



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Formas “otras” de Comprender la Salud desde la Práctica de Medicina
Ancestral en la comunidad Carare. Una apuesta por el vivir bonito**

Autoras:

**Deisy Yuliana Ríos Castro
Laura Blandón Naranjo**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2020**

**Formas “otras” de Comprender la Salud desde la Práctica de Medicina
Ancestral en la comunidad Carare. Una apuesta por el vivir bonito**

**Laura Blandón Naranjo
Deisy Yuliana Ríos Castro**

**Informe de grado para optar al título de
Magister en Salud Pública**

**Director:
Román Restrepo Villa
Magíster en Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2020**

A Dios padre y madre por la vida; a las plantas sagradas yagé, mambe y ambil por enseñarnos a pensar y a vivir bonito, resignificando y viviendo la salud desde lugares otros; a las comunidades indígenas que salvaguardan la vida, comparten sus saberes y que siguen apostándole a la construcción de otros mundos posibles; a la comunidad Carare, hombres y mujeres que le apuestan a la construcción de un proyecto humano para el cuidado de la vida. A nuestra familia y pareja por su amor incondicional y su apoyo en la construcción de este proyecto.



Dibujo realizado en el marco de esta investigación por Andrea Castillo Bustamante.

Vamos por la vida descubriendo, explorando tratando de entender lo que nuestra mente dividió lo bueno y lo malo, lo complejo y lo simple... entender en los errores somos hombres aprendiendo a ser humanos.

Es necesario adentrarnos, descifrar bajo el sentir de nuestro propio interior, lo que más nadie podrá hacernos ver, lo más nadie por nosotros, podrá entender.

Cueste lo que cueste yo caminaré sin descansar y haré lo que deba hacer, para descubrir mi verdad. Y digan lo que digan, así quede en soledad, no necesito más para aprender que sentir mi libertad.

Vamos por la vida descubriendo, explorando tratando de entender lo que nuestra mente dividió lo bueno y lo malo, lo complejo y lo simple... entender en los errores somos hombres aprendiendo a ser humanos.

Es necesario adentrarnos, descifrar bajo el sentir de nuestro propio interior, lo que más nadie podrá hacernos ver, lo nadie por nosotros, podrá entender... podrá entender

Cueste lo que cueste yo caminaré sin descansar y haré lo que deba hacer, para descubrir mi verdad. Y digan lo que digan, así quede en soledad, no necesito más para aprender, que sentir mi libertad.

Canción: Mi Verdad. Por Mauricio Amauta

Tabla de contenido

Resumen	14
Introducción.....	15
1. Planteamiento del Problema.....	17
2. Objetivos.....	26
3. Marcos.....	27
3.1. Reflexión epistemológica	27
3.2. Referente conceptual	32
3.2.1. Desarrollo histórico del concepto Salud-enfermedad.....	32
3.2.2. El proceso salud-enfermedad como objeto de estudio de la salud pública	36
3.2.3. Interculturalidad en salud como aporte a la construcción de nuevo conocimiento en salud pública	40
4. Memoria metodológica.....	47
4.2. Tipo y diseño de estudio	48
4.2.1. Momentos metodológicos	51
4.3. Consideraciones éticas.....	65
5. Hallazgos	67
5.1. Trayectorias de la práctica de medicina ancestral de la comunidad Carare ..	68
5.1.1. Legado de paz, vida y mediación de la Asociación de Trabajadores Campesinos del Carare –ATCC- 1987-1992	69
5.1.2. De la mediación política a la mediación cultural 1993-1995	71
5.1.3. Encuentro con las plantas sagradas: puerta de entrada a la mediación desde la espiritualidad	73
5.1.2. La mediación en salud en la comunidad Carare.....	77
5.2. La consulta como práctica de mediación en salud.....	79
5.2.1. El terapeuta como mediador en salud	81
5.2.2. Resignificación de la práctica: la consulta como ritual de sanación ..	83
5.2.3. La vivencia de la sanación: el sujeto como actor en salud	90
5.3. Significados en salud desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare.....	95

