

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN ETNIA Y SALUD

*Maria Mercedes Arias Valencia**

Resumen

El presente artículo es una primera sistematización de la génesis y el desarrollo de la línea de investigación. En primer lugar, se tratan los antecedentes, las políticas nacionales e internacionales y de las organizaciones indígenas, el contexto que rodea la salud de los grupos étnicos, los antecedentes de investigación y de acción, resaltando la formación de talento humano. En segundo lugar, se expone el enfoque conceptual y metodológico, el objeto de estudio, los núcleos problemáticos, la hipótesis y los objetivos de esta línea de investigación. En tercer lugar, se enuncian los resultados alcanzados, las investigaciones terminadas y en curso, la dirección de trabajos de grado y las publicaciones.

Por último, el grupo de investigación, los nexos internacionales, nacionales y locales, así como las entidades que han brindado soporte financiero y que apoyan esta línea de investigación.

Palabras clave

Grupos étnicos

Servicios de salud autóctonos

* Enfermera, Maestría en Salud Pública. Profesora en la Maestría en Salud Colectiva. Facultad de enfermería Universidad de Antioquia. Candidata PhD en Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz. Río de Janeiro

LINE OF RESEARCH: ETHNIC AND HEALTH

Summary

The present article is an attempt to systematize the genesis and development of this line of research. First of all, the background, national and international policies and their own organizations, the context that surrounds the health of ethnical groups, research background and action are studied, highlighting the education of human talent.

Second, the conceptual and methodology approach, the object of study, the problematic nuclei and, the hypothesis and objective of this research are explained. Third, results, finished and on-going researches, tutorial of theses, and publications are also mentioned. Finally, the data on the research group, its international, national, and local contacts as well as funding institutions supporting this line of research is also included.

Key words

Ethnic groups

Health services indigenous

Esta línea de investigación considera etnia como un conglomerado social capaz de reproducirse biológicamente a si mismo, que reconoce un origen común, cuyos miembros se identifican entre si como parte de un "nosotros" distinto de los "otros" e interactúan a partir del reconocimiento recíproco de la diferencia, compartiendo ciertos elementos y rasgos culturales entre los que tiene especial relevancia la lengua.¹

Antecedentes

Contexto Jurídico

Política internacional:

La Organización para las Naciones Unidas declara a 1993 como el año internacional de los pueblos indígenas. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud con su programa SAPIA (Salud de los Pueblos indígenas de América 1995-1998), establece directrices para el trabajo en salud con estos colectivos y un plan de acción para su impulso en la región.²

Política nacional:

La Constitución Política de 1991 parte del principio de multiétnicidad y pluriculturalidad de la nación colombiana y reconoce las entidades territoriales Indígenas -ETI-.

Un año antes, en la Ley 10 de 1990 y su Decreto reglamentario 1811, se considera que la

prestación de servicios en salud debe ser adecuada a las particularidades étnicas, económicas, sociales y culturales, enmarcadas en la protección de la vida, los bienes físicos y su patrimonio cultural.

Por su parte, el Ministerio de Salud con la Resolución No 13437 de 1991 exige que en las entidades de salud, cuya área de influencia se proyecte sobre las comunidades indígenas, se deberá integrar a un representante de dicha comunidad en el Comité de ética Hospitalaria, y, con la Resolución 05078 de 1992, adopta las normas técnico-administrativas en materia de medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas, y crea el Consejo Asesor para su conservación y desarrollo.

La Ley 60 de 1993 descentraliza las competencias y los recursos entre la nación, los departamentos y los municipios; se espera que sus fórmulas produzcan efectos redistributivos hacia los municipios más pobres. Además, da participación a los resguardos indígenas en los ingresos corrientes de la nación. El Decreto 1809 de 1993 iguala los resguardos indígenas a municipios para efectos de transferencias presupuestales.

Por último, la Ley 100 de 1993 establece un plan subsidiado de salud del cual se podrán beneficiar los indígenas.

Políticas de organización de las pueblos indígenas:

La Organización indígena de Antioquia en su “Plan de Etnodesarrollo” tiene las siguientes políticas: territorial, cultural, administrativa y demográfica (en la cual se ubica la salud).

Contexto social

La salud de la población latinoamericana ha mejorado notablemente en los últimos veinticinco años. Es significativo, sin embargo, que estas mejoras no hayan tocado igualmente a todos los grupos sociales.

Un examen de la situación muestra a los colectivos étnicos bajo un contexto de hostigamiento, producto de los procesos de colonización blanca, con un nivel de participación mínimo respecto a los servicios estatales; por lo cual estos colectivos se encuentran inmersos en una situación de desigualdad en relación con las condiciones de vida.

