refirieron a su vida en las islas. Uno de los participantes lo incluyó en su concepción de salud:

“El mar es la gran medicina para muchas cosas” ^{E13H20a40}.

De ahí que los participantes explicaron que tanto ellos como otros miembros de la comunidad acudían al mar en su vida diaria como estrategia terapéutica o para mantenerse vitales. Así lo expresaron un hombre con 20 años de haber migrado y una mujer que tiene 9 años en Medellín:

“Todo el mundo va al mar a curarse” ^{E13H20a40}.

“Son cosas que los nativos le enseñaron a sus hijos y sus hijos a los raizales... es que el mar lo cura todo, es la solución a todo” ^{E03F9a26}.

En palabras de los raizales, una de las enseñanzas que se transmite de generación en generación es el uso del agua de mar y sus beneficios que se traducen en energía, vitalidad, fuerza y ánimos. Una de ellas acudía al mar como estrategia para recuperar la salud:

“El mar lo cura todo, entonces cualquier raspón, playa; cualquier gripa, playa, y es efectivísimo (...) y con los raspones te ayuda a secar y cicatrizar muy rápido (...) y no te deja marcas” ^{E03F9a26}.

Desde la Grecia clásica, filósofos como Eurípides y Platón sostenían la célebre frase “el agua de mar cura todos los males del hombre”. Mientras los postulados de René Quinton sobre la relación entre el entorno natural y la vida aportaron a las concepciones de salud al considerar que la vida no se somete al medio, sino que el medio se somete a la vida y a la célula: “es aceptado universalmente que del agua de mar (caldo primitivo) surgió la primera célula. La célula madre que dio origen a todos los seres vivos que hoy habitamos la Tierra” (77). Desde esta perspectiva la vida animal, originada en el mar, mantiene las células constitutivas de los organismos a través de las series zoológicas. De modo que se desprenda la utilización del agua de mar con criterio terapéutico o estrategia para recuperar la salud, pues ayuda a que “nuestro medio interno recupere su poder. Y en un medio interno correcto ya no hace falta perseguir a los microbios nocivos, porque allí ellos no pueden prosperar. El suero marino da fuerza biológica a la célula para oponerse a la mayoría de las enfermedades” (77).

Otro participante, quien ha llevado una vida activa como deportista, calificó como mito el acudir al agua de mar con criterio terapéutico, pues siempre ha preferido la automedicación cuando se enferma; sin embargo también reconoció utilizarla como medicina, así que manifestó:

“Muchas veces dentro de las cosas que hacía, de los mitos, era ir y tragarse dos buches de agua salada y botar la gripa (...) Esa era una de las medicinas que uno aplicaba allá” ^{E13H20a40}.

Otra participante describió cómo usar el agua de mar, lo que para ella significa una enseñanza que se da en un ámbito de socialización familiar y una garantía de curación para casos de gripa o raspones, no sin antes comparar al mar con un antigripal y tratar de explicar cómo funciona:

“Me enseñaron que uno cogía el agua de mar cuando tenía mucha gripa, absorbía y sí, le descongestiona a uno (...) no es el antigripal más efectivo del mundo pero es bastante descongestionador (...) no sé qué tiene la sal, el agua de mar, que uno como que se limpia” ^{E03F9a26}.

De otro lado, quienes dedican su vida al mar, en su mayoría hombres que pescan o practican buceo, declararon que era uno de los aspectos más importantes para su salud y una actividad que les permitía trabajar y disfrutar la vida. Uno de ellos declaró:

“Normalmente buceo pero a pulmón y me la he pasado toda la vida en el mar, soy fanático del mar” ^{E05H5a23}.

Un estudiante universitario manifestó que trataba de llevar una vida tranquila en las islas, evitando riesgos como hacer piruetas en motos, a menos que fuera a pescar, una de las actividades que más le gustaba y que, según él, contribuía con su salud:

“El día que vaya al mar es el mejor día de la vida (...) lo único en lo que yo siempre he dicho que corro el riesgo de que me pase algo es cuando voy al mar” ^{E09H2a22}.

A diferencia de los anteriores, otro participante identificó beneficios para la mente y el espíritu como la serenidad, la tranquilidad y la armonía que adquiriría cuando abría la ventana de su habitación y veía el mar, cosa que no puede decir de Medellín, donde desde su ventana solo se ven edificios:

“El mar siempre me transmitía emociones, recuerdos, cosas que había perdido, que había adquirido de él” ^{E06H5a22}.

El uso del agua de mar ha sido aprendido en la familia y las personas que los rodean acuden regularmente a ella. También perciben que ir a la playa para disfrutar el tiempo libre o para hacer deporte les brindaba energía para estar activos. Por otro lado, el mar les traía beneficios al cuerpo contra la gripa, los raspones y en la salud mental, aportando tranquilidad; para ellos “el mar limpia”. Para algunos es un mito, sin embargo acuden a él. Por sus propiedades, estos raizales suelen compararlo con una “gran medicina”.

d) Socialización y salud

A pesar de algunas posturas etnocentristas y hegemónicas de la biomedicina y la salud pública, según las cuales el conocimiento válido sobre la salud es el de la cultura moderna de Occidente, es necesario: “reconocer que hay una construcción social y cultural de la salud y la enfermedad que supone la validez contextual y relatividad cultural de los diversos saberes y prácticas, ya sean científicos, clínicos, complementarios, tradicionales, populares o de otro tipo” (6).

A medida que se abordan los diferentes conceptos de salud expresados por los raizales, vale la pena explorar cómo son transmitidos mediante la socialización, que incluye los vínculos que se establecen en la familia (nuclear y extensa), relaciones sociales e institucionales porque, de acuerdo con Quevedo, “la historia de nuestra individualidad es la materialización en cada uno de nosotros de la historia de las formas de vida, de la organización social y del saber acumulado del grupo en que vivimos, dicho en términos de la economía política, de los procesos de reproducción social” (70).

Todas las concepciones de salud son construcciones sociales, entre ellas las biomédicas, pero en este acápite se exploran las concepciones relacionadas con la socialización primaria. Por su parte, los conceptos del conocimiento ancestral que se exponen a continuación incluyen un aspecto complementario como son las estrategias para mantener la salud o recuperarla, tales como los cuidados caseros.

Las personas identificaron a quienes acudir en caso de cuidar o recuperar la salud: familiares, amigos, conocidos o a las instituciones del sistema de seguridad social. Algunos establecieron rutas en las que acuden primero a alguno de estos actores, después al otro, o a todos. Por ejemplo, el siguiente entrevistado describió su propio rumbo en caso de perder la salud:

“Se sigue ese proceso: casa, hospital de San Andrés (casi siempre no funciona hospital de San Andrés), y si es algo muy grave: diríjase a la ciudad; pasó con mi abuelito, con mi abuelita, con mi mamá y con mi hermana”^{E06H5a22}.

Para él, primero están los cuidados caseros, luego acudir a un servicio de atención en salud y si allí no se puede solucionar, salir de las islas. Este participante criticó las deficiencias del sistema de atención, que no garantizaba el cuidado de sí y de los otros. De todas maneras su madre y abuela son la primera opción:

“Acudo a mi madre y a mi abuela (...) si no resulta eso ya se acude al proceso de la cita médica”^{E06H5a22}.

Como él, otros raizales identificaron a los familiares (padres, abuelos y otros parientes) como depositarios de conocimientos en salud y la primera opción para acudir en caso de que faltara la salud. Para ilustrarlo el siguiente participante que se crio con su abuela en la isla de Providencia indicó que acude:

“A los abuelos, a alguien de edad, no importa que tengas (...) tú gritas allá: ¡tengo dolor de oído! y la abuela te dice: cógete un totumo que apenas va a salir, tú lo exprimes y te echas las gotas”^{E04H1a25}.

Hasta ahora intervienen varios aspectos culturales: los cuidados caseros (en forma de recetas tradicionales, automedicación o ambas), la figura de la madre y la abuela (con sus conocimientos, actitudes y experiencia), y los servicios de salud.

De otro lado, los participantes que están más permeados por la concepción biomédica de la salud manifestaron otra alternativa. Una estudiante del área de la salud describió su ruta de cuidado: primero la automedicación, luego recetas caseras y finalmente ir al médico. En su caso, las ideas de salud están más cerca de lo biomédico, al preferir la automedicación que acudir a los saberes de ancestros como los abuelos:

“Muy poquito iba al médico; poco me enfermaba; nosotros fuimos muy sanos siempre; cuando nos enfermábamos, mi mamá primero –la automedicación, recetas caseras– y si con eso no mejoraba, al día siguiente sí me llevaban al médico”^{E12F5a21}.

De manera similar se refirió un participante que consideró que acudir al agua del mar era un mito. En su caso, hijo de padre raizal y madre continental, el papá era la primera opción cuando había que acudir a alguien, pero sus cuidados caseros no se caracterizaban por el conocimiento ancestral, sino por el biomédico:

“Mi papá era al que le contaba yo: me pasa esto (...) acudía al cuidado casero que él me daba, pastillas (...) digamos que él era como mi médico personal y acudíamos a la automedicación, pero de ir al doctor, que yo diga una cita médica, no”^{E13H20a40}.

Otras personas señalaron que prefieren seguir los consejos de conocidos o familiares sobre estrategias que habían funcionado antes. El siguiente participante consideró a la automedicación como una opción, junto con los cuidados caseros; pero cuando acudía a algún familiar, este le daba su recomendación:

“No es necesario ir al médico porque sería muy exagerado, tienes que hacer tal cosa, tómate tal hierba o tómate tal pastilla que yo lo utilicé y a mí me sirvió”

E15H4a24

Por otro lado, hubo quienes acuden en primer lugar a un familiar o conocido que se desempeñe en el área de la salud. Uno de ellos dijo confiar más en su prima que en el sistema mismo, así lo explicó:

“Tengo una prima que es enfermera (...) ella cogió y me atendió, me dijo: mejor no vayas al hospital porque te van a suturar y después eso te va a quedar cicatriz (...) ella siempre me atendió y siempre se sanó”

E05H5a23

En este caso, la estrategia para recuperar la salud está más cercana al concepto biomédico de acudir a la medicina alopática a través de un miembro de la familia amplia. Este matiz es más marcado cuando se trata de profesionales o estudiantes de la salud. Por ejemplo, una profesional del área identificó como estrategia para recuperar la salud en las islas: acudir primero al médico familiar, luego al sistema de atención y por último, salir de las islas.

“Cosas muy sencillas y que con la pastilla, con el jarabe, con lo que sea (...) había muchos médicos que eran allegados a la familia, entonces que el doctor ‘no sé quién’ te va a mirar, o ya si era muy complejo que él pudiera realizar la atención, entonces a urgencias del hospital”

E08F7a24

De forma parecida se refirió otro raizal que vive en Providencia y tiene una familiar que es médica:

“Ella [la pariente] es la que siempre nos ha tratado desde pequeños, es la doctora de la familia (...) además mi mamá va y habla con el muchacho de la droguería y si no, para el hospital”

E09H2a22

Para quienes viven en Providencia, acudir al servicio médico implica salir de la isla en muchas ocasiones. Este participante manifestó preocupación porque según él, cualquier cosa que ocurra en salud, lo mejor es ir a San Andrés:

“Si no se podía hacer algo en la casa, era el centro de salud y si allí en Providencia no llegan a solucionar, te remiten para San Andrés y ese es el otro problema: la

remisión, para que a uno le den el tiquete, más fácil lo saca uno del bolsillo”
E09H2a22

Y es que la capacidad de remitirse de Providencia a San Andrés, o al interior del país, depende de los recursos económicos que permitan costear el viaje y los gastos de traslado del enfermo y su acompañante. Una limitante para las personas que no tienen ingresos suficientes, que no dependen de sí mismas o que tienen escasos recursos económicos, incluyendo las diferencias en la atención para quien acude al servicio médico subsidiado y quien lo hace en un régimen especial.

Hasta aquí, la mayoría de los participantes acuden a los cuidados caseros (recetas del conocimiento ancestral o automedicación) brindados por miembros de su familia, especialmente la abuela; también acuden a profesionales de la salud, bien sean familiares o conocidos; además a los servicios de atención en salud: algunos lo hacen directamente y otros por obligación, cuando es necesario; y en muchas ocasiones, la estrategia para recuperar la salud termina con una remisión a San Andrés (si vive en Providencia y Santa Catalina) o a otras ciudades del país.

i) La salud y el conocimiento ancestral

Para los raizales existen integrantes de su familia que son portadores de distintos saberes sobre las estrategias para mantener y recuperar la salud: la madre, el padre, los abuelos u otros integrantes de la familia ampliada en las islas. Algunos participantes valoraron este conocimiento y lo destacaron sobre el biomédico. Dos de ellos, respectivamente un empleado informal que estudia un pregrado de las áreas de las ciencias sociales y un estudiante del área de las ciencias exactas que trabaja ocasionalmente, explicaron que acudían:

“A los abuelos (...) el isleño normalmente no va al médico porque los abuelos tienen remedios para eso: que vaya para tal parte y busque tal hierba, hiérvala y se toma eso” E15H4a24

“La mayoría de gente que está en el sector de la salud, los médicos y eso son de acá, y a la gente no le gusta; la gente prefiere con sus mitos, sus manguantes, sus adjetivos realizarse todo lo de ellos” E14H2a23

Distintas personas, entre ellas quienes no tenían una relación cercana con personal de salud y que no estudiaban ni trabajan en el área, rescataron conceptos anclados en el conocimiento tradicional de su comunidad. Para estos participantes, los abuelos y otros

adultos mayores tienen el reconocimiento y gozan de la confianza y del respeto que carece el personal de salud. Diferentes participantes resaltaron de los mayores – especialmente y con cariño de las abuelas–, su experiencia en el cuidado, sus ganas de ayudarlos, de escucharlos en sus necesidades, de explicarles cómo resolver los problemas y acompañarlos hasta cumplir sus expectativas de salud. Para quienes valoraron este tipo de conocimiento, acudir al médico depende de la gravedad del caso, si es algo que “se sale de las manos”.

Entre los cuidados de la casa o “medicina de la casa”, las personas recuerdan infusiones como el té y otros tratamientos. La expresión “mitos, menguantes, adjetivos” la dijo un estudiante de ciencias exactas, quien disponía en su misma casa de la medicina ancestral y de sus familiares, quienes tienen el conocimiento. Otro de los participantes, quien se crió con su abuela en la isla de Providencia, indicó que la medicina alopática es contraproducente para los raizales:

“A mis abuelos y la gente de edad, cuando se enferman, no les gusta ir al médico porque las medicinas nos bajan las defensas y nos matan, porque no tenemos como esa intervención médica desde muy chiquitos”^{E04H1a25}.

Y es que las personas de edad, las parteras, los curanderos y demás sanadores isleños “son potentes agentes de comunicación para cuestiones sociales y de salud. Poseen mayor credibilidad que los agentes que provienen de las instituciones. Cobran fuerza en los entornos de recursos limitados porque las alternativas de curación proporcionadas son de fácil y rápido acceso. En algunos estudios se reporta que los métodos utilizados por sanadores tradicionales son eficaces” (66).