5.3.1.	Salud – enfermedad como garantía de una vida en equilibrio	96
5.3.2.	La salud-enfermedad: un camino de autoconocimiento	98
5.3.3.	El territorio: memoria de salud-enfermedad.....	101
5.3.4.	La salud-enfermedad: historia, vínculo y comunidad.....	103
5.3.5.	Vivir bonito es “poder mirarle lo bonito a lo feo”	106
6.	Discusión	108
6.1.	Salud Pública: hacia un diálogo en salud desde y para la vida.....	108
6.1.1.	Salud para la vida	112
7.	Conclusiones	119
	Agradecimientos.....	121
	Referentes Bibliográficos	122
	Anexos	129

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Momentos metodológicos	52
Ilustración 2. Objetivos específicos y técnicas utilizadas	55
Ilustración 3. Temáticas y subtemáticas previamente establecidas	62
Ilustración 4. Significados en salud	95

Lista de tablas

Tabla 1. Algunas diferencias en la dimensión conceptual de los sistemas culturales médicos	45
Tabla 2. Clasificación del material producido sobre y por la Comunidad	56
Tabla 3. selección de material para revisión documental	57
Tabla 4. Sistema categorial	63

Lista de anexos

Anexo 1. Relatos contruidos a partir del diario de Campo

Anexo 2. Consentimiento informado

Anexo 3. Guía de entrevista

Anexo 4. Formato de fichas de contenido

Anexo 5. Formato de diario de campo

Glosario¹

- Acuerdo: es la tarea del diálogo, es acordarse de lo dicho en ley de origen, los acuerdos son planes de trabajo, son rutas que indican el proceder, tienen un propósito. El acuerdo es un compromiso y una responsabilidad para hacer. Si aceptamos dialogar, aceptamos el acuerdo. Los acuerdos son con nosotros mismos, son espirituales, son eternos, implican compromisos con las personas y con la comunidad.
- Diálogo: es una herramienta, es un puente, es pacificador, es un concepto que sana. La condición del diálogo es el respeto. El diálogo está hecho de acuerdo, pues cuando empezamos a dialogar aceptamos, cuando aceptamos tenemos humildad, si tenemos humildad tenemos verdad y buena intención. El diálogo busca acuerdos. El diálogo es un reglamento, es una ley que va más allá de lo jurídico, es el transformador, si entramos en él, nos transformamos. En la transformación interna de cada uno, se dialoga consigo mismo.
- Espíritu: es el dador de la vida, es la esencia de la vida, es el aliento de la vida, es la fuerza creativa, es el que da movimiento a la vida. El espíritu mueve y dirige la energía manifiesta en la materia a través del pensamiento. El espíritu tiene el poder de la vida y es el guía. El cuerpo es el territorio del espíritu.
- Espiritualidad: es el manejo de la experiencia de la vida desde el espíritu. Nos lleva a la conciencia del quehacer desde la cultura que nos corresponde. La espiritualidad es lo que nos conduce a descubrir y recordar quiénes somos y para dónde vamos. La razón de ser de la espiritualidad es tener una experiencia ordenada de la vida, con el entendimiento y la comprensión de lo que nos hace bien y de lo que nos hace mal. La espiritualidad es una profunda transformación interior; se manifiesta en el irse haciendo a sí mismo y con el otro y se expresa en el hacer. No es la práctica de un ritual sino la transformación de la vida misma.
- Holístico: permite hacernos conscientes de nuestra conexión con todo lo existente: plantas, animales, minerales, humanidad, etc; donde no existen las barreras mentales entre lo animado y lo inanimado, se comprende que todo está vivo, que todo posee espíritu y en tanto tal es posible comunicarnos e interactuar con todo lo existente, de esta manera se comprende la vida en unidad, lo que

¹ Estas definiciones son obtenidas del libro del Sendero de Eternidad producido por la Comunidad Carare y de algunos trabajos de grado sobre la Comunidad, así mismo algunas definiciones son construidas a partir del trabajo de campo de esta investigación.

permite recordarnos como parte de una red de inter-existencia poblada de seres con quienes estamos íntimamente relacionados e interconectados.