Las investigaciones dan cuenta de una situación de salud caracterizada por altos índices de morbilidad y de desnutrición y, en contraste, una baja demanda y utilización de los servicios de salud del Estado, que, en sus instituciones, tiene programas para comunidades indígenas, pero sin coordinación entre las dos partes.

La superación del modelo hegemónico morbicentrista y mecanicista permitirá a los profesionales establecer planes y programas de acción compatibles con la cultura, en sus aspectos prácticos y simbólicos y con las formas organizativas propias de los colectivos.

El estudio y la comprensión de la relación cultura-salud se encuentra ausente. En la actualidad, apenas se solidifica el estudio de la relación sociedad y salud pero la cultura está por fuera de estos análisis de la salud. Los esfuerzos llegan hasta lo biosicosocial.

Será necesario hacer explícito lo cultural desde el discurso, otorgándole una legitimidad necesaria para estudiar las formas de llevarlo a la acción. Otra consecuencia es la escasez de estudios que contextualicen la comprensión de problemas. En estas circunstancias faltarán puntos comunes de articulación entre las ciencias sociales y la salud.

Los pueblos indígenas se encuentran marginados en las sociedades nacionales, o bajo una aparente invisibilidad, y la sociedad siente, como dice Leonardo Uribe, (comunicación personal 1997) un aprecio por el indígena de ayer y una segregación para el indígena de hoy.

Todas las instituciones, no sólo las de salud, se están transformando; las entidades departamentales y municipales redimensionaron su protagonismo, puesto que se disminuyó el papel de los primeros y se aumentó el papel de los segundos, lo cual hace necesaria una reestructuración o reinención de las instituciones. En ese tránsito se crean vacíos en la capacidad de respuesta de los primeros niveles de atención y aparecen alejamientos, más o menos transitorios, de su verdadera función: la salud de la población.

Los sistemas de información son caóticos. En las unidades de salud el estadístico centraliza la información y ésta no circula ni siquiera entre los directivos de la unidad. éstos son algunos factores que contribuyen a la aversión para llenar los registros.

Las comunidades indígenas no tienen motivación para la educación. Uno de los factores es que el Estado no trabaja sobre los determinantes sociales de la salud, y la población no observa cambios en las condiciones de vida. Los equipos comunitarios remedan la prestación de servicios de salud en la comunidad donde cada profesional vela por su pequeño espacio laboral.

Tanto las comunidades como los agentes de salud del primer nivel se sienten agobiados por las instituciones gubernamentales, todas llegan a “promocionar” sus programas y en algunas ocasiones se observa duplicación de esfuerzos o contradicciones, en algunos casos ambas situaciones, en el establecimiento de prioridades.

La formación de profesionales

El modelo pedagógico clásico ha presentado dificultades; de un lado, en la capacidad de apropiación del conocimiento y de las prácticas de los profesionales, y de otro en la falta de compromiso con el desarrollo social.

Las expectativas de perfil al que aspiran los estudiantes cuando ingresan a la carrera tiene énfasis en lo clínico e individual. El perfil al que aspiran las entidades empleadoras es de trabajo intramural, de atención a la demanda y de atención individual.

De investigación

En 1983 se conformó el grupo interdisciplinario para diseñar y realizar la investigación “Situación de salud materno-infantil en asentamientos indígenas embera de Dabeiba Antioquia 1985-1986”. Se trabajó con la comunidad embera por su importancia en el noroccidente latinoamericano, al habitar desde Panamá hasta Ecuador. Se escogió el municipio de Dabeiba

porque en el occidente antioqueño habita el 65% de la población indígena del departamento y por la presencia de instituciones de salud, educación y desarrollo favorables a la realización del proyecto.

La labor investigativa ha sido permanente y sirvió de base para la apertura de la línea de investigación Etnia y Salud de la Maestría en Salud Colectiva en la Facultad de Enfermería; a raíz del funcionamiento de esta maestría, la línea se ha fortalecido con la vinculación de los estudiantes y egresados.

De acción

Después de la investigación inicial y con el fin de realizar una primera adecuación de los programas de salud a las características culturales de los indígenas, el grupo participó en el programa de educación familiar para el desarrollo infantil -PEFADI-, entre los años 1988 y 1990. El PEFADI era el componente rural y marginal urbano del plan oficial de salud, en ese entonces, el plan SUPERVIVIR.³

De formación recursos humanos

Paralelamente con la investigación se desarrollaron acciones de atención en salud y de acompañamiento a los primeros promotores indígenas de salud.

En 1988 el grupo diseñó y realizó el programa de preparación de un equipo interdisciplinario para atención de las comunidades indígenas, creado por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia en ese mismo año.