Diferentes participantes no solo desconfiaron del personal de salud, sino de los tratamientos. Por ejemplo, el siguiente entrevistado hizo hincapié en su desconfianza en la biomedicina, específicamente en la cirugía, aunque él la necesitó cuando se le complicó una enfermedad:

“Pienso que mientras el cuerpo recibe una punzada o un corte, se debilita”^{E01H1a31}.

Los raizales perciben que la comunidad tiene autonomía relativa a la hora de resolver sus problemas de salud hasta el momento en que deben acudir a los servicios médicos con poca confianza. También lo explicó otro participante que mostró respeto por el conocimiento de la madre y la abuela:

“En la vida diaria es un acceso directo a la salud”^{E06H5a22}.

Al indagar a qué se refería, este estudiante universitario expresó ideas que describían la dimensión ancestral de la salud en oposición a lo biomédico. Luego explicó cómo se transmitía ese conocimiento:

“Usted recurre a conocimiento ancestral o ¿qué más hace la gente en San Andrés? Simplemente no hay otra salida (...) no es una versión del sistema sino que en la vida diaria es un acceso directo a la salud, entonces es un conocimiento que ha pasado de generación en generación (...) Mi mamá por un lado siempre acudió al sistema pero tampoco abandonó las cosas que había aprendido con los abuelitos (...) antes nuestros abuelitos tenían una capacidad física enorme, eran saludables, fuertes, mucho más vitales, podían estar haciendo dos o tres actividades en un día”

E06H5a22

De este testimonio se puede apreciar una manera en que los participantes imbrican o mezclan sus concepciones de salud. Para este raizal, por ejemplo, la salud es la posibilidad de realizar varias actividades al día, sin negar las relaciones con el sistema de salud y valorando el conocimiento ancestral y el modo de vivir de los abuelos en el pasado. Otro rasgo que resaltó este joven de San Andrés fue la figura materna como cuidadora, pues mientras los hombres se dedican a las faenas de pesca:

“Las cosas que son bien para la salud están más en la parte materna, femenina, por esa división que hay en el hogar, por eso consulto a mi madre (...) la mujer hace una torta dura que puede sobrevivir a mucho tiempo a la intemperie, entonces, este es el pan que se llevan los pescadores”

E06H5a22

Para los participantes, lo femenino está relacionado con la alimentación en las islas, la reproducción, los cuidados caseros, la crianza, la enseñanza de la lengua, la educación y la religión. De otro lado, si bien hay un reconocimiento del saber ancestral, algunos se cuestionaron por la validez de estos conocimientos. Lo que para unos eran “mitos”, para otros eran placebos; un estudiante universitario que tenía un médico familiar, también acudía a los cuidados caseros:

“Cuando tienes un dolor o malestar te dan un té y eso era casi efectivo, no sé si es por placebo o por qué será (...) siempre los cuidados eran en la casa con mis papás”

E11H5a22

Un asunto en tensión emergió cuando los participantes opusieron los conocimientos de los abuelos y los adquiridos en la academia. Por ejemplo, una estudiante del área de las ciencias exactas y naturales asumió una actitud de respeto por los conocimientos de la abuela, sin embargo piensa que algunas de sus prácticas no son las mejores:

“Son cosas que ellos creen y es muy difícil que tu vayas y le digas: abuela, eso no te va a hacer nada. En mi caso es muy difícil por la carrera que estudio decirle: abuela no hagas eso así, no cortes con el mismo cuchillo la carne y las verduras, es muy difícil que ellos cambien eso que siempre han tenido y tu decirles que te puede afectar la salud (...) Te dicen: yo he vivido tantos años y a mí no me ha pasado nada”^{E07F4a21}.

ii) Cuidados caseros - “Son mil y mil cosas”

El aceite de tiburón para la tos, el brebaje para el cólico, el bicarbonato de sodio para la acidez, el ajo para la garganta, el matarratón para la fiebre, el té de menta para la indisposición, la penca de sábila para la quemadura o la hoja de noni (que según ellos sirve para todo) fueron algunas de las plantas y recetas que los participantes mencionaron como estrategias para recuperar la salud, teniendo en cuenta la dificultad para expresar las concepciones de salud y su concreción en prácticas:

“Cuando tenía una fiebre muy alta cogíamos una mata que llamaba matarratón, uno la hervía y se bañaba con eso y se le quitaba; alguna tos o alguna cosa, ya los abuelos tenían el remedio para eso, le decían a uno: coja la miel con limón y le echa un poquito de aceite, y lo revuelve y se lo toma”^{E15H4a24}.

Un rasgo entre quienes acuden a miembros de la familia o a sanadores tradicionales para recuperar la salud es que también adquieren este conocimiento y lo aprenden a aplicar en cierta medida. “Los sanadores tradicionales reciben enseñanzas especiales de sus ancestros y transmiten tradiciones curativas de una generación a la siguiente. Son reconocidos en la comunidad donde viven por su capacidad de sanación” (66). Además la sanación permite que las personas recuperen el equilibrio y puedan disfrutar la vida, “es un fenómeno holístico o tridimensional que envuelve la recuperación del equilibrio, la armonía en el cuerpo, la mente y el espíritu, o entre la persona y el ambiente. No se enfoca en síntomas o enfermedades, sino que trata al ser humano en su totalidad” (66).

Curas, recetas, brebajes y el uso de plantas medicinales son algunas de las estrategias que están en el conocimiento de padres y abuelos, y a las que acuden los raizales para conservar la salud o recuperarla. “Los tratamientos combinan la ingesta de infusiones, el uso de calor seco, lavarse o frotar la zona con preparados de diferentes hierbas. Para estos sanadores el mundo mágico de los ancestros africanos y el uso de plantas constituyen el recurso básico de tratamiento” (66). Para algunos de los participantes, estas opciones traen más beneficios que los medicamentos químicos, según dos de ellos:

“En los cólicos menstruales, mi mamá siempre consideró que la solución ancestral era mucho más eficiente y me constó, pues yo vi con mis propias experiencias que el brebaje, o la cura, o lo que hacían para eso era mucho más efectivo que tomar las pastillas y a largo plazo era mucho mejor”^{E06H5a22}.

“Lo primero que uno hace cuando se enferma es la mamá. La mamá es la que le dice a uno, cuando te da fiebre y dolor de garganta: el collar de ajo. Una vez que se me tapó el oído me dio orégano”^{E14H2a23}.

Muchas de las plantas utilizadas por ellos están en los jardines de las casas isleñas y han sido sembradas por la madre o la abuela. Uno de los participantes relató la historia de cómo su madre le había entregado a una de sus hijas que migraba a Medellín una plántula para que la sembrara aquí, la cual tiene propiedades contra los cólicos menstruales, sin embargo ella no la sembró. En ocasiones, las recetas no son las más agradables, pero acuden a ellas por su efectividad:

“En ese apogeo del noni que servía para todo, en todos los jardines en San Andrés había y las abuelitas poniendo eso a drenar eso que olía horrible. Que eso era la cura de todos los males y mi abuela todas las mañanas se tomaba un pocillo de eso... uy gas”^{E07F4a21}.

Entre las plantas mencionadas por los participantes está el limoncillo, la albahaca, la menta, el matarratón, el noni, el orégano y el ajo. Al referirse a estas algunos raizales lo hicieron en creole o en inglés, y luego las tradujeron al español. Para el caso del siguiente entrevistado, el té era indispensable y lo preparaba con plantas que tomaba de su jardín:

“Siempre era tratamiento casero (...) estaba el té de siempre, el pañito de agua tibia y estar tomándome la temperatura, y mi mamá lo que decía: estar en reposo total y cubrirme de pies a cabeza (...) el té en San Andrés viene directamente de la tierra: de menta, de orégano, se me olvidan los nombres”^{E11H5a22}.

Al preguntarle si se le olvidaban los nombres en español o en creole, el participante explicó que era en español, por ejemplo *mintí* que traduce menta:

“*Mintí* es lo que más recuerdo, su sabor, siempre arrancaba la matica, siempre que me sentía mal, me mandaban a hervir el agua: ‘tómese antes de dormir’, en cambio acá no está la matica, pero sí encuentras todo procesado, es sino tomárselo; pero no sé, no ha tenido el mismo efecto”^{E11H5a22}.

Según este estudiante de un pregrado en ciencias sociales y humanas, el té que se usa en las islas, el cual viene de la tierra, tiene mejores efectos que el que consigue en un

supermercado durante su vida en Medellín y aunque confía más en la medicina alopática, extraña los cuidados caseros. Por su parte, una estudiante del área de la salud también los valoró, después de destacar la relación con los médicos y la automedicación:

“Mi mamá mezclaba miel con limón para las gripas. Luego llegó el propóleo. Baños de agua tibia para alguna fiebre. Muchas veces nos lavaban las narices con agua de mar”^{E12F5a21}.

Un punto de vista opuesto expresó el siguiente raizal, un pescador de la isla de Providencia quien indicó que además de los abuelos, también acude a otras personas o a soluciones improvisadas, así sean condenadas por el saber médico:

“En la isla hay personas especialmente para sobar fracturas y funciona; y el médico acá dice que no (...) ellos tienen una mata que es muy caliente y empiezan a sobar, a sobar, hasta que tú dices: ya está (...) cuando nos chuzábamos lo tratábamos con sal, limón y un poco de cenizas: cortas el limón y te echas un poquito de sal con la ceniza”^{E04H1a25}.

Exploremos las razones que tiene este participante para preferir el conocimiento propio o popular en vez del saber médico:

“Yo creo más en mis montes, en la hierbas (...) siempre han funcionado (...) normalmente todo es muy improvisado, las medicinas, todo, pero es mejor así, preferimos tener ese desarrollo tan lento que tener un desarrollo que nos acaba”^{E04H1a25}.

Como este participante, hubo quienes expresaron resistencia hacia el modelo de desarrollo que tienen las islas, en el que los conocimientos y costumbres que no son del Archipiélago reemplazan a los conocimientos ancestrales y costumbres propias como las estrategias terapéuticas o la manera en la que se alimentan.

iii) Salud y alimentación – “del árbol a la olla”

“¿Qué es la salud? No es elementos químicos en botella. No es comida procesada. Es poder alimentarse de lo que produce el suelo, allá decimos del árbol a la olla. Un pueblo que consume un plátano de quince o más días no es un pueblo sano”^{Dc04a1p}.

El filósofo Hans-George Gadamer³² mencionó al metabolismo como uno de los “tres fenómenos rítmicos que, al cumplirse, brindan vitalidad, descanso y energía” (3). La

³² Véase pág. 69.

alimentación es para los nativos uno de los aspectos culturales que destacan como parte del “choque cultural” que representa el proceso de migración a Medellín y un aspecto indispensable en todas sus explicaciones de salud: una manera de mantener el equilibrio con una dieta balanceada, la energía para trabajar, estudiar y realizar actividades en las islas, un factor protector en su estilo de vida, un factor de riesgo, los frutos del mar y del cultivo, un rasgo cultural, algo sensible cuando aparece la enfermedad, la sazón de su casa y una manera de curarse o reponerse, en consonancia con el célebre aforismo griego: “que tu medicina sea tu alimento y el alimento tu medicina”. Una empleada profesional explicó que no perdió la sazón de la casa porque migró con toda su familia, aunque cambió el ritmo de vida:

“Era más saludable, comía mucho mejor, allá hay menos afán y la comida se prepara lentamente” ^{E02F15a41}.

Visiones diferentes sobre la relación entre salud y alimentación emergieron en las entrevistas. La impresión de una estudiante del área de la salud es que la mejor manera de cuidarse es a través de una alimentación sana:

“A mí siempre me obligaban a comer las verduras (...) mamá siempre decía que las verduras eran las que me iban a curar la salud” ^{E12F5a21}.

Otro participante, un estudiante de ciencias exactas y naturales expresó que la alimentación y la práctica de deportes como el buceo eran estrategias para mantener la salud que le permitían estar activo. Por su parte, otro estudiante universitario, quien lleva dos años en la ciudad piensa que la alimentación es mucho más saludable en las islas:

“No se consume mucha comida chatarra, sino comida fresca, hay ventajas para la salud allá” ^{E10H2a18}.

En oposición, varios de los entrevistados estuvieron de acuerdo en que la alimentación de las islas no es saludable, por el contrario, la describieron como pesada, grasosa y tienen la percepción de que contribuye con que aparezcan enfermedades, sobre todo, si las personas no realizan actividad física. Para estas personas es un factor de riesgo aunque reconocieron que es deliciosa. El siguiente testimonio es de un entrenador deportivo que lleva 20 años en Medellín; para él, las comidas típicas son muy pesadas y pocas personas hacen actividad física:

“Las mujeres de allá tienden a engordarse (...) hay mucha tendencia en los hombres a [tener] cáncer de próstata, algunos por herencia, dicen otros que por comer ciertos alimentos que llevan a San Andrés. La comida es muy grasosa, por

ejemplo el rondón que es en leche de coco (...) entonces se come muy rico, pero no se cuidan ni hacen deporte” E13H20a40 .

Otro raizal que se dedica a la pesca relató que él y su esposa tratan de alimentarse de manera balanceada en las islas y en Medellín, pero explicó que le costaba lograrlo con la alimentación de Providencia, donde las preparaciones eran “pesadas” y no llegan variedades de verduras frescas, lo que se traducía en enfermedades:

“La gente de edad sufre más por diabetes y tensión alta, porque comemos mucho pescado salado, rabo de cerdo salado, costilla salada (...) pero la obesidad no es de comida chatarra, es por comer el patacón frito, el pescado frito y el arroz con coco (...) es una comida que nos desarrolla cierto tipo de enfermedades, pero comemos más sano que comer enlatados o comer como el gringo” E04H1a25 .

Los dos participantes anteriores se mostraron preocupados por la calidad de comida que “llevan” a las islas. Un habitante de Providencia tiene la percepción de que la comida norteamericana que se importa en el Archipiélago es dañina, aunque hay productos de Estados Unidos y de otros países del Caribe que llegan al puerto y son más baratos que los colombianos. También describió las características de la comida isleña, algunas nocivas para él como lo salado y lo frito, y destacó a los frutos del mar como la base culinaria: mariscos, langostinos, cangrejos y peces. Otro participante, un empleado informal que vivía en la isla de San Andrés, sostuvo que tener cuidado en el consumo de alimentos es su principal estrategia para cuidar la salud y agregó que el raizal no tiene conciencia de esto:

“El isleño solamente piensa en su plato de comida, en el trabajo y ya (...) Se come un plato de rondón con muchas cosas ahí: está la papa, el plátano, el *domplín* que se hace de harina y muy pocas veces piensa en la salud (...) comen cualquier cosa sólo por comer y no por saber qué es proteína, o vitamina, o carbohidratos, o cosas así para el cuerpo (...) Tú le hablas a un isleño de ejercicio, no te presta atención; tú le hablas de comida, él viene y sí te presta atención” E15H4a24 .

Entre los platos típicos de las islas, los entrevistados destacaron el rondón que consiste en una mezcla de filete de pescado, caracol, yuca, ñame, pitiel o cola de cerdo, plátano cocido y *domplines* (tortillas de harina); todo esto bañado y cocido en leche de coco con pimienta y aderezos. También son comunes los platos que tienen como base al caracol en sopas y ensaladas, el fruto de pan y las tortas dulces de ahuyama, maíz y banano.