- Justicia: justicia es volver al orden. La justicia está en la consciencia y es la forma de garantizar el equilibrio de la vida. La justicia no viene de fuera, no es una institución, nace dentro de cada uno y se da para corregir y sanar la enfermedad. Para sanarnos hay que reconocer el conflicto, ahí se hace justicia y se da a través del diálogo y la escucha. Cuando se hace justicia se entra en consciencia, se da el perdón, y se empieza a soñar para hacer el proyecto de vida.
- Mediación: en el marco de esta investigación la mediación se da desde la espiritualidad, y es la que permite el diálogo entre diferentes pensamientos, saberes y prácticas en salud, los cuales ingresan a un sistema ordenado de pensamiento, fundamentado en el pensamiento ancestral.
- Ley de origen: es la ley de la creación, son las ordenanzas dadas por padre y madre creadores para la recreación del espíritu en la vida de los seres humanos. La ley de origen indica la reciprocidad que existe entre el ser humano y la madre tierra, para que estos vivan en orden, en equilibrio y en justicia. La ley de origen se recrea en la cosmovisión de los pueblos, en el territorio, en los rituales, en los usos, en las costumbres, en el arte y en la palabra de vida. Sobre la ley de origen está basado el plan de vida y la misión de la comunidad Carare. Esta se da a partir de tres principios: no hacer daño, no hacerme daño y no permitir que me hagan daño.
- Pensamiento ancestral: es un sistema ordenado de pensamiento de vida dirigido y reglamentado por lo espiritual. El Pensamiento ancestral es entender, aprender y comprender la vida desde el lenguaje del sentir; es actuar desde la consciencia a través del espíritu con sabiduría y conocimiento. El Pensamiento ancestral nos da la posibilidad de conocer quiénes somos y reconocernos como humanidad, viviendo y pensando en pro de la vida para vivir en equilibrio. El Pensamiento ancestral tiene como misión el rescate de los sentidos perdidos u olvidados por la humanidad: el sentido de la visión y el sentido del amor.
- Plantas sagradas: son de uso milenario y adquieren una significación cultural y social para los pueblos originarios; estas plantas son ingeridas en rituales ceremoniales, permiten acceder a la memoria universal, amplificando las formas de comprensión del mundo y restableciendo la conexión consigo mismo, con los demás, con la naturaleza y con el mundo espiritual, desde donde es posible

recordar la posición del ser humano en relación a todo lo existente. Las principales plantas que se tienen en la comunidad son: yagé, mambe y ambil, estas son consideradas como medicinas, ya que sanan el cuerpo, la mente y el espíritu del ser humano.

- Ritual y ritualización: en el contexto del pensamiento ancestral el ritual se concibe como la vivencia del estado en el que el ser se dispone y se entrega para alcanzar unos objetivos dados. En ese estado se pueden generar rutinas, que son rituales, y están marcadas por ritmos, tal disposición sería ritualizarse, es decir, reconocer la sacralidad de la existencia y reconocerse (cada ser) como parte de esa sacralidad. La persona, cuando se ritualiza, se brinda como instrumento para recibir mensajes a manera de pensamientos o sentimientos que se vuelven sonidos, palabras y acciones.