Años más tarde, de 1994 a 1997, las bacteriólogas Aidé Galeano M. y Adriana María Correa B, como trabajo de campo de la Maestría en Salud Colectiva, llevaron a cabo la capacitación de voluntarios indígenas en la toma y lectura de gota gruesa, para el diagnóstico de la malaria, creando las condiciones para cubrir el resguardo Kuna del urabá antioqueño y el atrato medio antioqueño. Durante 1994 y hasta 1996 se desarrolló un convenio entre el Cabildo Mayor de Dabeiba y la Universidad de Antioquia con el fin de cualificar un equipo de profesionales en metodología de investigación con comunidades indígenas.

Por último, en 1995 se diseñó, en conjunto con un equipo multiprofesional e interinstitucional y como respuesta a una necesidad sentida por las comunidades y por su organización representativa, una propuesta de capacitación de promotores indígenas de salud.

De adecuación institucional

En 1992, el grupo participó, en conjunto con las instituciones prestadoras de la atención en salud y bienestar y con la Organización Indígena de Antioquia, en la elaboración de la "Propuesta de atención en salud a los pueblos indígenas de Antioquia". Durante este año y hasta 1994, se realizó un programa de inducción y sensibilización a los funcionarios de las unidades locales y regionales con responsabilidades en salud de población indígena.

En 1994, la nutricionista Gloria Alcaraz elaboró una propuesta de red nacional de salud indígena presentada a COLCIENCIAS, producto de la pasantía realizada en la Escuela de Salud Pública de la Fio Cruz, Río de Janeiro.

Entre 1995 y 1996 la misma nutricionista asesoró la sistematización electrónica del programa de crecimiento y desarrollo del niño embera del municipio de Dabeiba, como trabajo de campo en la Maestría en Salud Colectiva.

Marco conceptual

Las teorías, categorías conceptuales y metodológicas provienen, principalmente, de las ciencias sociales y de la salud, y a la vez aportan elementos para la formación profesional y para trabajar con otros colectivos.

Cultura e interculturalidad

Existen dos tendencias: 1) la imposibilidad de aplicar criterios de valor, con lo cual las ciencias sociales están al margen de todo juicio valorativo, 2) de la cultura como un sistema poroso, plástico o flexible, como una membrana semipermeable, que tiene conciencia de las fronteras y selecciona lo que entra y lo que sale (línea hermenéutica).⁵ así, la línea de investigación trabaja la salud en la interculturalidad. En forma permanente se reflexiona acerca de la cultura como categoría y como dimensiones: la multiculturalidad, la transculturalidad, la interculturalidad y el control cultural. Para lo anterior, la línea recibe aportes de la teoría culturalista, de la cual Guillermo Bonfil B. es uno de los representantes más importantes.

Tradicición

Wolf en 1990, logró poner de relieve el carácter dinámico de la tradición, entendida ya no como monolito que se resquebraja al paso de los años, sino como una realidad sociológica y política cuyas modalidades de evolución se perfilan en el examen de la relación de fuerzas que ligán la sociedad nacional, el Estado y las comunidades campesinas, sean o no indígenas.⁶

En la reflexión de la línea se mantienen los debates acerca de las siguientes categorías: 1) raza, 2) etnicidad, 3) identidad, y 4) cosmovisión. Además, esta línea de investigación comparte contenidos con otras líneas por la relación permanente con las categorías: 1) género, 2) poder, 3) estatus y 4) rol, entre otros.

Teorías de la demanda y utilización de los servicios de salud

La experiencia de enfermedad y muerte en la población es un hecho cotidiano y de allí se derivan las decisiones de consulta y tratamiento. No cabe ninguna duda que la población exige efectividad para la solución de sus necesidades, muchas veces no importa que sea médico, promotor de salud, curandero, boticario o la contribución de todos en consultas repetidas.⁷

En este sentido, la línea estudia la conceptualización sobre los sistemas médicos populares,

los itinerarios terapéuticos, la carrera del enfermo, la cadena de uso, la etnomedicina, la eficacia simbólica y las representaciones culturales en relación con la vida y la muerte, la salud y la enfermedad.

Teoría de las barreras culturales

Al aplicar la teoría de Young Linda y Young James se analiza la formación de profesionales, que en el caso de la educación superior en Colombia, ha permanecido con el siguiente enfoque: ⁸

La cultura tradicional, en especial en lo referente a los aspectos etnomédicos, es la causa de la resistencia del grupo para adoptar prácticas modernas en salud. En el aumento de la cobertura de atención, interviene la manera como el personal de salud supera estas barreras.

El personal de salud ha utilizado, con la mejor intención, variadas estrategias para imponer el modelo occidental: el convencimiento, el castigo y el regaño, entre otros. También han sido muy útiles algunas expresiones utilizadas por el personal de salud como "falsas creencias", "falta de conocimientos sobre salud", "falta de educación", "ignorancia" y conceptos religiosos como el de "superstición"

Young y Young, explican la teoría de la marginalidad (desigualdad), basada en la pobreza y en una falta de participación efectiva en la economía, lo cual conduce a índices inferiores de utilización de los servicios; la persistencia de otros sistemas, entre ellos el etnomédico, se relaciona con el hecho de que satisfacen necesidades no cubiertas por el sistema oficial de salud.