Pero distintos participantes expresaron preocupación por la poca disponibilidad de alimentos y los cambios de costumbres alimentarias: las comidas rápidas o chatarra, la pérdida de las preparaciones lentas, el poco aprovechamiento de nutrientes y la mala calidad de las provisiones con que se abastecen las islas. Para la siguiente estudiante

universitaria de Providencia, los alimentos llegan primero a San Andrés, donde primero se abastecen los hoteles y restaurantes:

“No tenemos seguridad alimentaria (...) en Providencia la fruta llega podrida (...) el barco que salió de Cartagena o de Barranquilla para San Andrés se demora de 3 a 5 días, luego tienen que hacer el traspaso del alimento a otro barco y hasta que llegue a Providencia esa verdura (...) ¿En qué estado llega ese alimento, qué estamos consumiendo los providencianos y sanandresanos?” ^{T2dvc}.

Como concepto de salud, los raizales perciben que están perdiendo la cultura culinaria isleña. La relación entre salud y alimentación involucra la protesta por las condiciones económicas de las islas, donde el consumo es alto, los recursos limitados y hay presión en el abastecimiento por la sobrepoblación y la demanda del sector turístico. Por su condición geográfica, las islas se ven afectadas por su lejanía de la costa colombiana, aunque también hay suministro gracias al comercio con otras naciones.

A continuación se abordan las dimensiones mágica y religiosa de la salud, construcciones sociales que se suman a las mencionadas concepciones de los raizales. La relación entre socialización y salud aporta al análisis del reconocimiento de los saberes no hegemónicos, pues los conocimientos ancestrales y alimenticios de los raizales, que se expresan en cuidados caseros y otras prácticas de salud, están en la periferia del modelo de desarrollo y de salud colombiano. Esta ubicación más que geográfica es ideológica, se trata de una marginalidad en el proyecto de nación, donde el abastecimiento de alimentos de calidad no es una prioridad y las islas interesan solo por su valor comercial y turístico. Con la migración cambia la intensidad de estos conceptos de salud pues al cambiar la vida, varía la alimentación, el relacionamiento con los otros y las estrategias para recuperar o mantener la salud como se expone adelante.

e) Concepto mágico-religioso de la salud

Para distintos raizales la salud tiene un carácter mágico o religioso, para unos es un don divino, su fe, y otros indicaron que es de origen mágico. La vida en las islas se caracteriza por la diversidad de cultos religiosos. En los raizales predomina el protestantismo debido a su herencia colonial inglesa (20). La biblia es el texto sagrado de las distintas vertientes protestantes, en su mayoría bautista y adventista, donde aparecen las pautas de vida que establece Jehová o Yahvé.

La salud propia, de los seres queridos, la vida y el cuerpo son regalos de Dios para varios raizales. Estos participantes manifestaron agradecimiento por lo que les fue dado y su

deber de mantenerlo; así lo expuso un estudiante de ciencias exactas que se describió como creyente, más no practicante en algún culto, para quien las iglesias están desacreditadas, aunque se acostumbró a leer la biblia por su cuenta:

“La salud es algo que fue entregado a cada persona y que es responsabilidad de cada uno conservarla (...) es algo que nos fue entregado por Dios, es la vida y te dio un cuerpo que debes cuidar (...) él te dio los signos vitales, los ritmos cardiacos, ciertas cosas que tú debes mantener” ^{E14H2a23}.

Para distintos participantes la salud está en las “manos de Dios”, quien decide sobre la vida y la muerte, cuidarse significa un mandato divino en correspondencia y agradecimiento por los dones entregados. La salud aparece para ellos como la posibilidad de llevar la vida según preceptos religiosos. Giovanni Berlinguer brinda elementos para este análisis: “en muchas religiones se afirma en cambio que los dolores y los padecimientos son un signo de elección: un don divino, una señal particular de amor de dioses, un medio de salvación” (67). Así la enfermedad aparece como un castigo celestial que se supera a través de la fe, por ejemplo con la oración y el seguimiento de los mandamientos o leyes divinas. Para un estudiante de un pregrado en ciencias sociales y humanas, la salud depende de las relaciones que se establecen con otras personas, consigo mismos y con Dios. Desde su punto de vista predomina la dimensión espiritual de la salud:

“[La salud] desde lo espiritual diría yo que tiene que ver mucho con la convivencia, no solamente personal, sino con las demás personas, con Dios, con mi temperamento y mi carácter” ^{E15H4a24}.

Otro matiz le dio un hombre que extraña la religiosidad de la vida en las islas y la congregación de su familia alrededor de la fe bautista, y aunque él crea en el rastafarismo³³, rescató el poder conversar sobre la biblia con cualquier persona, sin importar su confesión:

“Nosotros vivimos de nuestra fe, no vivimos de ninguna empresa o un imperio, vivimos de fe” ^{E04H1a25}.

Anteriormente este pescador de Providencia criticó el modelo de desarrollo instalado en las islas y reivindicó el de la cultura raizal con sus conocimientos propios y su religiosidad. Como él, diferentes participantes manifestaron que la fe bastaba para vivir bien o por lo menos, para sobrevivir. A propósito, otro de los participantes mencionó que la confianza

³³ Véase la nota al pie en la página 52.

en Dios permitía llevar un modo de vida tranquilo, para él, los raizales no se preocupan tanto por su salud o su economía porque:

“Dios proveerá”^{E01H1a31}.

Para este profesional que está cursando un segundo pregrado en la ciudad, el isleño es tranquilo porque puede entregarle sus problemas de salud y expectativas económicas a un ser supremo. Durante uno de los talleres de devolución para la validación y complementación, enfatizó en que no lo había pensado de esa manera durante la entrevista individual realizada meses atrás; pero que era un concepto que englobaba a los demás porque Dios está en el centro y es el origen de la salud.

En cambio, una joven que se dedicaba al estudio y a la evangelización en las islas como misionera, opinó que mantener la salud es una manera de agradecer a Dios y dar testimonio de sus bondades. Ella participó en la fundación de un templo en un barrio de escasos recursos en San Andrés y viajó para predicar su credo en distintos pueblos de la costa atlántica colombiana. Cuando vivía en las islas era líder de jóvenes en su congregación, para ella un espacio propicio para realizar actividades que contribuían con la salud:

“Como el tema religioso es como tan pesado, hacíamos salidas, tratábamos de que fuera muy sano todo (...) mis papás, gracias a Dios, tampoco sufren de alguna enfermedad (...) estaba muy metida en la iglesia porque nací en una familia cristiana”^{E03F9a26}.

Estas personas indicaron que la religión está arraigada en sus familias y en su comunidad como un rasgo distintivo del ser raizal. También manifestaron que hay tolerancia religiosa entre las distintas congregaciones, cristianas y no cristianas, protestantes y católicas.

Entre los participantes que se refirieron a la dimensión religiosa de la salud, algunos destacaron que la mujer asume el rol de cuidadora y de depositaria de los conocimientos ancestrales. Un estudiante universitario explicó que mientras los hombres se dedican al trabajo, tradicionalmente a la pesca, las mujeres de su familia son las que preparan los alimentos y cuidan al grupo familiar en una tradición que ha sido religiosa:

“La religión preponderante es el protestantismo, entonces la división en el hogar siempre ha sido a base de eso. La madre que amamanta a los hijos, que está en casa, que cuida los enfermos, que sabe los brebajes, que sabe ese tipo de cosas”^{E06H5a22}.

De otro lado, algunas personas expresaron ideas de salud relacionadas con lo mágico, específicamente con la práctica del vudú, una mezcla de aspectos del cristianismo y de las

religiones africanas que se caracteriza por practicar sacrificios rituales. La idea de la magia y sus poderes en el cuerpo y en la mente de las personas ha estado presente en todas las culturas de Europa, África y América. Según Giovanni Berlinguer en sus reflexiones sobre la enfermedad, esta deriva de la violación a un tabú, o de un sortilegio mágico que obliga a la expiación. “La cura del shaman, el médico primitivo, consiste a menudo en extraer del cuerpo, simbólicamente, el objeto que ha provocado la enfermedad” (67). Para explicarlo, un participante que vive en Providencia lo comparó con la dimensión biomédica:

“Creemos en la brujería porque existe el vudú, creemos más en eso que en el doctor”^{E04H1a25}.

Según él, han ocurrido incidentes en su familia relacionados con la brujería. Nunca olvidará, tal cual relató, que su tía llevaba seis años sufriendo de los riñones y los médicos no podían identificar qué le pasaba, sin disminuir su padecimiento:

“Los médicos, que le hacen tanto examen, no le pudieron conseguir nada. Mi primo la llevó donde un chamán y este le dijo que era un veneno que ella tenía en el cuerpo y que se lo estaban dando poquito a poquito”^{E04H1a25}.

Además contó sobre un niño de su familia, al que le hicieron quimioterapia pensando que tenía cáncer, pero finalmente un rezandero lo pudo sanar. También explicó que un tío suyo de casi 70 años había practicado magia negra con un libro africano popular en su época, llamado “Black Arts”³⁴ y con este exploraba en las “energías del espíritu”.

“Tú llegas y te cuentan una historia, que a este lo envenenaron, que lo mataron con hielo molido (...) En Haití, si tú ves en todos los lugares donde se practica la magia negra hay miseria, por eso la gente de Providencia le dio miedo y dejó de practicar. Las familias lo utilizan para amarrar al otro: las mujeres, por ejemplo, si tú eres muy testarudo, ellas entre mujeres hacen sus trabajos y amansan al hombre”^{E04H1a25}.

De manera similar se refirió el siguiente raizal, quien vivió durante 17 años en San Andrés, y que piensa que la brujería se relaciona con la salud por el poder que tiene una persona que le hace mal a otra. Según él, en esta práctica son comunes los motivos pasionales o de celos. Le pasó a una tía suya que deliraba, hablaba incoherencias y lloraba mucho; los médicos la habían tratado sin éxito:

“Estuvo muy mal, con fiebres, postrada en la cama, decían que le habían hecho un rezo de magia negra y ella soñaba con una mujer de allá, amiga de unas hechiceras”^{E16H8a25}.

³⁴ Traduce *Artes Negras*.

Para estos participantes la magia negra es un conjunto de conocimientos y prácticas que tienen poder sobre la salud de las personas. Durante uno de los talleres de devolución para la validación y complementación, algunos raizales indicaron que ellos no creían que esta dimensión de la salud fuera real, aunque reconocieron que estas ideas son comunes entre los isleños, sobre todo, personas de edad avanzada.

Los conceptos mágico y religioso aluden a una dimensión extraordinaria de la salud, bien sea como don divino o por su origen mágico, coexisten con las distintas concepciones mencionadas. Los raizales pueden llevar su fe donde migren pero las condiciones para practicarla no son las mismas en una ciudad de tradición católica y donde la manera de congregarse de los protestantes no es la misma que en las islas. Por otro lado el vudú que se practica en el Caribe poco se encuentra en Antioquia, donde hay otras tradiciones de hechicería. De manera amplia, las distintas concepciones de salud se modifican y mantienen con distinta intensidad durante su vida en Medellín como veremos a continuación.

3.3. Vida en Medellín y conceptos de salud

Anhelar la tranquilidad y el mar, acelerar el ritmo de vida, mantener el equilibrio, evitar la enfermedad, llevar un estilo de vida saludable acorde con las exigencias de Medellín, tener fe, variar la dieta, adaptarse a un nuevo entorno y a la contaminación metropolitana, extrañar a sus seres queridos, acudir a servicios de salud por su cuenta, trabajar, estudiar y disfrutar de las actividades de uso del tiempo libre que ofrece la ciudad: los migrantes miran la vida con lentes distintos que cuando eran nativos.

Los conceptos de salud que se exponen a continuación corresponden a la capacidad de los raizales de asociarlos con distintos aspectos de su vida diaria. Además son una construcción histórica que se modifica según cada sujeto y espacio en que vive. Las concepciones están históricamente determinadas para los raizales por su cultura, su religión, y entre otras por la orientación económica que han tenido las islas y que configuran los modos de vida de hoy, sus tensiones políticas de frontera, su ubicación geográfica y sus relaciones con el Estado. Estos conceptos son modificados por cada uno según las actitudes, normas y valores del nuevo lugar de residencia.

Teniendo en cuenta que las personas no viajan solo por gusto, sino por necesidad o por obligación, el movimiento migratorio de raizales a Medellín revela múltiples realidades sociales: choque cultural, colonización, inequidades, pobreza, centralismo político y económico, falta de oportunidades de empleo y educación, transculturación, desencuentros étnicos y la re-conceptualización del término salud.

Los procesos migratorios se ven favorecidos por la intensificación de la movilidad y de los medios de comunicación, donde interesa “cómo a través de las rutas viajan sujetos colectivos e individuales que plantan sus raíces en nuevos territorios dando lugar a procesos culturales” (78).

a) Diversidad de concepciones de salud en la ciudad

La comprensión de un término tan amplio como salud representó para los isleños raizales exponer una diversidad de nociones según las circunstancias de reorganización de su vida. Al migrar a la ciudad, los raizales incorporaron, reafirmaron y mezclaron las ideas de salud que traían con las relacionadas con su vida cotidiana, según características como tiempo de haber migrado, orientación vocacional, edad o las actividades a las que se dedican.

Una de estas concepciones de salud es que garantiza la “vida plena”. Desde el punto de vista del siguiente estudiante del área de las ciencias exactas, la esperanza de vida es un indicador del logro de la plenitud; para él, la salud es:

“Primordial para la vida y muy importante porque sin salud no vas a vivir una vida plena y necesario hoy en día, entre una mejor salud tenga uno, más años de vida va a vivir” ^{E05H5a23}.

A la hora de concebir a la salud como la relación con la enfermedad y el sistema de atención, este raizal que lleva 5 años en la ciudad protestó por las barreras de acceso a los servicios. Como él, varios de los participantes que llevan mayor tiempo de migrar reconocen barreras en los servicios en salud de Medellín, por ejemplo algunos de ellos perciben que conseguir las citas por teléfono es más difícil. De modo que este participante relató una experiencia de acudir al servicio de urgencias aunque no lo atendieron, pero le recomendaron que fuera, en medio de la lluvia, a otro punto de atención en el centro de la ciudad, donde tuvo que esperar por la congestión en las citas prioritarias, mientras sentía presión por faltar al trabajo donde realiza las prácticas académicas necesarias para graduarse:

“En salud, sinceramente, yo no he visto el cambio. Para mí sigue siendo el mismo sistema como siempre (..) me tocó ir a la clínica de la EPS a la que estoy afiliado y la verdad si me vuelvo a enfermar así otra vez, prefiero quedarme en la casa porque perdí el tiempo estando enfermo” ^{E05H5a23}.

En cambio, los participantes que se dedican al área de la salud reafirmaron su visión como ausencia de enfermedad y valoraron su relación con los servicios de atención para

recuperarla. La siguiente profesional de la salud que se dedica a la rehabilitación en una institución de alta complejidad y a la educación continua en su área, lo explicó así:

“Es similar en el sentido de que no me he visto afectada aún por condiciones extremas de enfermedad como tal o que me haya faltado la salud, no he tenido que recurrir a ese tipo de estrategias como tal” ^{E08F7a24}.