Resumen

Objetivo de la investigación: comprender los significados en salud desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare. **Metodología:** estudio de naturaleza cualitativa, usando la metodología de la investigación dialógica, que permite favorecer el diálogo, la interacción y la comunicación, para lo cual se realizaron: revisión documental, observación participante, entrevistas semi estructuradas y técnicas propias de la Comunidad como círculos de palabra o mambeaderos. **Hallazgos:** la práctica de medicina de la Comunidad se ha configurado a partir de la mediación desde la espiritualidad que se da a través de las plantas sagradas yagé, mambe y ambil, lo que ha permitido la resignificación de su práctica de medicina a partir de la confluencia de pensamientos, saberes y prácticas en salud con diferentes coordenadas epistemológicas. Así mismo, su práctica de medicina ancestral propone el rescate del sujeto como activo y protagonista de sus procesos de salud, siendo desde su propia vivencia de sanación que se configura como actor en salud. De esta manera la Comunidad ha otorgado su propia significación a conceptos como salud y enfermedad.

Palabras clave: medicina ancestral, mediación, interculturalidad, actor en salud, espiritualidad, salud y enfermedad.

Abstract

Research objective: to understand the meaning of health from within the Carare community's practice of ancestral medicine inside. **Methodology:** a qualitative study using the methodology of the dialogical investigation, which favors dialogue, interaction and communication. The methods applied were a documentary review, participant observation, semi-structured interviews and the Carare community's own techniques such as: the circle of the word or mambeaderos. **Findings:** the practice of community medicine has been reconfigured based on the practice of mediation from the spirituality given by the sacred yage, mambe and ambil plants. They have allowed the resignification from this practice of medicine from the confluence of thoughts, knowledge and practices in health with different epistemological coordinates. Likewise, this practice of ancestral medicine proposes the rescue of the subject as an active and protagonist of his health process, being from his own experience of healing that configures himself as a main actor in the health process. In this way, the community has given its own meaning to concepts such as health and disease.

Key words: ancestral medicine, mediation, interculturality, health actor, spirituality, health and disease.

Introducción

La investigación *Formas “otras” de Comprender la Salud desde la Práctica de Medicina Ancestral en la comunidad Carare. Una apuesta por el vivir bonito*, aborda la experiencia de salud de la comunidad Carare, la cual se ha construido a través de un diálogo entre conocimientos, saberes y prácticas con diferentes coordenadas epistemológicas, las cuales son resignificadas al interior de la Comunidad. Esta experiencia potencia comprensiones sobre la salud, que aportan otras miradas al modelo biomédico que predomina en la forma como se aborda la salud en Colombia.

La comunidad Carare se constituye como una experiencia de interculturalidad, consolidando un conocimiento y una práctica en salud anclada a la multiplicidad de voces, pensamientos y personas que allí confluyen: mestizos, indígenas, afrodescendientes y más recientemente ciudadanos extranjeros; así, su pensamiento y práctica en salud se ha constituido a partir de un diálogo abierto y respetuoso entre el conocimiento ancestral y el conocimiento occidental, lo que ha permitido construir una forma “otra” de comprender y vivir la salud. De igual forma, esta experiencia ha establecido como una de sus principales apuestas el reconocimiento y salvaguarda de la memoria, pensamiento y medicina ancestral, y con ello los saberes de abuelos, abuelas y comunidades indígenas del territorio nacional.

En su recorrido y práctica, han sido acompañados por diferentes pueblos indígenas, con quienes han compartido el conocimiento y generado puentes de comunicación, así la recuperación de la identidad, la memoria ancestral y el diálogo cultural se ha dado principalmente con comunidades ubicadas en la Sierra Nevada de Santa Marta, el Amazonas, el Putumayo y el pueblo muisca de la región Cundiboyacense. Así mismo, el territorio de Santander, especialmente la región del Carare-Opón alberga para esta Comunidad su origen ancestral siendo el lugar donde años atrás habitó el pueblo indígena Carare; además en este territorio tuvo lugar la experiencia de paz de la Asociación de trabajadores Campesinos del Carare –ATCC-, organización que antecede y deja un importante legado para la constitución de la Comunidad Carare.