Estos dos puntos de vista sobre la prestación de servicios de salud tienen distintas consecuencias en los programas dirigidos a los grupos:

1. El modelo de las barreras culturales implica que el cambio en las creencias de la gente es un requisito previo para modificar su comportamiento frente a la enfermedad.
2. La perspectiva de marginalidad, por otra parte, indica que la creación de verdaderas oportunidades ha de ser la base sobre la cual ocurran los cambios en las creencias asociadas.
3. La posición de las barreras culturales atribuye la responsabilidad primaria de los bajos índices de utilización de los servicios a las propias personas.
4. La posición de marginalidad atribuye la responsabilidad a los prestadores de la atención en salud.

Etnodesarrollo

Se entiende por etnodesarrollo el proceso de consolidación y ampliación de los ámbitos de lo propio, mediante el fortalecimiento de la capacidad autónoma de una unidad sociocultural para guiar su propio desarrollo y el ejercicio de la autodeterminación para construir su futuro.

El proyecto de etnodesarrollo busca aprovechar las enseñanzas de la experiencia histórica y los recursos actuales y potenciales, según los propios valores y aspiraciones, e incrementar el ejercicio de la capacidad social de decisión sobre los recursos que deben ponerse en juego para identificar las necesidades, los problemas y las aspiraciones que se busca satisfacer, resolver y cumplir bajo un proceso autogestionario que fortalezca sus formas organizativas. ⁴

Concepto de comunidad

En la actualidad, para algunos trabajadores de la salud, la comunidad es la que acude a las instituciones en busca de atención médica, o el conjunto de usuarios de los programas.

En esta línea de investigación se trabaja con la conceptualización de autores como Eumelia Galeano, para quien no es suficiente con la delimitación geográfica en municipio, barrio, colonia o comuna; no asume la comunidad como homogénea; critica el enfoque del trabajo en comunidad como instrumento para legitimar el Estado; y asume la presencia de conflictos. ⁹

Investigación acción participativa

En este punto se abordan tópicos como: la unión investigación- educación-aprendizaje y acción; la relación sujeto-sujeto; el compromiso con grupos marginados, en desventaja, en asimetría; la dimensión educativa como estrategia; la transformación de las condiciones de existencia; el acercamiento a la realidad y la interpretación de ésta; y la participación en su transformación.

Los conceptos anteriores sirven de referencia tanto en lo teórico como en lo metodológico.

Aspectos metodológicos

Siguiendo a Óscar Soria se evitan dos extremos: ¹⁰

1. Creer que los problemas de investigación sólo pueden ser abordados mediante hipótesis experimentalmente contrastables, producto de la herencia del positivismo mal entendido.
2. La creencia opuesta que consiste en el desprecio manifiesto por toda vía de comprobación empírica.

En este sentido, la línea se apoya en autores como Jesús Galindo quien expresa lo siguiente: “La visión etnográfica coincide, en más de un punto, con la perspectiva fenomenológica, y por otro lado hay un afán taxonómico que viene de la ciencia positiva. La etnografía se configura con una intención de trabajo de campo indispensable y eso le da su cualidad central en la diversidad de enfoques que en ésta confluyen. ¹¹

En el momento, el grupo de la línea tiene en proyección su preparación en las metodologías cualitativas, específicamente en las necesarias para avanzar en la búsqueda de las representaciones socioculturales de los objetos de estudio.

Para tal efecto, se estudian los avances metodológicos que dan cuenta de la polifonía, la polisemia y la multivocalidad, el signo, el significado y el sentido, la codificación y la decodificación, el análisis textual, las hermenéuticas de primero y de segundo nivel, y la triangulación metodológica.

Objeto de estudio

Los perfiles de vida y muerte, y salud-enfermedad de estos colectivos, en relación con las condiciones de vida.

El objeto de estudio lo hemos delimitado en los siguientes nudos problemáticos, nudos o puntos ciegos de relaciones, que darían origen a nuevos proyectos de investigación así:

Núcleos problemáticos:

1. La relación mortalidad-fecundidad: la alta fecundidad tiene un efecto sobre la mortalidad, pues los riesgos característicos de la fecundidad están asociados con mayores riesgos de mortalidad materna e infantil. Los embaraos presentan alto riesgo en relación con la fecundidad (uniones tempranas, alta gravidez, alta paridad, intervalos intergenésicos cortos, estrés reproductivo y alta velocidad reproductiva). En relación con la mortalidad, altas tasas de mortalidad fetal (abortos, mortinatos), infantil y materna.