Otro matiz se encuentra en estudiantes y profesionales de áreas distintas, quienes rescataron la dimensión de la salud como el disfrute de la vida de manera integral, como el equilibrio entre la salud física y mental, y como el bienestar que les permite realizar actividades o cuidar de sí mismos y sus familias. Uno de ellos indicó que es indispensable para concretar su proyecto de vida:

“¿La salud? Como estudiante me parece que es fundamental porque si uno tiene buena salud, tiene la capacidad de vivir la universidad a un 100%. Salud física como mental van de la mano porque con la salud mental podemos analizar lo que estamos recibiendo en la educación y con la física vamos a estar más animados a hacer las actividades” ^{E01H1a31}.

Y es que distintos participantes indicaron que la preparación educativa y laboral exige tener salud. Algunos introdujeron el concepto de “calidad de vida” como una manera de integrar aspectos como la salud, la vivienda, los recursos económicos y la posibilidad de trabajar o estudiar. Una estudiante de las ciencias exactas y naturales reconoció que la enfermedad la sacaba de su rutina, por eso prefería automedicarse y seguir en sus labores cotidianas que asistir a los servicios de atención, así lo expresó:

“Si uno no está bien de salud pues no rinde, no tiene una buena calidad de vida, pues eso, la salud es la calidad de vida (...) Sí, uno se automedica, porque yo no voy a perder un día entero sentada en una EPS, sabiendo que tengo mil cosas que hacer. Ya cuando uno va es que no se aguanta el dolor” ^{E07F4a21}.

A través del lente de los raizales, la mirada sobre el concepto biomédico como la relación con los servicios de atención aparece contradictoria: aunque hay una mayor disponibilidad de estos en la ciudad, su acceso no se concreta o no cumple con sus expectativas. Para algunos la enfermedad es la pérdida del equilibrio que impide la tranquilidad; para otros es consecuencia de llevar un estilo de vida poco saludable. Un líder estudiantil de un pregrado de las ciencias sociales y humanas manifestó que lo demandante de la vida universitaria condujo a la gastritis, a la obesidad y a cambiar la vida de deportista de alto rendimiento en las islas por un estilo más sedentario. Para él significó una pérdida de la responsabilidad con el cuidado de sí, sobre todo por el cambio en su alimentación, de

comer preparaciones caseras y harinas en las islas a comidas rápidas y grasas durante su vida en la ciudad:

“Últimamente tuve problemas serios producto de la obesidad, aunque yo me hago controles regulares también, no es que sea irresponsable del todo, he tenido que sacarle tiempo al ejercicio pero no es una prioridad para mí porque están otras cosas que sí lo son y en ese sentido no hago mucho para mi salud”^{E11H5a22}.

Para otras personas esta preocupación por la responsabilidad del cuidado de sí está relacionada con la libertad de elegir entre factores protectores y de riesgo, por ejemplo entre fumar y no fumar. Por otro lado, el cuidado es una de las estrategias vitales para el mantenimiento de la salud, “se fundamenta en los aprendizajes socioculturales y, por tanto, en las interacciones que se desarrollan entre los sujetos” (79). Por su parte, quienes valoraron la salud como algo “entregado por Dios” comparten la opinión de la responsabilidad en el cuidado y destacaron las bondades de llevar un estilo de vida saludable. Algunos participantes dijeron incorporar estos estilos gracias a las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que hay en la ciudad, con énfasis en ámbitos universitarios y entre quienes llevan más tiempo viviendo allí:

“Acá se nota que la gente sí está interesada por la salud. Es como un incentivo dejar la vida sedentaria y es algo que yo aprendí acá. En San Andrés practicaba la natación porque me encantaba; en cambio acá te hacen ver muchas opciones: está la ciclovía, el gimnasio, el Inder, me hacen ver a la salud como algo más que se debe integrar a mi estilo de vida porque es óptimo, lo más adecuado”^{E03F9a26}.

El relato anterior corresponde a una profesional sin empleo, que usa su tiempo libre para hacer deporte o subir a un cerro, quien piensa que la salud es un regalo de Dios y es practicante de su fe, aunque no se congrega con otros raizales en la ciudad. Ella tuvo la percepción de las personas de Medellín como “dinámicas”, “activas” y que “siempre andan trabajando”. Distintos participantes concordaron con ella en que los isleños son “más lentos para hacer las cosas”.

Otros participantes destacaron la posibilidad de acceder a chequeos médicos regularmente por la afiliación al sistema de salud o por beneficios de bienestar universitario. Hubo quienes valoraron el ejercicio en la ciudad como una manera de liberar energía y evitar las enfermedades, específicamente cuidar la salud mental.

Distintos participantes identificaron modificaciones en las concepciones de salud con el paso del tiempo en la ciudad. Algunos de ellos perciben que “ser saludable”³⁵ es una

³⁵ Como se expuso en la página 78.

exigencia social en Medellín. Otros explicaron que reafirmaron los conceptos biomédicos con las nuevas costumbres, ritmo de vida y dinámica de ciudad. El siguiente entrenador deportivo expuso las diferencias entre los raizales jóvenes y los adultos cuando se refirió a las modificaciones de sus nociones de salud:

“Ya que tengo cierta experiencia veo las cosas desde otro punto de vista porque estoy entrando a los 40 años ¿cierto? Cuando uno está joven no le presta atención a nada, come parejo porque yo lo hice, rumbié y comí de todo, ya uno se cuida más en la sal, el azúcar, las grasas, es saber entender y manejar ese equilibrio para que tu salud esté estable y te puedas desarrollar y desempeñar bien” ^{E13H20a40}.

Este raizal que lleva 20 años en la ciudad expresó que la salud representa el equilibrio que le permite desempeñarse como docente en el área deportiva, donde ha entrenado con otros migrantes en Medellín que practican softbol o béisbol. Como él, los participantes que llevan más de 5 años en Medellín relacionaron la salud con conceptos biomédicos, a partir de los discursos de promoción de estilos de vida saludable y de la posibilidad de “funcionar” en el trabajo. Desde la perspectiva de un joven trabajador informal con cuatro años en la ciudad hay diferencias entre los raizales y los otros habitantes de Medellín, que para él son más abiertos a los discursos de vida saludable:

“La salud es lo primordial para la vida de nosotros. El raizal no entiende eso y es algo que debería llamarle la atención a los raizales que están aquí, por ejemplo con charlas y talleres de salud, para que ellos puedan cambiar esos hábitos alimenticios” ^{E15H4a24}.

En cambio quienes migraron recientemente resaltaron las concepciones ancestrales de la salud y del modo de vida en las islas. Por ejemplo, el siguiente estudiante universitario destacó la alimentación isleña, añoró el mar y el entorno menos contaminado; evocó los jardines de las casas y los cuidados de su familia. Además de estudiar, labora eventualmente en la informalidad y percibe un ritmo de vida más acelerado:

“Cuando uno va en la moto, no quiere respirar a fondo porque uno siente pura tierra, contaminación, entonces eso ha sido un cambio muy grande en la salud, eso debe afectar, uno inhalando eso a diario, acá en Medellín” ^{E14H2a23}.

Otras personas concordaron en identificar una mayor contaminación en el entorno y perciben que incidirá en su salud de cara al futuro. Una estudiante del área de la salud que lleva cinco años de vida en la ciudad piensa que ha aumentado su predisposición a las enfermedades por la contaminación:

“Alguna enfermedad respiratoria por ejemplo por el smog o alguna enfermedad crónica”^{E12F5a21}.

En cuanto a los raizales que acaban de migrar, varios perciben diferencias en cuanto a la relación entre socialización y salud. Quienes valoraron los conocimientos aprendidos en la familia y describieron una relación de desconfianza con las instituciones de salud en las islas, manifiestan en Medellín un cambio en los vínculos sociales y en las estrategias para recuperar la salud. Uno de ellos es un estudiante universitario que vive en una pensión estudiantil, que acude a la automedicación y a quienes viven con él cuando pierde la salud:

“Ha cambiado la visión en cuanto a la calidad del servicio. Todos saben que en las islas no es el mejor, de ahí viene el hecho de no querer acudir al servicio y aquí uno siente más seguridad de la preparación del personal médico y del servicio porque en la isla son muy negligentes con la atención”^{E10H2a18}.

Para un pescador que solo lleva un año de vida en la ciudad, su mayor preocupación es enfermarse fuera de las islas. Recién llegado pasó por un padecimiento, pero un atraso en el pago de su EPS impidió que lo atendieran como lo necesitaba, luego se complicó y tuvo que pagar la atención con los pocos recursos que contaba:

“No era miedo a la enfermedad, era miedo a enfermarme lejos de la isla, porque cuando tú te enfermas allá, al menos hay alguien para decirte: ¿cómo te sientes hoy? Pero aquí con mi esposa, ¿cómo me voy a enfermar? Yo le digo a ella, si me enfermo quiero volver a la Isla, si yo me voy a morir, yo me muero en la isla, porque aunque sea con dolor soy feliz viendo a los demás”^{E04H1a25}.

En este testimonio el miedo de enfermarse se expresa como un anhelo regresar a las islas y recuperar el acompañamiento de los familiares. Otro raizal con dos años de haber migrado, concibe a la salud como un don divino y conserva la costumbre de preparar y servir platos isleños. Él declaró una mayor apertura al consumo de medicamentos durante su vida en Medellín, algo que en las islas era limitado por la prescripción, la disponibilidad y el costo:

“Allá por lo general uno no toma pastillas (...) No es como aquí que joden mucho por fórmula médica. Allá, que tengo aquí el dolor, le inyectan diclofenaco en cualquier lugar, eso le quita el dolor enseguida. Aunque pienso que los medicamentos son costosos allá”^{E14H2a23}.

Al decir que lo inyectaban en cualquier lugar de las islas, este estudiante universitario se refirió a las farmacias y a una familiar suya. A pesar de una mayor disponibilidad de

medicamentos, este raizal trata de recuperar los cuidados caseros: si no sabe cómo reaccionar ante la pérdida de la salud entregada por Dios, llama a la mamá y ella le dicta un remedio por teléfono. Esta es una similitud entre los estudiantes universitarios, para quienes comunicarse con los padres y regresar a las islas es más fácil que para quienes trabajan. Por ejemplo, otro estudiante universitario que lleva cinco años en la ciudad trata de recuperar el conocimiento ancestral cuando lo necesita. Días antes de la entrevista requirió un procedimiento casero para el dolor de estómago en medio de la noche y la madre le recomendó beber bicarbonato de sodio. Él extraña el jardín de su familia y sus plantas medicinales:

“¿Cómo consigo el brebaje? La mayoría de las veces se intenta hacer, por ejemplo hay ciertas plantas aquí que son de allá, [dice una palabra en creole]... espera, ¿cómo hace uno para trasladar el nombre de esa planta en creole al español? ¡Eso es una odisea!”^{E06H5a22}.

Diferente manera de ver la recuperación en salud tienen los profesionales y estudiantes del área de la salud. Ante la enfermedad, un estudiante declaró que en las islas acudía primero a sus padres y luego a un médico conocido, mientras en Medellín:

“Primero trato de ver qué es lo que tengo. Si necesito asesoría voy a las citas de la EPS; si no, la automedicación dependiendo de los costos, de pronto elegir una guía clínica y ya”^{E12F5a21}.

Por su estudio, ella tiene acceso a las guías clínicas, aunque su familia sigue siendo el enlace con el sistema de salud, pues a veces llama a su padre en las islas para que le consiga una cita por teléfono en Medellín, por lo difícil de comunicarse con el *call center*.

Mientras va pasando el tiempo de vida, varios raizales identificaron que ganaron autonomía respecto al cuidado de la salud. Uno de ellos es un estudiante universitario, para quien los 5 años de vida en Medellín le han permitido valorar el cuidado de sí:

“Tengo que valerme por mi mismo porque mis papás no están para atenderme, no hay una persona encargada, entonces yo decido sobre mis hábitos, a qué horas como, si tengo plata para hacerlo o no”^{E11H5a22}.

Distintos estudiantes universitarios se refirieron a los pocos recursos económicos que disponen, muchos de ellos viajaron con el apoyo de sus familias, algunos con becas del Plan San Andrés³⁶, las cuales cubren algunas necesidades. Ante esto, hay quienes están obligados a estudiar y trabajar, otros deben ajustarse al presupuesto. Uno de ellos que es

³⁶ Política del Gobierno Nacional para las islas tras el fallo de la Corte Internacional de Justicia de La Haya de 2012.

estudiante y trabajador informal indicó que la salud permite superar los condicionamientos económicos:

“¿La salud? Yo la defino como algo muy importante, vital, porque el hombre puede tener riquezas y lo que quiera, pero si no tiene salud, nada vale la pena. Para mí la salud es algo integral porque sin salud no podemos hacer nada”^{E15H4a24}.

Otra modificación recurrente se presentó en la relación entre la salud y la alimentación. Para una profesional que viajó junto con su familia, la cocina de su casa cambió bastante. También hubo participantes que manifestaron que los conocimientos adquiridos en la universidad los llevaron a cuidarse en la alimentación y con una nueva dieta, algunos de ellos perdieron peso. Otros que llevan menos tiempo en la ciudad extrañaron la comida isleña:

“A pesar de que esto sea muy urbano, uno trata vivenciar las cosas pequeñas como en la isla. Por ejemplo cocinar, cuando uno hace cosas que saben a lo que comía allá, por eso intento cocinar yo mismo, para no perder la sazón. Cuando me mandan pan isleño, uno lo disfruta mucho, es como si me mandaran un regalo de navidad”^{E01H1a31}.

De otro lado hay quienes no se acostumbran a la comida de la ciudad, la cual perciben como repetitiva, pesada y procesada. Para una estudiante de ciencias exactas y naturales, este es un cambio respecto a la isla, donde es más usual la frescura de los alimentos, pues pasan del árbol a la olla; así se refirió:

“La salud depende de lo que tu comes, eso lo tengo muy claro. No solo es la forma de cultivar el alimento, sino la forma en que se procesa, los conservantes, los aditivos, todo eso que muchas veces el cuerpo del ser humano no se adapta a tanto químico”^{E07F4a21}.

De lo biomédico a la alimentación, pasando por distintos conceptos: para la cultura raizal no existe una dimensión única de la salud, al contrario adquiere múltiples matices que responden a las dinámicas propias del grupo étnico en su vida cotidiana (motivo de migración, tiempo de migración, regreso a las islas de manera regular o esporádica, contacto con el área de la salud, vínculos familiares y sociales). Estos distintos componentes del concepto de salud “abarcen lo subjetivo, lo objetivo referido a la funcionalidad orgánica y lo adaptativo que atañe la integración bio-sico-social de las personas, lo cual lleva a entender la salud como un proceso dinámico entre el sistema biológico y la percepción de bienestar en su más amplio sentido, respetando la unidad funcional del individuo” (2).

b) Trabajar en la ciudad – ¿Por qué no volví a trabajar en las islas?