Otra hipótesis de este núcleo es la relacionada con la aparente invisibilidad de la muerte por parte de la comunidad y por parte de las instituciones de salud, que privilegian la atención de la demanda de la morbilidad.

2. La relación sociedad- naturaleza: los daños en los ecosistemas tienen impacto en la medicina tradicional y en el referente de identidad que constituye el territorio. Como resultado del desequilibrio del modelo nativo del bosque tropical, los recursos bióticos (bosques, fauna, suelos y aguas) se han deteriorado, lo cual favorece una alta prevalencia de enfermedades de transmisión hídrica.

3. Relación producción-nutrición: en los ciclos anuales y climáticos de cosechas se observan períodos de escasez y depleción alimentaria que favorecen la alta prevalencia de desnutrición y de morbilidad; además, el ecosistema de la selva es frágil. Las instituciones han privilegiado, en sus programas, la producción para el mercado, sin enfatizar la producción para el consumo; las entregas de tierra por parte del Instituto Colombiano para la Reforma Agraria, en muchas ocasiones, corresponden a fincas sembradas con monocultivos.

4. El diálogo de saberes: la medicina tradicional y la occidental constituyen lógicas divergentes, por tal razón es necesario buscar los puntos comunes para entablar un diálogo de saberes que a la vez sea de poderes, o, si se quiere llamar, de interacción de saberes y de poderes, que alcance los ámbitos de la producción, de los sistemas de gobierno, de control social, y de proyectos de desarrollo.

5. Los recursos humanos para la salud: se perciben dificultades en la cantidad, la calidad y el perfil de formación de los recursos humanos, tanto endógenos como exógenos; el modelo hegemónico occidental es impartido desde las instituciones formadoras, el concepto de salud para los indígenas es totalizante a diferencia del modelo cartesiano y mecanicista de la sociedad nacional y del modelo religioso con principio y fin. Igualmente se presentan diferencias en los conceptos de causalidad y en la concepción cíclica de los fenómenos.

Los núcleos problemáticos se han abordado desde diferentes ópticas, se separan para facilitar el trabajo pero la realidad surge como un todo.

Hipótesis

Los fenómenos relacionados con la vida y la muerte, y la salud y la enfermedad, se comportan de manera diferente en los grupos indígenas, insertados en un contexto político mayor, la sociedad nacional, en el cual éstas se ubican como subordinadas, diferentes y sujetas a una relación desigual.

Objetivos

1. Caracterizar el proceso salud-enfermedad de estos grupos, con miras a diseñar y ejecutar proyectos de investigación y de acción que aporten a la transformación de sus condiciones de vida y de salud .
2. Construir un marco conceptual que contribuya a la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad presentes en éstos y en otros colectivos.
3. Diseñar y ejecutar proyectos de investigación y de acción que aporten a la transformación de las condiciones de vida y de salud de estos grupos.

Grupo de Investigación

Aída Gálvez Abadía. Antropóloga Master in Science Antropología, becaria del Gobierno de Canadá y del Ministerio de Educación Superior de Quebec, Canadá

Gloria Alcaráz López. Nutricionista, Magister en Salud Colectiva. Candidata a PhD en Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro; becaria del Gobierno de Brasil

Aidé Galeano Múnera. Bacterióloga Magister en Salud Colectiva

Alejandro Agudelo Agudelo. Biólogo Magister en Salud Colectiva

Julia Marín. Antropóloga

Camilo Acevedo Duarte. Fisioterapeuta, estudiante Maestría en Salud colectiva

Adriana María Correa Botero. Bacterióloga, estudiante Maestría en Salud Colectiva

Leonardo Uribe. Médico Magister en Salud Pública, Candidato a doctorado, becario de la Fundación Fullbright (Colciencias)

Francia Palacio. Enfermera Magister en Salud Pública

Yadira Calvo Moore. Antropóloga

Alba Dora López

Sandra Yudy Gutiérrez

Proyectos de investigación

Terminados

1. Situación de salud materno-infantil en asentamientos embera de Dabeiba-Antioquia-, Colombia 1985-1986.
2. Solución de rehidratación oral preparada con harina de plátano.
3. La herencia del pájaro cuéndola. La alimentación entre los indígenas eyabidá del noroeste colombiano. 1994
4. Comparación de la respuesta clínica entre una solución de rehidratación oral preparado con harina de plátano y el suero estándar de la OMS.

En ejecución

1. Estatus y patrón de fecundidad femenina en las etnias indígenas de Antioquia. 1996 -1997. El valor total del proyecto es de 131.919.590. El valor total del proyecto es de 131.919.590 aportado por la Universidad de Antioquia , y Colciencias.
2. La malaria en los embera del atrato medio antioqueño: una doble lectura. 1997. El valor total del proyecto es de 16.176.259. El valor total del proyecto es de 16.176.259 aportado por la Universidad de Antioquia, la Dirección Seccional de Salud, y el Programa Aéreo de Salud.
3. La fecundidad desde los dos géneros en la comunidad indígena zenú del urabá antioqueño. 1997. El valor total del proyecto es de 5.425.200 aportado por la Universidad de Antioquia, y Colciencias.
4. Índice de estrés reproductivo en mujeres indígenas guaraní y mecanismos de adaptación a éste. Gloria Margarita Alcaraz L. Proyecto de tesis.

Asesorías y nexos del grupo de investigación

El grupo tiene asesorías con organizaciones no gubernamentales como la Organización Indígena de Antioquia y la Corporación Penca de Sábila. Y con instituciones oficiales como la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, (trabajo conjunto en la emergencia del cólera; cualificación de agentes de salud exógenos; y capacitación de agentes endógenos: proyecto formación de promotores de salud indígena); Secretaría de Educación, departamento de Antioquia; Secretaría de Agricultura, Unidades municipales de asistencia técnico-administrativa, departamento de Antioquia; Oficina de asuntos indígenas del Ministerio de Gobierno; y con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Además de estas asesorías este grupo de investigación tiene nexos tanto internacionales como nacionales. Los primeros son con el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM en México; la Escuela de Salud Pública de la Fio Cruz en

Río de Janeiro en Brasil; la Universidad de Montreal en Canadá; y la Escuela de Enfermería de la Universidad de California en San Francisco. Los nexos nacionales son con la Organización Indígena de Antioquia (cabildo Chibcariwac); Corporación Penca de Sábila; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia, y con la Oficina de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior.

Por último, el grupo participa en los convenios que la Universidad de Antioquia, tiene con la OPS, el Cabildo Mayor Indígena de Dabeiba y la fundación Oswaldo Cruz de Río de Janeiro.

Pasantías

1. María Mercedes Arias Valencia, Universidad de California, San Francisco. Investigación cualitativa y perfeccionamiento del idioma inglés. 1997
2. María Mercedes Arias Valencia, Instituto de Salud Pública de México, Sociodemografía. 1996.

Participación en eventos científicos

1. Congreso internacional de americanistas. Ponencia: "Cultura y deforestación: el caso de los embera de Chajeradó del pacifico colombiano". Simposio GEO 07. Quito.
2. IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina Cuernavaca. México. 1997
3. Seminario Internacional sobre calidad de la leche. Ponencia "La Competitividad nuevo milenio". Aspectos antropológicos. COLANTA. Medellín, 1996.
4. XVII Congreso Internacional de la Historia de las Religiones México, DF. 1995.
5. V Congreso Panamericano de la leche. Conferencia "El consumo de la leche en diferentes culturas. Una visión antropológica". COLANTA-FEPALE. Medellín. 1994
6. VII Congreso nacional de antropología. Las preparaciones. Alimentos ceremoniales entre los embera. Ponencia al simposio antropología, comida e identidad. Medellín, 1994
7. Asociación Médica para la América Latina y el Caribe. "L'intervention dans le domaine materno - infatile: le cas des indies embera de la Colombie". Conferencia mensual. Montreal, 1993.
8. Asociación canadiense de estudios latino - americanos y del Caribe. "El mestizaje aparente de América latina: el caso del cañón del Cauca (Colombia)". Ottawa, 1992
9. XIX Congreso anual de la Sociedad canadiense de Antropología "Santé materno-infantile: recherche et action chez les indiens embera de la Colombie". (comunicación presentada) Montreal, 1992
10. Instituto colombiano de Bienestar Familiar. Segundo taller de atención integral a la familia indígena. "Cambio sociocultural e impacto nutricional en un grupo embera. Paipa". 1990
11. Ciclo Martes del Paraninfo Universidad de Antioquia. "Eyabidá: ciclo de una crisis alimentaria". Medellín, 1990.
12. Programación cultural. Banco de la República. "Los Embera del norte hasta Nariño". Ipiales, 1990

13. Seminario de Legislación indígena y descentralización administrativa. Frontino, 1989
14. Crecimiento y desarrollo del niño indígena. Primer taller del CRIC, Caldono (Cauca) (comunicación presentada)
15. IV Congreso de Ciencias Sociales y Medicina. Mesa de trabajo: Desigualdad y Salud. Nuevas evidencias sobre género, etnia y clase. Cocoyoc, Mor. México 1997
16. Salud-enfermedad. Una aproximación desde la Cultura. Puente de Ixtla - Morelos, México, 1996
17. Salud reproductiva en grupos étnicos. Investigación e Intervención Instituto de Biotecnología de la universidad Nacional Autónoma de México, 1996
18. Reunión Andina de Educación en Salud Pública. "Situación de la educación en salud Pública". Caracas, 1996
19. II Congreso Latinoamericano de Antropología Biológica. "Patrón de morbimortalidad en los embera de Dabeiba - Antioquia". Ponencia. Villa de Leyva, 1992
20. XIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. "Comportamiento reproductivo y determinantes socioculturales en las etnias de antioquia- Colombia 1997". ponencia. 1997
21. XIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. "Desarrollo de líneas de investigación. Línea de Investigación: Etnia y Salud". Taller. 1997
22. VII Congreso de Antropología en Colombia. "La mortalidad indígena en Dabeiba: una aproximación a la doble lectura del fenómeno". Ponencia. Medellín, 1994