En ese mundo en movimiento que supone la migración, los participantes se refirieron al trabajo y a la educación como aspectos cotidianos que determinan la manera de ver la salud. Las pocas oportunidades que hay en las islas en trabajo y educación son un motivo de “expulsión” para los migrantes. De otro lado, la variada oferta que tiene la ciudad en estos campos es un motivo de “atracción”. Los participantes se diferencian entre quienes trabajan y quienes no. Mientras unos deben trabajar para mantenerse, otros esperan graduarse para poder hacerlo. No obstante hay quienes están sin empleo, como un pescador o una profesional recién graduada. Más hay otros que estudian y laboran para poder sostenerse, como son los trabajadores informales o temporales. Por otro lado, varios de los estudiantes manifestaron su preocupación por no estar afiliados al sistema de seguridad social, al no contar con un trabajo estable. Sin embargo, muchos de ellos son beneficiarios de sus padres, quienes los sostienen económicamente.

También están los que se graduaron y ejercen su profesión en áreas como las ciencias de la salud, las ciencias humanas y sociales, y las ciencias exactas y naturales. El área a la que se dedican incide en la manera en que conciben la salud como se ha mencionado antes, siendo los raizales que se dedican al área asistencial quienes resaltaron más los conceptos biomédicos, pues manifestaron la necesidad de llevar un estilo de vida saludable y definieron a la salud como vocación de ayudar desde las instituciones de salud. Para algunos esto representa un choque cultural con los familiares isleños que tienen los conocimientos ancestrales³⁷.

Quienes se dedican al trabajo reconocen que la salud es, ante todo, la capacidad de poder desempeñarse, de realizar actividades, lo que les permite estar activos y dinámicos. Para algunos el trabajo es explotación. Un trabajador informal opinó que la salud era lo que le permitía trabajar y estudiar, a cambio percibe un desgaste por su ritmo “agotador” y apuntó que trataba de cuidar su salud en la medida de sus posibilidades económicas, pues es cabeza de hogar.

Para distintos participantes cumplir con las exigencias de “llevar un estilo de vida saludable” es difícil por falta de tiempo para la preparación de alimentos o para realizar actividad física, y por falta de dinero para comprar comida variada y de buena calidad. Otros opinaron que era tan difícil conseguir una cita médica como el permiso laboral para asistir. Una profesional con 15 años en la ciudad, quien realiza rumba aeróbica regularmente, expuso un problema de falta de compañerismo laboral a la hora de acudir al servicio de citas prioritarias:

³⁷ Como lo expuso en la página 99 una participante: “es muy difícil que tu vayas y le digas: abuela, eso no te va a hacer nada”.

“Tuve que ir a la EPS por esta gripa que se me complicó y tuve problemas para que me cubrieran en la oficina, ninguna de ellas se acomodó y así uno sale maluco, vea que bien difícil que es ir a la EPS y peor irse indispuerto por el trabajo. Cuando me enfermo, aunque he sido muy aliviada, trato de reponerme y si ya estoy muy mal, voy a consultar al médico” ^{E02F15a41} .

Distintos participantes valoraron el descanso laboral como una estrategia para recuperar aquello que llamaron salud. Algunos protestaron por tener que trabajar estando indispuertos y otros explicaron que era necesario para mantenerse “funcionando”, una concepción de salud de carácter positivista-funcionalista que permite el desarrollo económico y contribuye con el mantenimiento del orden establecido. Uno de ellos expresó el miedo por ser despedido de su trabajo como practicante universitario si se enfermaba a menudo. En los últimos 50 años del siglo XX, la salud aparece en las políticas públicas como el bienestar para que la fuerza laboral sea lo más productiva posible (79). Según Giovanni Berlinguer, el trabajo es determinante de la salud según las relaciones de trabajo, la protección sindical o jurídica, el tipo de actividad laboral, lo indispensable que sea el trabajador y las enfermedades que lo aquejen (67).

Una vez instalados en Medellín, distintos participantes expresaron el anhelo de regresar a las islas, algunos para contribuir con cambiar la situación de pobreza y desigualdad de su comunidad. En cambio hay participantes que están convencidos de que no van a regresar porque su proyecto de vida está en la ciudad y porque en las islas no hay oportunidades laborales para ellos, una posición relatada por la siguiente profesional del área de la salud:

“De las preguntas que todo el mundo me hace: ¿por qué no volví a San Andrés a trabajar? y la razón es porque primero me interesa continuar con la actualización (...) y porque considero que no existen muchos recursos en la isla” ^{E08F7a24} .

Por un lado hay quienes se interesan por contribuir desde su área del conocimiento con la resolución de los problemas de las islas, como es la posición de varios estudiantes universitarios, una de ellas relató:

“Sí, hay unos cuantos médicos raizales pero no se quedan en la isla porque no ven progreso (...) es algo que tenemos que comenzar a quebrar entre los profesionales y los que estamos en ese proceso: tú tienes que volver a mejorar la situación” ^{E07F4a21} .

Por otro lado, para los estudiantes de las áreas de la salud, la alta tecnología, infraestructura y variada oferta de programas educativos en su campo incide en las modificaciones de las concepciones de salud y en las posibilidades de regreso. La falta de plazas de trabajo disponibles en salud hace que estas personas piensen dos veces en la

posibilidad de volver aunque se necesiten especialistas en las islas. Los migrantes protestaron porque el Estado enfatiza en los sectores del turismo y comercio, y esto se refleja en la oferta laboral de las islas. Ante este panorama, una persona que no es del área criticó durante uno de los talleres de devolución que los profesionales de la salud prefirieran no regresar o trabajar en las pocas opciones privadas que hay en las islas:

“Ser médico o preocuparse por la salud del raizal sería ir y atender otras cosas que nunca fueron apoyadas [se refiere a la salud fuera del consultorio], que no estaban en el canon de los estudios, así como fue muy difícil para los primeros isleños que se convirtieron en médicos” T2dvc.

Ante lo que una estudiante del área de la salud replicó que todas las profesiones eran un negocio:

“Espero graduarme en Marzo y uno va a Providencia y le dicen: ¡perfecto! ¿vas a venir a trabajar? Y yo respondo no. No hay ninguna instalación en Providencia ni en San Andrés donde yo pueda trabajar, y eso les pasa a los médicos allá, prefieren traer gente de afuera y conseguirles un permiso de residencia provisional que contratar isleños. Porque el mismo isleño no quiere trabajar, se siente cohibido porque no tienen instrumentos” T2dvc.

Otras personas relataron que lo mismo sucede con raizales que se van a graduar de medicina en otras ciudades del país y quieren hacer su rural en las islas pero deben competir por los pocos cupos con otros practicantes de toda la nación. También explicaron que los profesionales preferían trabajar en una clínica privada en las islas que tenía mayor instrumental que en el hospital departamental ¿Hasta qué punto quienes van en busca de un puesto de práctica están pensando en el derecho universal a la salud o en trabajar en una clínica privada donde puedan desarrollarse profesionalmente? ¿Hasta qué punto se justifica trabajar en un hospital público con una tecnología atrasada y con un servicio, entre comillas, universal? En cambio en Medellín las clínicas públicas y privadas abundan en comparación con las islas.

Sobre esta problemática, otros participantes de áreas distintas perciben que están perdiendo la capacidad de regresar y aportar a la comunidad por las pocas posibilidades de trabajo. Un estudiante de ciencias exactas y naturales explicó:

“Si regreso y no le puedo garantizar una estabilidad a mi familia, entonces no puedo regresar en el fondo y si no puedo regresar, mi lugar en esa sociedad lo va a ocupar otro y es lo que sucede en San Andrés” T2dvc.

Varios de estos participantes piensan que la educación permite solucionar los problemas de su comunidad y consideran regresar, ejercer su profesión y hacer una devolución de los conocimientos adquiridos. El siguiente estudiante de ciencias exactas y naturales se refirió a las contraprestaciones que tienen los becarios raizales:

“Esa era la idea, ver todo lo que podía ofrecerme la ciudad para compartir con mi comunidad, porque yo entré [a la Universidad] como afrocolombiano-raizal, entonces tengo que pagar unas horas allá en mi comunidad, con cualquier actividad que pueda ser útil para ellos” ^{E01H1a31}.

Para participantes que estudian y trabajan en distintas áreas la situación de las islas es una preocupación. Algunos están dispuestos a regresar pero son conscientes de las limitantes económicas, mientras otros tienen su vida proyectada en la ciudad. Unos y otros regresan a las islas con alta o baja frecuencia como se expuso anteriormente, pero no todos estarían dispuestos a radicarse, esa decisión depende de las posibilidades económicas, del tipo de trabajo que pueda conseguir y del nivel de desarrollo tecnológico que tenga su profesión.

c) Raizales remitidos a Medellín

Los migrantes sirven de acompañantes de otros raizales remitidos desde las islas para una atención en salud de mayor complejidad porque deben asistir o están hospitalizados en alguna institución de la ciudad. En palabras de una mujer trabajadora que vive con una familia numerosa:

“Siempre hemos recibido visitas y sobre todo por gente que llega enferma, que viene al médico, entonces nos ha tocado buscar espacios para que los atiendan aquí, acompañarlos a las citas, conseguir los tiquetes para que los manden en avión” ^{E02F15a41}.

Esta es una faceta de la solidaridad isleña frente a las dificultades que implica, para un nativo enfermo y su acompañante, viajar a una ciudad que no conocen, con escasos recursos económicos, donde hay un migrante que puede darles la mano.

“Yo tengo una prima que venía con una señora a hacerse solo un examen porque en San Andrés no se lo podía hacer. Estando acá le dijeron que tiene que esperar ocho días para que le den la cita. A la señora la van a poner a vivir en un albergue, y cuando tú dices albergue a un nativo, el nativo dice ¿yo cómo voy a dormir ahí?” ^{E04H1a25}.

En este caso el participante protestó ante una pérdida de la dignidad de las personas de su comunidad por cuenta de las barreras de atención en salud. Los migrantes expresaron la necesidad de un lugar específico para la estadía de algunos raizales remitidos y su acompañante. Les preocuparon las barreras en la comunicación que se pueden presentar entre el personal de salud y los raizales por hablar distintas lenguas, lo que puede afectar fundamentalmente a las personas mayores:

“Esos que casi no hablan español normalmente están acompañados por familiares o conocidos que sepan hablar, pero eso se ve en las personas viejas o en aquellos que no han salido, (...) hay gente que no se preocupa por aprender el idioma, pero por lo general siempre deben estar acompañados”^{E05H5a23}.

La solidaridad de los raizales se expresa en esa red de migración que han conformado y que acoge a quienes han perdido la salud. Como en otros lugares del país, en Medellín se presentan desigualdades sociales e inequidades para acceder a los bienes y servicios que el Estado y la sociedad ofrecen para los distintos grupos poblacionales, que además no gozan de las mismas garantías ni oportunidades para ejercer sus derechos.

d) La salud ¿un derecho?

Distintos participantes conciben a la salud como el derecho a vivir bien aunque tanto en las islas como en la ciudad se les impide ejercer. Un estudiante universitario que acaba de cumplir la mayoría de edad expresó su concepto de salud en la ciudad:

“Cómo un derecho a vivir bien (...) a tener la libertad de expresarse por ser raizales (...) a no tener problemas, enfermedades y ese tipo de cosas, estar bien. Como algo que todo el mundo, se supone, debería acceder. Muchas veces uno cree que las personas acceden, pero a veces se discrimina”^{E10H2a18}.

Para este participante, la salud es lo que le permite estudiar en Medellín y disfrutar de la vida en las islas durante los dos periodos de vacaciones que tiene al año. De modo que ejercer el derecho a la salud se conecta con el derecho a la educación en una universidad pública y la libertad de expresarse, pues opinó que faltaba que la ciudadanía reclamara sus derechos, pues había “indiferencia” respecto a la “salud del raizal”, tanto en Medellín como en las islas. Un reclamo que está relacionado con el servicio de atención de tipo biomédico y con la percepción de la mercantilización de la salud. Lo que se expresa en las tensiones entre las empresas prestadoras privadas y públicas, en la capacidad de pago, en los regímenes diferenciados, en las barreras de acceso, en la escasez de especialistas, en las condiciones de trabajo del personal de salud y en la proyección de los estudiantes del

área, en las condiciones de remisión a centros urbanos de alta complejidad, en la falta de recursos económicos para abastecer con alimentos de buena calidad a las islas y en la necesidad individual de tener ingresos suficientes para vivir como migrantes en Medellín. De manera que distintos participantes perciben que hay una pérdida de su dignidad como ciudadanos y una la falta de voluntad política para que se mejore la situación. Uno de ellos expresó:

“[sobre su vida en Medellín] esperemos que cambie, lo veo muy complicado, siempre es el mismo sistema (...) en la isla la salud es una de las prioridades de los alcaldes pero nunca ha habido esas mejoras”^{E05H5a23}.

En el plano político, varios participantes señalaron que el derecho a la salud se ve vulnerado en medio de la indiferencia social e institucional. La conexión que hizo uno de los migrantes con el derecho a la educación se extiende a otros derechos como son el reconocimiento cultural y la vida. En 1993, la Corte Constitucional advirtió que la satisfacción efectiva e integral del derecho a una vida digna depende del aseguramiento real de otros derechos: “no sólo implica para su titular el hallarse protegido contra cualquier tipo de injusticia, sea esta de índole particular o institucional, sino además tener la posibilidad de poseer todos aquellos medios sociales y económicos que le permitan a la persona vivir conforme a su propia dignidad” (80). ¿La pérdida de la cultura raizal que perciben los participantes en un contexto de colonización y marginalidad no implica también una pérdida de la dignidad de la vida? A pesar de todo, en el preámbulo de la Constitución Política de 1991 se determina como uno de los fines esenciales del Estado colombiano el garantizar a sus integrantes la vida (49).

La exigibilidad del derecho es una preocupación para distintos participantes, entre ellos un estudiante universitario con cinco años en la ciudad, para quien hace falta una denuncia colectiva de la vulneración del derecho a la salud a los raizales:

“Ese tipo de denuncias se han quedado en el aire, el sanandresano no denuncia (...) es algo que está entre nosotros, nunca sale de la comunidad raizal. Alguien habrá denunciado alguna vez un caso, pero no hay una denuncia colectiva, no se han puesto sobre la mesa en las negociaciones con el Gobierno Nacional”^{E06H5a22}.

En este testimonio el migrante se refirió a denuncias sobre las condiciones de vida de los raizales en un contexto de sobrepoblación, exclusión, dificultades para migrar y barreras de atención en salud. Según él, uno de los problemas consistía en la falta de propuestas de los líderes políticos raizales. Para varios nativos, una salida sería lograr un acuerdo integral con el Estado (una alternativa es la expedición del estatuto raizal³⁸) en el que se protejan

³⁸ Véase página 42.

los derechos de cada isleño y se preserven las islas, de manera que puedan defender sus costumbres y así el Estado no se vea exonerado de su responsabilidad de reconocerlos acorde con sus concepciones de salud.