Distinciones

1. Primer premio a la investigación Universidad de Antioquia Medellín, 1989
2. Quinto puesto, Feria internacional de la salud. Medellín, 1989
3. Primer premio Coloquio Nacional de investigación en Enfermería. Manizales, 1989
4. Distinción meritoria a la investigación "Perfil reproductivo de la mujer indígena Kuna de Antioquia". Tesis de Maestría en Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia , 1996
5. Premio Nacional de Cultura. Colcultura. 1996. Santafé de Bogota

Por otro lado, el grupo ha dirigido cinco trabajos de grado: dos para pregrado y tres para posgrado.

La coordinación de la línea está ubicada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia Colombia. Apartado 1226. FAX 2638282

Este grupo inició su trabajo en 1983 y se ha fortalecido con participantes de la Organización Indígena de Antioquia de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, el médico Leonardo Uribe, los egresados de la Maestría en Salud Colectiva la bacterióloga Aidé Galeano y el biólogo Alejandro Agudelo, los estudiantes de dicha Maestría, el fisioterapeuta Camilo Acevedo, y la bacterióloga Adriana Correa. La enfermera María Mercedes Arias Valencia. La nutricionista Gloria Margarita Alcaráz están realizando estudios de Doctorado en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fio Cruz, Río de Janeiro en Brasil.

Por último, los proyectos terminados y en curso han sido apoyados por las siguientes entidades:

Colciencias, Universidad de Antioquia, Fundación para la Educación Superior, Ministerio de Salud, Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Publicaciones

1. Agudelo JI, Uribe L. Condiciones de salud de los pueblos indígenas de Antioquia: diagnóstico socio-sanitario. Medellín: Organización Indígena de Antioquia OIA; 1992.
2. Alcaráz G, Arias M, Gálvez A. Reflexión sobre la salud indígena. Cultura Embera. En: Memorias del simposio sobre la cultura Embera de Dabeiba (Antioquia) 1985 - 1986. Medellín: COLCIENCIAS-Universidad de Antioquia ; 1988.
3. Alcaráz G, Arias M, Gálvez A. Resumen de la investigación en salud-materno infantil. En: Memorias encuentro en salud XIII. Boletín Epidemiológico de Antioquia 1988;1.
4. Alcaráz G, Galeano A. Perfil reproductivo la mujer indígena Kuna de Antioquia. [Tesis de Maestría en Salud Colectiva]. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 1996.
5. Alcaráz G, Gálvez A. Salud, cultura y nutrición en un grupo Embera de vertiente. Perspectiva interdisciplinaria. Bogotá : Convenio ICB-ICAN; 1990.
6. Alcaráz G. Aspectos culturales en torno a la calidad de vida de las gestantes Embera. En: Pinzón C, Suárez R, Garay G. Cultura y salud en la construcción de las Américas. Políticas y experiencias. Santafé de Bogotá: ICAN - Comitato Internacionale per lo sviluppo dei popoli; 1994.
7. Alcaráz G. Estado de salud de la población Embera de Chajeradó. En: Chajeradó, el río de la cañaflera partida. Impacto sociocultural de la explotación de madera en el Atrato medio Antioqueño. En: Duque M, et al. Premios nacionales de Cultura 1996. Santafé de Bogotá; 1997.
8. Arias MM, Gálvez AC, Alcaraz GM. Situación de Salud materno infantil . Asentamientos Embera. Dabeiba - Antioquia - Colombia. 1985 - 1986. Investigación y educación en enfermería 1988;6, No. 2: 13-33.
9. Arias MM. Cómo iniciar la apropiación del proceso salud-enfermedad con la comunidad. En: Pinzón C, Suárez R, Garay G. Cultura y salud en la construcción de las Américas. Políticas y experiencias. Santafé de Bogotá: ICAN - Comitato Internacionale per lo sviluppo dei popoli; 1994.
10. Arias MM. Cómo iniciar la apropiación del proceso salud-enfermedad con la comunidad. En: Pinzón C, Suárez R, Garay G. Cultura y salud en la construcción de las Américas. Políticas y experiencias. Santafé de Bogotá: ICAN - Comitato Internacionale per lo sviluppo dei popoli; 1994.
11. Gálvez A. El binomio maíz - plátano. Alimentación y símbolos en la cultura Embera. Boletín de Antropología 1997; 11(27).
12. Gálvez A. Fecundidad y muerte: visión interdisciplinaria sobre los Embera de Dabeiba. En: Pinzón C, Roldán MA, eds. Memorias Simposio Medicina tradicional, curanderismo y cultura popular en la Colombia de hoy. 2a parte. Bogotá: Fondo Francisco José de Caldas COLCIENCIAS-Minsalud, OPS; 1990.