Al profundizar en el punto de vista del participante anterior, la indiferencia de la comunidad se torna en indignación según cada contingencia; para él ha habido una “desatención sistemática del pueblo raizal” a través de su historia, pero esto parece invisible hasta que vuelve a agudizarse la problemática. Ante la poca preparación del tema por parte de algunos dirigentes políticos de las islas, expresó:

“Se siente que hemos llegado al punto de no retorno. Hemos despertado todos y de repente encontramos que lo que era nuestro paraíso se convirtió en una piedra sin salidas, todos saltamos y nos alarmamos y opinamos, gritamos hasta rompernos la voz”^{E06H5a22}.

Hablar del derecho colectivo a la salud alimenta la discusión sobre el reconocimiento de la diversidad cultural en un Estado social de derecho como el que se propone para Colombia. Según Gañán, la concepción del derecho a la salud se debe leer en clave de este tipo de Estado: “como un derecho integral e integrador y bajo la premisa que el derecho a la salud implica la garantía real a gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades, en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general” (72).

El reconocimiento de las distintas concepciones de salud de estos participantes en Medellín, incluida la salud como un derecho y no como un negocio, es una manera de valorar la dignidad de los raizales como sujetos autónomos y de aportar al diálogo de saberes.

3.4. Permanencias y modificaciones de las concepciones de salud durante el proceso de migración

“Se expresaron los medios más eficaces para propender por la colombianización de los isleños y por el mejoramiento de su vida ¿Qué es colombianizar a los isleños? Es el espíritu de cambiar nuestra visión, forma de ser, religión... es todo lo que se pretende” ^{Dc04alp}.

Las nociones de salud manifestadas por los participantes –según las categorías, lenguaje empleado, metáforas, significados implícitos y en la lógica de relación con las condiciones sociales, económicas y culturales– permiten establecer permanencias y modificaciones como una manera de aportar al diálogo de saberes entre los raizales y el personal de salud, y como una forma de reconocer su cultura entre la diversidad de la ciudad.

Lo que involucra la necesidad de un reconocimiento respetuoso del grupo étnico a través de la superación de los estereotipos y de la garantía de sus derechos, ¿cómo dignificar al raizal en un contexto histórico de colonización, exclusión y pérdida de su cultura? Una crítica permite la discusión a partir de la concepción de la salud como un derecho que propusieron distintos participantes: ¿la salud es un negocio acorde con la capacidad de pago de las personas? ¿O corresponde a la concentración de los recursos económicos, tecnológicos, asistenciales y educativos en ciudades como Medellín mientras estas islas periféricas están orientadas al negocio del turismo y el comercio?

No obstante, distintas leyes y sentencias de la Corte Constitucional proclaman el derecho a la salud y consideran al país como pluricultural y multiétnico (49). Siendo el Estado, garante de los derechos ciudadanos, la salud es un deber para él, teniendo en cuenta que es un Estado social de derecho como está plasmado en la Constitución Política, donde la salud como derecho fundamental está anclada en la dignidad humana (72). ¿Qué garantiza el Estado? pues la salud ¿de quién? pues de los que acaso han tenido salud, bienestar, educación, trabajo y una vida digna como son los raizales, personas excluidas, discriminadas y colonizadas a través del tiempo.

Ser participante de este estudio es una manera en que el mismo raizal puede contribuir con la comprensión de las concepciones de salud y también exigir sus derechos. Aunque ¿para qué participar y qué valor tiene una investigación cualitativa en salud sobre migrantes raizales? Pues bien, sin dejar de reconocer que las personas tuvieron sus motivos para hacer parte del estudio, “el hecho de hacer una afirmación sobre la salud tiene tanto de acción como el fumar o el beber. Al igual que sucede con cualquier comportamiento, el planteamiento verbal de una afirmación no tiene lugar en el vacío,

sino dentro de contextos sociales específicos” (5). Participar es además una expresión del sentido de pertenencia con su grupo cultural mediante el auto reconocimiento. De modo que hacer una afirmación involucra necesariamente otras personas como parte de un comportamiento intencional, una consideración que señalan Holy y Stuchlick: “cualquier información verbal tiene que analizarse desde dos puntos de vista diferentes: desde el punto de vista de su contenido y desde el punto de vista de las razones que tiene el hablante para hacer tal afirmación” (81). Por eso tiene sentido analizar las concepciones de salud en la relación de lo individual del migrante, de lo grupal –su cultura raizal– y del contexto social en el que transcurre su vida.

Los conceptos que los raizales tienen sobre la salud tal vez sean diferentes de aquellos que tienen los profesionales de esta área en Medellín y en las islas, pero diferente no debe interpretarse como errado, ingenuo, exótico o antipatriota, pues se estaría recurriendo a la perspectiva de la estandarización de las personas, en la que sus conceptos de salud surgen de la ignorancia y por eso deben ser corregidos a través de estrategias de educación que modifiquen las ideas y los comportamientos. Esto sería promover la colonialidad del pensamiento de la que habla Quijano (48), lo que representa la “adopción acrítica de las ideas vigentes aprobadas por la institución médica” (5).

Tanto las concepciones como los valores y actitudes son modelados por experiencias como la migración y por la interacción con profesionales de la salud, de manera que unas concepciones más tradicionales son sustituidas por otras y resignificadas. Comprender estas concepciones implica un giro en la mirada hacia el respeto de las opiniones de los raizales; significa involucrarlos en las decisiones sobre su propia salud. Al reconocer estas diferencias, la relación con el personal de salud tiende a ser más horizontal ¿Qué entienden por salud los migrantes raizales y qué entiende el personal de las instituciones de salud en Medellín, donde los atienden de manera homogénea?

Las personas raizales realizan una amplia gama de actividades con la idea de mantener la salud o recuperarla, y estas no dependen necesariamente del sistema de atención en salud, por ejemplo: disfrutar del deporte, llevar una vida tranquila, saber alimentarse en la ciudad y en las islas, acudir al mar, cuidados caseros o remedios tradicionales.

La relación entre salud y alimentación permanece con distintos matices: quienes valoran las propiedades de su tradición culinaria (frescura, sabor, ausencia de químicos) y quienes las condenan por considerarla un factor de riesgo. Mientras la dimensión mágica no fue asociada con su vida en la ciudad por ninguno de los participantes, la religiosa se mantuvo entre aquellos que explicaron que es un regalo de Dios, que son practicantes de su fe y que se congregan en distintos sitios de la ciudad. De otro lado, el concepto de salud y

entorno se modificó de modo que las personas protestaron por la contaminación de la ciudad mientras el mar, como “gran medicina”, ya no esté presente (solo como añoranza).

De otro lado, el concepto de la salud como el disfrute de la vida permanece en los dos escenarios, lo que difiere son las actividades a las que se dedican y el contexto social. Algunos participantes tienen la percepción de que el disfrute de la tranquilidad se modifica por el cambio en el ritmo de vida y las exigencias de la ciudad que hacen más difícil la búsqueda de la felicidad. Para otros, salud es el equilibrio que les permite realizar actividades, entre ellas las que motivaron su migración: estudiar en una institución de educación superior, trabajar (funcionar, desempeñarse, rendir, competir) o disfrutar del tiempo libre; actividades con una mayor oferta de posibilidades que en las islas.

Por su parte, en los participantes que hicieron énfasis en la relación salud-enfermedad-atención, el concepto biomédico también permanece, lo que se modifica es la intensidad de la relación entre los participantes con los servicios de atención, lo que implica la reafirmación de estas nociones entre profesionales y estudiantes raizales que pertenecen a las áreas de la salud, en migrantes que han tenido relación con personal de la salud en su familia y con menor intensidad, entre quienes pertenecen a otras áreas. Los estudiantes universitarios de distintas áreas suelen aceptar las premisas biomédicas, como el siguiente trabajador informal que realiza un pregrado en ciencias sociales:

“[La salud] significa mucho por la carrera que estoy estudiando, hemos visto muchas materias como salud ocupacional, formación integral, los profesores nos hablan mucho acerca de la salud y eso me ha motivado a tener más cuidado con las cosas que como y con el ejercicio” ^{E15H4a24}.

Distintos estudios cualitativos sobre concepciones de salud indican que es más probable que las personas de las ciudades que han recibido educación acepten las premisas biomédicas (5). Ante la enfermedad como perturbación de la salud, hubo quienes acuden a los servicios de atención en la ciudad con mayor confianza en comparación con los servicios que disponían en las islas, sin dejar de reconocer que permanecen las barreras en la atención. Una profesional sin empleo se mostró crítica respecto al sistema de salud y educativo:

“¿Qué son las EPS, los hospitales y todas esas cosas sin los estudiantes de medicina, qué son sin los doctores? (...) ¿qué está haciendo la Universidad para influenciar de forma positiva en el sistema de salud? ¿qué están haciendo las facultades de medicina?” ^{E03F9a26}.

Si a todas las barreras de atención en salud mencionadas sumamos la que resulta del diálogo incomprensible entre dos saberes que se desconocen, la etnia termina siendo una

barrera más. Tal vez porque los profesionales de la salud admiten que las cosas son observables, medibles, cuantificables y verificables, sin embargo se encuentran frente a unas creencias que no pasan por ese tamiz. Si un profesional de la salud reconociera esos saberes atados a la tradición cultural, sabría a qué se está enfrentando cuando atiende a un nativo en las islas o al migrante en Medellín.

De otro lado, los conceptos ancestrales de la salud permanecen en la medida en que los raizales pueden revivir su cultura en distintos lugares de encuentro, con sus redes migratorias o acudir de manera restringida a los conocimientos de sus parientes, por ejemplo vía telefónica, o modificada, reemplazando un té del jardín de su casa en las islas por uno del supermercado en Medellín. Como nativos, interactuaban casi exclusivamente con su familia y vecinos, quienes también eran sus compañeros de culto religioso, estudio, trabajo, actividades culturales o de uso del tiempo libre. Como migrantes, la red de relaciones es más abierta y están expuestos a una mayor variedad de opiniones. Para las personas que destacaron las concepciones ancestrales durante su vida antes de migrar, lo biomédico entró a primar en Medellín, por ejemplo en la aceptación de los estilos de vida saludable en su cotidianidad.

Al cambiar la socialización se modifica la manera en la que los raizales conciben la salud, pues si bien ya tenían saberes y valores, estos se permean en la relación con otras personas que tienen otras normas y conocimientos distintos. “Mientras más insular o cerrada sea la red del individuo, mayor es la posibilidad de que las creencias sobre la salud (cualesquiera que sean) se mantengan –a causa de la presión para ajustarse a las normas del grupo– y mayor la posibilidad de que el contenido real de las creencias difiera de la opinión biomédica vigente” (5).

Por más complejas y diversas que sean las definiciones de la salud, para algunos raizales parece que la mejor manera de explicarla es cuando se refieren a lo contrario, pues la dificultad para hablar de la salud es otra permanencia. Se trata de los dos polos opuestos descritos antes: de un lado consiguen realizar con facilidad todas sus tareas, como si ellas ocurrieran de manera espontánea; lo contrario es la enfermedad, donde apenas si pueden cumplir con sus deberes o mantenerse de pie. Una manera de vivir en la que algunos raizales perciben que caminan sobre una cuerda floja, tratando de mantener el equilibrio de eso que comprenden por salud.

La vida en la ciudad no es de tranquilidad o simplicidad, más bien es de multiplicidad y fragmentación como sucede en los grandes centros urbanos, en una época de transculturación como la nuestra, aunque pareciera más exacerbado para los raizales por su historia de colonización inglesa y española durante el periodo colonial, y colombiana durante el periodo republicano. La percepción de los migrantes es que la vida en Medellín

no favorece la tranquilidad según las concepciones de la salud de cada uno: por las exigencias del trabajo, del estudio, por el ritmo de vida, por el cambio en la alimentación, por las responsabilidades del cuidado propio y de este don divino que es la salud. Distintos puntos de vista sobre la multiplicidad de la vida en Medellín involucran también el tipo de trabajo que se tiene, si está afiliado a la seguridad social o no, cómo financiarla, cómo desplazarse en la ciudad, cómo acceder a consultas y a medicamentos, cómo se establecen las relaciones con familiares, amigos y conocidos, de modo que los raizales también valoraron el contacto y la comunicación con personas ajenas a su red migratoria.

Son muchas y distintas las presiones sociales y culturales sobre la salud que reciben las personas a través de medios de comunicación, políticas públicas y campañas de promoción de los estilos de vida saludable. ¿Qué tan fácil es para un raizal alcanzar el completo estado de bienestar que propone la OMS con este modo de vida que lleva en Medellín? O mejor, ¿quieren los raizales alcanzar este estado o solo llevar una vida tranquila? Esto dependerá de las concepciones de salud de cada quien, pues su forma de vida está determinada por muchas otras cosas, entre ellas sus orígenes, valores, sueños y vivencias.

Aquello que los raizales llaman “pérdida de la cultura” se revela también mediante el desplazamiento de las concepciones de salud que tenían como nativos por otras como migrantes en Medellín, lo que corresponde a la pérdida de su identidad en un proceso histórico que ha determinado que su cultura sea periférica y esté subordinada a la hegemónica, la que tiene una concepción de salud dominante. Ante esto emerge un movimiento contrario de reconexión con la raizalidad, lo que significa para los participantes “defender la cultura” en un contexto de inequidad como el que revela el proceso de migración.

El raizal tiene mucho que aportar a lo que se comprende por salud con su visión de tranquilidad y búsqueda de la felicidad, del disfrute de la vida, de la posibilidad de educación, trabajo y vida digna; lo contrario es enfermedad. Se trata de aquello que debemos perseguir los seres humanos, disponer de los medios para alcanzarla y disfrutar del momento preciso. De manera que reconectarse con la raizalidad sea la posibilidad de superar estas condiciones. Una reflexión final la aportó un participante durante uno de los talleres de devolución:

“Se intentó homogeneizar todo y no se pudo porque la cultura está muy arraigada; se sobrevivió” ^{T2dvc}.

4. Reflexiones y recomendaciones

Reflexiones

- Considerar los distintos saberes y la pluralidad de opiniones en salud es una manera de reconocer que la sociedad colombiana está conformada por grupos culturales con ideologías diferentes, cuyas concepciones reflejan la visión que las personas tienen de sí mismos y del mundo.
- Este reconocimiento implica un proceso de des-aprendizaje de preconceptos para valorar otras formas y saberes en salud. De ahí la apuesta por lograr un equilibrio entre la idea del mesianismo intervencionista de la biomedicina –es decir, de aquello que se considera correcto en la tradición científica moderna occidental y donde la Universidad está inmersa– y el relativismo cultural, donde se plantea que todo lo construido en la cultura ancestral de un grupo étnico es lo valorable, pues también al interior de la comunidad se protesta por algunas normas, valores y conocimientos tradicionales.
- El raizal se caracteriza por su solidaridad, respeto por el entorno y tranquilidad, ¿por qué tratar de cambiar su espíritu? Su solidaridad es una faceta que en salud se manifiesta de múltiples maneras: en el acompañamiento de nativos remitidos a la ciudad, en la recolección de dinero a través de la venta de comidas para alguna persona que necesitara recuperar la salud en las islas o en su modelo económico tradicional de producción, intercambio y consumo, respetuoso de la naturaleza, con una concepción sustentable del desarrollo económico, lo que se expresa en la pesca artesanal, las comidas a fuego lento o las posadas nativas para el turismo; es decir, la solidaridad que permite el trabajo y el sustento económico del raizal y de su red de relaciones tanto en las islas como de su red migratoria en Medellín.
- Su modo de vivir tranquilo valora la bioseguridad, la sustentabilidad, la solidaridad pero ¿qué sucede con la soberanía?, en términos del análisis que propone Jaime Breilh sobre los modos saludables de vivir en comunidad, se destacan las cuatro “eses”: Solidaridad, BioSeguridad, Soberanía y Sustentabilidad (74). No se puede hablar de soberanía del pueblo raizal sin desconocer su pasado de colonización y su posición periférica en las políticas nacionales y en el ajedrez geopolítico que se juega sobre su territorio. Tampoco si consideramos la negación de derechos fundamentales como el reconocimiento étnico, la salud y la vida digna.

- La importancia de reconocer estos conocimientos es una forma de expresar el compromiso por proteger, rescatar y preservar la cultura raizal y su relación con el buen vivir.

Recomendaciones

- Reconocer la diversidad de concepciones sobre la salud y su relación con la vida, la enfermedad y la muerte evitaría el etnocentrismo en las personas, en los profesionales de la salud y en los encargados de tomar decisiones sobre políticas públicas. Esto con el fin de buscar que el cuidado y la atención estén acorde con las características culturales de los raizales y así involucrarlos de manera activa. La invitación a las instituciones formadoras del talento humano en salud y a las instituciones prestadoras del servicio, es a reconocer al raizal para que pueda ser atendido de manera diferencial de acuerdo con su cultura y concepciones de salud.
- Se hace necesario considerar el reconocimiento de las concepciones de salud del grupo raizal en la expedición en políticas públicas: locales –en la ciudad de Medellín y en el Archipiélago–, y nacionales como las normas en salud y reconocimiento cultural, entre ellas el “estatuto raizal” que no ha sido expedido.
- Se propone capacitar al personal de la salud de las islas en habilidades comunicativas que puedan favorecer el diálogo intercultural y el reconocimiento de saberes.
- Convendría la expedición de una política pública de reconocimiento del pueblo raizal en la ciudad y una intervención específica en salud que incluya el mejoramiento de las condiciones de atención de raizales remitidos y de los nativos residentes en Medellín.
- Para favorecer la preservación de la cultura entre los migrantes se podrían propiciar lugares de encuentro raizal en la ciudad y promocionar sus actividades culturales y deportivas, entre ellas, la práctica del creole en ámbitos universitarios.
- Si bien los estudios disponibles sobre concepciones de salud son escasos en comparación con los que existen sobre creencias y actitudes ante la enfermedad, revelan la riqueza y complejidad de las nociones de las personas y la forma en que son moldeadas de acuerdo con sus características, razón por la cual se propone ampliar este estudio hasta incluir otros participantes.

5. Bibliografía

- (1) Geertz C. Parte I: Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: La Interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1992.
- (2) Restrepo M. Concepciones de salud que construyen gays y lesbianas entre los 18 y 26 años de edad de la ciudad de Medellín. Medellín: [sin publicador]; 2008.
- (3) Gadamer G. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 1996.
- (4) Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Revista Alteridades. 1994; 4(7): 71-83.
- (5) Pill R. Aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida: significados atribuidos por el vulgo a la salud y las conductas saludables. En: De la Cuesta Benjumea C, comp. Salud y Enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 97-126.
- (6) Duque M. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. Revista de Investigaciones en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2007; 9 (2): 127-142.
- (7) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. Políticas públicas para el avance de la población afrocolombiana: revisión y análisis. Bogotá; [sin publicador], 2010.
- (8) Ley 70/1993 de 27 de Agosto. "Por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política". (Boletín Oficial del Estado, de 27-8-93)
- (9) Ley 100/1993 de 23 de Diciembre, "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". (Boletín Oficial del Estado, de 23-12-93).
- (10) Contreras J. Roots and Culture. (Tesis- pregrado). Universidad de los Andes; 1995.
- (11) Petersen W. Cultura y tradición de los habitantes de San Andrés y Providencia. En: Guhl E. San Andrés y Providencia, tradiciones culturales y coyuntura política. Bogotá: Universidad de los Andes; 1989.
- (12) Clemente I. Las Islas del azúcar en el periodo de preponderancia Británica. En: Guhl E. San Andrés y Providencia. Tradiciones Culturales y Coyuntura Política. Bogotá: Universidad de los Andes; 1989.
- (13) Clemente I. Educación, política educativa y conflicto político-cultural En: Guhl E. San Andrés y Providencia. Tradiciones Culturales y Coyuntura Política. Bogotá: Universidad de los Andes; 1989.
- (14) Vollmer L. La historia del poblamiento de San Andrés Islas, Providencia y Santa Catalina. San Andrés: Ediciones Archipiélago; 1997.

- (15) Eastman J. El archipiélago de San Andrés y Providencia. Formación histórica hasta 1822. Credencial Historia. Bogotá: Edición 36; 1992.
- (16) Parsons J. San Andrés y Providencia. Una geografía histórica de las islas colombianas del caribe. Bogotá: El Ancora Editores; 1985.
- (17) Cabrera W. San Andrés y Providencia. Historia. Bogotá: Editorial Cosmos; 1980.
- (18) Botero J. Oralidad y escritura en la isla de San Andrés. Universitas Humanística. 2007; 64 (64): 275- 289.
- (19) Friedemann N. Ceremonial religioso funébrico representativo de un proceso de cambio en un grupo negro de la isla de San Andrés (Colombia). Revista colombiana de antropología. 1964-65; 13.
- (20) Friedemann N. Religión y tradición oral en San Andrés y Providencia. En: Guhl E (ed.), San Andrés y Providencia: tradiciones culturales y coyuntura política. Bogotá: Universidad de los Andes; 1989.
- (21) Dittmann M. Informe encuesta sociolingüística sobre usos, actitudes y opiniones lingüísticas de la comunidad en Providencia y Santa Catalina islas en lo referente al creole inglés, el inglés formal y el español. Cuadernos del Caribe. 2002; (3): 102-112.
- (22) Guevara N. San Andrés Isla, memorias de la colombianización y reparaciones. Afroreparaciones: memorias de la esclavitud y justicia reparativa para negros, afrocolombianos y raizales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia CES; 2007.
- (23) Meisel A. La continentalización de la isla de San Andrés, Colombia: Panyas, raizales y turismo, 1953-2003. Documentos de trabajo sobre economía regional, Banco de la República - Economía Regional; 2003.
- (24) Gonzales D. Los nuevos pañamanes en la Isla de San Andres. Revista Maguaré. 2004; 18: 197-21
- (25) Trujillo O. Integración nacional y pluralismo cultural en la radio y la televisión de San Andrés Isla: la configuración histórica del campo periodístico. Historia Crítica. 2004; 28.
- (26) Enciso P. Diagnóstico etnoeducativo del departamento archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Ministerio de educación Nacional, Dirección de poblaciones y proyectos intersectoriales subdirección de poblaciones; 2004.
- (27) Guhl E. Educación y cultura Isleña, En San Andrés y Providencia. Tradiciones Culturales y Coyuntura Política. Bogotá: Universidad de los Andes; 1989.
- (28) Gallardo J. La legislación especial del archipiélago colombiano.. Bogotá: Imprenta Nacional Cámara de Representantes; 1999.

- (29) Rodríguez J. Diferendo sobre el archipiélago de San Andrés y Providencia entre Colombia y Nicaragua. Camino del hallazgo y del juicio. 2008; 1-28
- (30) Yabrudy J. Discriminación étnica e ingresos en la Isla de San Andrés, Colombia. Economía del Rosario. 2011, 14 (2): 229 - 261
- (31) Pedraza Z. Para una investigación sobre la nacionalización del archipiélago de San Andrés y Providencia. En: Cifuentes A. (ed.) La participación del negro en la formación de las sociedades latinoamericanas. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología; 1986.
- (32) Charry C. Movilización social e identidad nacional en el Caribe insular colombiano. Una historia social contada desde el diario de campo. Bogotá; Universidad de los Andes: 2008.
- (33) Ramírez S. Visiones y proyectos para el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Rev. Colombiana de Antropología. 2001; 47 (2).
- (34) Micolta, C. La familia nativo raizal en Saint Andrés island. El caso de Saint Luis y Hill. Prospectiva. 2011, (12).
- (35) Gómez L. et. al. Atlas de la Reserva de Biósfera Seaflower. Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Santa Marta: Instituto de Investigaciones Marinas y Costeras "José Benito Vives De Andrés" -INVEMAR- y Corporación para el Desarrollo Sostenible del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina -CORALINA; 2012.
- (36) López M, et. al. Estrategias de atención en salud a la población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia; 2011
- (37) Múnera H. La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa. Investigación y Educación en Enfermería. 2011; 29 (1): 77-86.
- (38) Duque M, Salazar E. Cuidado de las personas en los procesos de salud y enfermedad en comunidades indígenas y negras. Geografía humana de Colombia, variación biológica y cultural en Colombia. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica; 1994.
- (39) Friedemann N. Estudios de negros en la antropología colombiana. Bogotá: Un siglo de investigación social: antropología en Colombia; 1984.
- (40) Galeano M. Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa. Medellín: Universidad EAFIT; 2003.
- (41) Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
- (42) Resolución N° 008430/ 1993 4 de octubre. "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". (Boletín Oficial del Estado, de 4-10-93)

(43). Código de Nuremberg. 1947. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos 20- 8- 47

(44) Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Censo General 2005, Bogotá; 2006.

(45) Mosquera C, et al. Acciones Afirmativas y ciudadanía diferenciada étnico-racial negra, afrocolombiana, palenquera y raizal. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales; 2009

(46) Viveros M. Discriminación racial, intervención social y subjetividad: reflexiones a partir de un estudio de caso en Bogotá. Estudios Sociales. 2007; (27): 230.

(47) Uribe M. Nación, ciudadano y soberano. Medellín: Corporación Región; 2001.

(48) Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Lander E. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas. Buenos Aires, CLACSO; 2000: 246.

(49) Colombia. Constitución Política Colombiana, 1991. Bogotá: Secretaría de Senado, 1991.

(50) Ley 99/1993, Fundamentos de la política ambiental colombiana Bogotá: Secretaria de Senado. (Boletín Oficial del Estado, 1993).

(51) Corte Constitucional, Sentencia C-530 de 1993, disponible en:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/c-530-93.htm>

(52) Corte Constitucional, Sentencia C - 454 de 1999, disponible en:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/C-454-99.htm>

(53) Corte Constitucional, Sentencia T-800 de 2014, disponible en:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-800-14.htm>

(54) Vivas, S. Komuya Uai Poética Ancestral Contemporánea. Medellín. Ed. Sílabas. Primera edición. 2015.

(55) Cano A. Los raizales sanandresanos: realidades étnicas y discurso político. [Internet] Bogotá; 2005. Disponible en: Colombia.Indymedia.org..

(56) Giner S, Lamo de Espinosa E, Torres C. Diccionario de Sociología. Madrid: Alianza; 1999.

(57) Departamento administrativo de planeación. Encuesta Calidad de vida. Medellín; 2012.

(58) Goycochea, A. Los imaginarios migratorios. El caso ecuatoriano, Quito, Universidad Andina Simón Bolívar, Ediciones Abya-Yala, Corporación Editora Nacional, 2003.

- (59) Castro, E. Patrones de migración interna en Colombia. Universidad de Manizales. Manizales, 2012.
- (60) Ley 47/ 1993 de 19 de Febrero. "Por la cual se dictan normas especiales para la organización y el funcionamiento del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia Y Santa Catalina". (Boletín Oficial del Estado, de 19-2-93)
- (61) Sandoval J. Condiciones de vida de la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal en Medellín. Caracterización sociodemográfica, desarrollo social y derechos humanos 2010. Corporación Convivamos. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2011.
- (62) Arocha, J. Los ombligados de Ananse. *Nómadas (Col)*, núm. 9, septiembre, Universidad Central. Bogotá. 1998.
- (63) Montoya, V. Et al. ¡Los afro somos una diversidad! Identidades, representaciones y territorialidades entre jóvenes afrodescendientes de Medellín, Colombia. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*. 2010; 24 (41).
- (64) Real Academia de la Lengua Española. Disponible: <http://www.rae.es>; 2015.
- (65) Diccionario Plaza y Janés. Barcelona: Plaza & Janés; 1987
- (66) López L, Et al. Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichan*. 2011; 11 (3)
- (67) Berlinguer G. *La Enfermedad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1994
- (68) García J. Medicina y sociedad, Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educación Médica Salud*. 1983; 17 (4).
- (69) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York; 1946
- (70) Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. En: Álvaro C (comp). *Salud y sociedad*. Bogotá: Zeus asesores ltda; 1992: 5- 85.
- (71) Granda E. ¿A qué cosa llamamos Salud Colectiva, hoy? Brasilia, VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva; 2003
- (72) Gañán, J. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Estudios de Derecho*, 68(151), 187-212. 2011.
- (73) Quevedo E. Sigerist H. Un pionero de la historia de la medicina y de la salud pública contemporánea. Bogotá: Selecciones; 2007.
- (74) Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010; 6 (1): 83-101.

(75) Nota de prensa, Bogotá D. C., ene. 19 de 2015 - Agencia de Noticias UN, disponible en <http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/ndetalle/article/tranvia-para-san-andres-propone-la-un.html>

(76) Breilh J. Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte. En: Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud, VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales de Salud. Montevideo: 2012.

(77) Coll J. Las propiedades curativas del agua de mar según René Quinton. Cataluña: Icaria; 1999

(78) Chambers, I. Citado en: Villegas A. De chocó a Medellín: prácticas rituales mortuorias, identidad y migración. En: Revista; Utopía Siglo XXI. Universidad de Antioquia. Medellín; 2005.

(79) Muñoz, N. Varones y cuidado de sí. Los costos del privilegio para la salud masculina. [Tesis doctoral]. Medellín: Universidad de Antioquia.

(80) Corte Constitucional, Sentencia T-102 de 1993. Magistrado ponente Carlos Gaviria Díaz.

(81) Holy y Stuchlick. Citado en: Pill R. Aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida: significados atribuidos por el vulgo a la salud y las conductas saludables. En: De la Cuesta Benjumea C, comp. Salud y Enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 97-126.

Anexo 1. Consentimiento informado raizales en Medellín

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Maestría en Salud Colectiva
Medellín 2015

Este consentimiento informado pertenece a la investigación Concepciones de salud de la población raizal que ha migrado a Medellín en el periodo 1990-2013, realizada por el estudiante de la maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, inscrito en el grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud, (nombre del investigador), identificado con cédula de ciudadanía xxxx.

Aquí se le solicita que de manera voluntaria, comparta algunas de sus experiencias como raizal migrante en la ciudad de Medellín.

Este trabajo puede ser importante para que las entidades de salud mejoren el tipo de atención que se brinda a los raizales en la ciudad, si consideran sus resultados en sus modalidades de atención. El propósito de esta investigación es comprender sus concepciones de salud en el archipiélago de San Andrés y los cambios que han tenido como consecuencia de su vida en Medellín, entre 1990 y 2013.