13. Gálvez A. La agonía de la gallina de los huevos de oro: Crisis adaptativa y nutrición en el noroccidente antioqueño. En: Correa F. La selva humanizada. Ecología alternativa en el trópico húmedo colombiano. Bogotá :ICAN-FEN-CEREC;1990.
14. Gálvez A. La condición de la mujer indígena. Una reflexión necesaria. Revista Esteros 1997(9).
15. Gálvez A. La herencia del pájaro cuéndola. La alimentación entre los indígenas eyabida del noroccidente Colombiano. En: Memorias de Maestría, Departamento de Antropología, Universidad de Montréal, Montréal, 1993.
16. Gálvez A. Las preparaciones: alimentos ceremoniales entre los Embera. Salud Culturas de Colombia, Etnollano 1996(16).
17. Gálvez A. Observaciones etnobotánicas sobre algunas especies vegetales utilizadas por la comunidad indígena Andoque (Amazonas). Boletín del Museo del Oro 1986(15).
18. Marín J. Los Chamí del suroeste Antioqueño: La Sucia y la María en perspectiva de futuro. Medellín: Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia;1997.
19. Uribe L. Bidorró. Foliculitis del cuerpo cabelludo entre los Embera de Antioquia. Medellín: Servicio Seccional de Salud de Antioquia;1990.
20. Uribe L. Campos comunes en salud. Parasitosis intestinal entre los indígenas Embera. [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.;1994.
21. Uribe L. Train e izaumiá. Lecciones de semiología médica Embera de Antioquia. Medellín: Servicio Seccional de Salud de Antioquia; 1990.

Referencias bibliográficas

1. Bonfil G. La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. Revista Papeles de la Casa Chata 1987(3);año 2:26.
2. Organización Panamericana de la Salud, Oficina sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. OPS/OMS 1995-1998. Plan de acción de la ops/oms para el impulso de la iniciativa en la región de las Américas. Washington, D.C:OPS;1995.
3. Berrío L. Plan nacional para la supervivencia y el desarrollo de la infancia "Supervivir" y programa de educación familiar para el desarrollo infantil "pefadi". Medellín: Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia, Dirección de Currículo, División de educación no formal de adultos y comunidades indígenas;1989.
4. Bongil G. Obras escogidas. México: Instituto Nacional Indigenista;1995:15.
5. Sperber D. El simbolismo en general. Barcelona:Anthropos;1988.
6. Wolf. En: Gailinier J. La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes. México:unam/cemca/ini;1990:37.
7. Sánchez J. Política de salud y comunidad andina. Pichincha:Centro de arte y educación popular;1982.
8. Young L, Young J. Atención de salud en minorías étnicas rurales: algunas observaciones antropológicas. Boletín 95 Oficina Sanitaria Panamericana 1983(4).
9. Galeano E. De actores y territorios. Una propuesta sobre la participación en la vida regional y local. Medellín: Universidad de Antioquia, Instituto de estudios regionales;1989.

10. Soria O. La Universidad. Educación integral. Jalisco, México.

11. Galindo J. Etnografía. El oficio de la mirada y el sentido. Vallejo, México, D.F.:
Universidad Colima;1995:5.

Correo electrónico

dgiraldoa@epm.net.co

agalvez@carios.udea.edu.co

leonardo@epm.net.co

cife@quimbaya.udea.edu.co

Fecha de recepción: diciembre 1.997



PRODUCTOS HOSPITALARIOS

Soluciones Parenterales de gran volumen **CORPA Flex**

- Tecnología Alemana **bottelpack**[®]
- Sistema de apertura **EURO**
- 14 Soluciones diferentes

Suturas Quirúrgicas

- Polipropileno CORPALENE
- Seda CORPASEDA
- Nylon CORPALON

Soluciones para Hemodiálisis

- Bicarbonato
- Acetato

MEDELLÍN: Tel: (94) 511 4555 - Fax: (94) 511 6964

E Mail: corpaul@epm.net.co

SANTAFÉ DE BOGOTÁ: Tel: (91) 288 7047 - Fax: (91) 285 9735

BARRANQUILLA: Tel: (95) 440 0544 Cod: 41257 - Fax: 359 0431