Para la Universidad, la Facultad, la Maestría en Salud Colectiva y para mí como investigador, es muy importante reconocer estas concepciones como una manera de expresar el compromiso con el respeto por la identidad raizal y favorecer el diálogo entre los saberes profesional y popular, con el ánimo de brindar criterios para el tratamiento diferencial de esta comunidad y para reconocerla como parte de la diversidad poblacional de Medellín. Personalmente será fundamental su aporte, pues me permitirá cumplir con uno de los requisitos de estudio.

Además de decidir su participación libremente, le solicito el favor de permitirme grabar la conversación y observarlo en los espacios que acordemos previamente, usted puede responder o no a las preguntas, conserva el derecho de retirarse en el momento en que lo desee y puede solicitar cualquier información cuando lo requiera.

La entrevista durará aproximadamente entre media y una hora. Se garantizará la confidencialidad de la información, esta solo será utilizada para la investigación. También se protegerá su anonimato como participante durante todo el proceso, a menos de que

usted solicite ser identificado en la misma. Al finalizar el proceso, se realizarán talleres grupales de devolución de la información para que los participantes puedan acceder a las conclusiones del estudio.

Este proyecto no reporta beneficios económicos individuales y fue evaluado por el Comité de Ética de la Facultad, que reconoció que el proyecto de investigación era de bajo riesgo y se ajusta a los requerimientos de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), las normas internacionales que regulan la ética de la investigación (Declaración de Helsinki, 2008; Pautas de la CIOMS, 2002) y los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica (Ezequiel, Jonathan, Emanuel).

Agradezco su colaboración, cordialmente, (Nombre del investigador y Datos de contacto)

Acepto participar de la investigación:

Nombre _____

Anexo 2. Guion de entrevista³⁹

ID:		
1. Información técnica de la ficha		
Fecha:	Entrevistador:	
Duración:	Proyecto: Concepciones de salud de la población raizal en el proceso de migración a Medellín en el periodo 1990 – 2013	Lugar:
<ul style="list-style-type: none"> • Eje de la conversación <p>Concepciones de salud en su proceso de migración a la ciudad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tres posibles momentos: <ul style="list-style-type: none"> i. Hablemos de su vida en las islas ii. Conversemos sobre su vida en Medellín y la manera como entiende la salud actualmente. iii. Comparemos antes y después de venir a Medellín. • Recomendaciones: <p>Estar abierto a la manera de comunicarse del participante: atenta escucha, actitud reflexiva, preguntas espontáneas a partir de sus respuestas, preferiblemente una conversación más que una dinámica de pregunta establecida y respuesta. Recordar que preguntar es la principal herramienta con la que está provisto el espíritu cualitativo, según Morse (41).</p>		
2. Características de identificación del participante		
Sexo: Edad: Escolaridad: Ocupación: Estado civil: Lugar de nacimiento: Años de vida en las islas: Lugar de residencia en Medellín: Tiempo de vivir en Medellín: Frecuencia (anual) con la que se desplaza al archipiélago:		
3. Preguntas orientadoras		

³⁹ El guion de entrevista se presenta dividido en cuatro secciones. La primera corresponde a la información técnica de la ficha y la segunda a las características de identificación del participante. Por su parte, en la tercera sección están las preguntas orientadoras en consonancia con los objetivos del estudio y en la cuarta aparecen las preguntas complementarias que permiten la comprensión de las orientadoras y que se realizaron eventualmente según dificultades en la comunicación o para expresarse sobre lo que la salud es.

¿Qué piensa que es la salud en su vida?	Se pretende indagar por los significados que le asigna a la salud en Medellín.
¿Qué era la salud para usted cuando vivía en las islas?	Para averiguar por los conceptos que tiene de lo que significaba la salud en las islas.
Ahora, después de vivir (X número) de años en Medellín, ¿Qué entiende por salud?	Con el fin de indagar en los conceptos de salud que tiene en la ciudad.
Por favor, ¿quiere compartirme su reflexión acerca de los aspectos de la vida en Medellín que le llevan a pensar que su concepción de la salud se ha visto modificada por la nueva realidad?	Identificar aspectos de cambio en las concepciones de salud.
¿Cuáles aspectos de la vida en Medellín le llevan a pensar que su concepción de salud permanece similar a la que tenía en su vida en las islas?	Identificar aspectos de permanencia en las concepciones de salud.
4. Preguntas complementarias	
¿Cómo se manifiesta en su vida diaria lo que usted comprende por salud?	
¿Cuáles aspectos de la vida en las islas influían en su manera de concebir la salud?	
Hábleme por favor de las actividades a las que se dedicaba en las islas.	
Describame por favor un día común y corriente en las islas	
¿Qué actividades le ayudaban a mantener la salud en las islas?	
Durante su vida en las islas, ¿qué actividades realizaba para recuperar la salud si consideraba que algo la afectaba?	
Coménteme cuáles fueron los motivos que lo trajeron a Medellín.	
¿Cómo fue el proceso de establecerse en Medellín?	
¿Cuáles son las razones por las que visita el Archipiélago?	
Actualmente ¿a qué se dedica? Hábleme un poco de sus actividades cotidianas por favor.	
Describame por favor cómo transcurre un día común y corriente suyo en la ciudad de Medellín.	
¿Qué actividades realiza para mantenerse sano?	
En su vida en Medellín, ¿qué actividades realiza para recuperar la salud cuando la ha perdido?	
Después de saber acerca de este proyecto y de haberme colaborado respondiendo las inquietudes anteriores, ¿cuáles otros aspectos quisiera comentarme?	

Anexo 3. Ficha de categorización⁴⁰

ID: código		
1. Información técnica de la ficha		
Fecha:	Entrevistador:	
Duración:	Proyecto: Concepciones de salud de la población raizal en el proceso de migración a Medellín en el periodo 1990 - 2013	Lugar:
2. Características de identificación del participante		
Sexo:		
Edad:		
Escolaridad:		
Ocupación:		
Estado civil:		
Lugar de nacimiento:		
Años de vida en las islas:		
Lugar de residencia en Medellín:		
Tiempo de vivir en Medellín:		
Frecuencia (anual) con la que se desplaza al archipiélago:		
3. Notas de trabajo de campo		
Contenido	Categorías o palabras clave	
4. Transcripción de la entrevista		
Contenido	Categorías o palabras clave	

⁴⁰ La ficha se presenta dividida en cuatro secciones. La primera corresponde a la información técnica, la segunda a las características de identificación de los participantes y la tercera a las notas de trabajo de campo, donde se reflexiona sobre la observación de las actitudes en la relación de diálogo, la estrategia de acceso, las conversaciones informales no grabadas y otros asuntos de interés a partir del encuentro con los participantes. En la cuarta sección se consignaron las transcripciones de las entrevistas. En las secciones tres y cuatro hay dos columnas que corresponden al contenido y a las categorías emergentes o palabras clave. Esta ficha también fue empleada para la revisión documental.

Anexo 4 Matriz de categorías⁴¹

Categorías transversales			
Categoría 1 ^{er} orden	Categoría 2 ^{do} orden	Categoría 3 ^{er} orden	Categoría 4 ^{to} orden
1. Autoreconocimiento como raizal	1.1 No hay un acuerdo (es polisémico)	1.1.1 Orgullo y sentido de pertenencia	Total o parcial Tensión entre quienes tienen ambos padres raizales y quienes no: “puros” vs. “half and half”
		1.1.2 Genealogía	Apellidos Familia extensa Vínculos sociales
	1.2. Interculturalidad	1.2.1 Pérdida de la cultura - Desconexión con la raizalidad	Choque cultural Modificaciones en costumbres culturales
		1.2.2. Defender la cultura - Reconexión con la raizalidad	Preservar la cultura Revivir la cultura en Medellín Dominar el creole
		1.2.3. Fronteras de identidad	“Son isleños más no son raizales” Documento de residencia como garantía para ejercer derechos “No es afro, es raizal”
		1.2.4. El creole, la lengua materna	Oralidad, corporalidad y entonación. Desprestigio del creole como patuá o inglés de segunda clase Uso del inglés en ámbitos sociales y religiosos Españolización – uso del castellano en ámbitos educativos

⁴¹ La matriz de categorías se presenta dividida en dos secciones. La primera corresponde a las categorías transversales y la segunda a las categorías centrales de este estudio.

2. Proceso de migración	2.1. Tipo de decisión	2.1.1. Decisión individual	
		2.1.2. Decisión familiar	
	2.2. Tiempo de migración	2.2.1. Menos de un año	
		2.2.2. De 1 a 2 años	
		2.2.3. De 3 a 5 años	
		2.2.4. Más de cinco años	
	2.3. Motivos	2.3.1. Trabajo	Informal
			Formal
			Afiliación a seguridad social versus desprotección
		2.3.2. Estudio	Área de las Ciencias sociales y humanas
			Área de las ciencias de la salud
			Área de las ciencias naturales y exactas
	2.4. Redes migratorias	2.4.1. Familia	
		2.4.2. Migrantes pioneros	
		2.4.3. Amigos	
		2.4.4. Conocidos	
	2.5. Ser raizal en Medellín	2.5.1. Interacción con otras identidades	Asignación de estereotipos
		2.5.2. Ampliación de la red de relaciones	
		2.5.3. Preservación de la cultura raizal	Encuentro con otros raizales, hablar creole, revivir la culinaria
		2.5.4. Procesos de desculturización y adaptación	Choque cultural
	2.6. Visita a las islas	2.6.1. Motivos de regreso	Vacaciones
			Eventualidades
		2.6.2. Frecuencia de regreso	No ha regresado
			Una vez al año
			Dos veces al año
			Tres o más veces en el año
			Pasa la mitad del año en las islas
Categorías centrales			
3. Concepciones de salud asociadas con su vida en las islas	3.1. Disfrute de la vida	3.1.1. Dificultad para hablar de la salud	Desinterés
			No preguntárselo

			Asociarlo con enfermedad Descuido
		3.1.2. El equilibrio	Su mantenimiento Su pérdida Estado integral entre mente y cuerpo Cuidado de sí mismo y quienes lo rodean
		3.1.3. El bienestar que permite realizar actividades	Estudiar Trabajar Disfrutar del tiempo libre
		3.1.4. La cotidianidad	“El ritmo de vida no es el mismo”
		3.1.5. La tranquilidad	Rasgo cultural Solidaridad No preocuparse Tener asegurado el sustento económico Respetar la naturaleza
	3.2. Conceptos biomédicos de la salud	3.2.1. Ausencia de enfermedad	No enfermar Evitar enterarse de enfermedades
		3.2.2. Los estilos de vida saludable	No es una exigencia social en las islas Hacer deporte No consumir licor, ni fumar, ni estar de rumba Alimentarse sanamente Tener un trabajo que no desgaste la salud Evitar accidentes Más allá del discurso, no perciben una promoción real de la vida saludable
		3.2.3. La salud y su	Desconfianza en el sistema

		relación con el sistema de atención	de salud Barreras de atención Inequidad Negligencia Falta de profesionales, infraestructura y tecnología en salud Dificultades en la remisión a centros de mayor complejidad
	3.3. La relación con el entorno	3.3.1. Respeto de la naturaleza	Menos contaminación Presión sobre el ecosistema por uso de recursos Deficientes servicios públicos
		3.3.2. El mar	La gran medicina Estrategia para mantener la salud y recuperarla ¿Costumbre o mito?
	3.4. Socialización y salud	3.4.1. Conocimiento ancestral	Familia ampliada Valorar el conocimiento propio Tradiciones culturales Estrategias de recuperación y mantenimiento de la salud
		3.4.2. Cuidados caseros	Acudir a los padres Automedicación Remedios tradicionales Uso de las plantas del jardín
		3.4.3. Salud y alimentación	Valorar la cocina tradicional Del árbol a la olla Criticar las costumbres alimentarias de las islas Dificultades en el

			abastecimiento y consumo de alimentos en las islas
	3.5. Mágico religioso	3.5.1. Lo mágico	Vudú Motivos pasionales
		3.5.2. Lo religioso	Don divino Es responsabilidad cuidarlo Protestantismo Rastafarismo
4. Concepciones de salud asociadas con su vida en Medellín	4.1. Disfrute de la vida	4.1.1. Dificultad para hablar de la salud	Desinterés Asociarlo con enfermedad Descuido por múltiples ocupaciones
		4.1.2. El equilibrio	Su mantenimiento y pérdida Estado integral entre mente y cuerpo Cuidado de sí mismo y quienes lo rodean
		4.1.3. El bienestar que permite realizar actividades (entre ellas las que motivaron la migración)	Estudiar Trabajar Disfrutar del tiempo libre
		4.1.4. La tranquilidad	La cotidianidad en Medellín hace más difícil el disfrute de la tranquilidad
	4.2. Conceptos biomédicos de la salud	4.2.1. Ausencia de enfermedad	No enfermar Evitar enterarse de enfermedades Evitar acudir al médico
		4.2.2. Los estilos de vida saludable	Es una exigencia social en la ciudad Hacer deporte No consumir licor, ni fumar, ni estar de rumba Alimentarse sanamente Tener un trabajo que no desgaste la salud

			Evitar accidentes
		4.2.3. La salud y su relación con el sistema de atención	<p>Aceptación de las premisas biomédicas</p> <p>Mayor confianza en el sistema de salud</p> <p>Persistencia en barreras de atención</p> <p>Inequidad</p> <p>Negligencia</p> <p>Presencia de profesionales, infraestructura y tecnología en salud</p> <p>Dificultades en la atención a raizales remitidos</p>
	4.3. La relación con el entorno	4.3.1. Respeto de la naturaleza	<p>Mayor contaminación</p> <p>Presión sobre el ecosistema por uso de recursos</p> <p>Mejores servicios públicos</p>
		4.3.2. Ausencia del mar	Añorar el mar
	4.4. Socialización y salud	4.4.1. Conocimiento ancestral	<p>Extrañar los conocimientos de los padres y las estrategias ancestrales de recuperación y mantenimiento de la salud</p> <p>Tradiciones culturales</p>
		4.4.2. Cuidados caseros	<p>Acudir a las personas con que viven</p> <p>Automedicación</p> <p>Mayor autonomía en el cuidado</p>
		4.4.3. Salud y alimentación	<p>Cambio en las costumbres alimentarias</p> <p>Dificultades para acostumbrarse a la alimentación en la ciudad</p>
	4.5. Mágico religioso	4.5.1. Lo mágico	No fue asociado durante su vida en la ciudad
		4.5.2. Lo religioso	<p>Don divino</p> <p>Es responsabilidad cuidarlo</p>

			Lugares de congregación en la ciudad
	4.6. Salud ¿un derecho?	4.6.1. Reconocimiento del derecho	<p>Conexión con el derecho a la vida digna</p> <p>Conexión con el derecho al reconocimiento étnico</p> <p>Negación de derechos</p> <p>Exigibilidad al Estado</p>
	4.7. Trabajar en la ciudad – “¿Por qué no volví a trabajar en las islas	4.7.1. Posibilidades de ejercer la profesión	<p>Concentración de recursos en las ciudades que impiden regresar</p> <p>Falta de oportunidades profesionales en las islas que impiden regresar</p> <p>Necesidad de colaborar con el mejoramiento de la calidad de vida de los isleños, lo que motiva a regresar</p>