Así entonces, la comunidad Carare condensa prácticas y saberes en salud que han sido invisibilizadas por la forma hegemónica en la construcción del conocimiento; en este sentido, preguntarse por formas “otras” de comprender y significar la salud, cobra relevancia teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural presente en el territorio colombiano, frente a la cual no hay una sola forma de comprender y vivir

la salud, aspecto que lleva a replantear el carácter único, que en términos ontológicos y epistemológicos se le ha dado a la salud.

Por lo tanto, esta investigación se pregunta por cómo se construyen los significados en salud desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare y para ello en un primer momento se reconstruyó la trayectoria de la práctica de medicina a través de la mediación entre diversas maneras de abordar la salud; en un segundo momento se narra la forma como la comunidad desarrolla su práctica y las vivencias que se derivan de esta, para finalmente develar los sentidos y significados en salud allí construidos. Lo anterior conlleva a abordajes epistemológicos que permitan el reconocimiento de los saberes “otros” en salud, que son el resultado de procesos históricos y culturales arraigados en el contexto colombiano.

1. Planteamiento del Problema

La nación colombiana tiene una gran diversidad étnica, donde confluyen culturas y tradiciones de procedencia americana, europea y africana, está compuesta por pueblos indígenas, poblaciones negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, rom o gitano (1) y el mestizaje como confluencia de estas.

Como resultado de las luchas históricas de estas comunidades por la exigibilidad de sus derechos, en la Constitución Política de 1991 se reconoce a Colombia como un país multiétnico y pluricultural, tal como es consagrado en 15 artículos² que hacen referencia a los grupos étnicos y a su diversidad cultural, así el art. 7 señala que “el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana”, el art. 10 rescata el carácter oficial de “las lenguas y dialectos de los grupos étnicos en sus territorios” y el art. 68 expresa que “los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural” (2). Esta Constitución implicó pasar de concebirse como un país mestizo, con una sola lengua, una religión y unos derechos individuales a un modelo pluralista que trata de ser incluyente (3).

Como consecuencia de ello, se tiene en el país un constructo normativo que determina los niveles de inclusión y participación de comunidades indígenas en diversos temas, entre estos la salud. A grandes rasgos, se cuenta con el decreto 1811 de 1990 que determinó que la participación en todo lo relacionado con la salud de las comunidades y pueblos étnicos indígenas fuese previamente acordado con ellos (4), esto se corrobora en la ley 21 de 1991, la cual ratifica el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo, donde se establece que los gobiernos deberán velar por la existencia de servicios de salud adecuados a poblaciones indígenas o proporcionar los medios para que dichas comunidades puedan organizar y prestar tales servicios bajo su responsabilidad y control; así como el derecho a la consulta previa por parte de los grupos y pueblos indígenas (5).

La ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, no obstante, esta ley no incluye a las comunidades indígenas, por lo que la ley 691 de 2001 avanza en la garantía del derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación (6); esta ley presenta claridad frente a la vinculación de los pueblos étnicos

² Estos artículos son: 1, 2, 7, 10, 63, 68, 70, 72, 96, 171, 176, 246, 287, 329 y 330.

al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo presente que estos se someterían a los principios de diversidad étnica y cultural, así como a la concertación; además, esta misma norma brinda la posibilidad que las organizaciones indígenas, legalmente constituidas puedan establecer Administradoras del Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Salud de carácter indígena.

De igual manera, el decreto 1953 de 2014, apunta hacia la creación de “un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas (7), otorgándoles capacidad jurídica para su autonomía y gobierno propio en materia de salud y educación, agua potable y saneamiento básico; en el artículo 10 de este decreto, se consagra que es el “ejercicio de la ley de origen, derecho mayor o derecho propio de los Pueblos indígenas, que con fundamento en sus cosmovisiones les permite determinar sus propias instituciones y autoridades de gobierno, ejercer funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas dentro de su ámbito territorial” (7).

De igual manera, la población étnica ha iniciado un trabajo en la construcción de un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural –SISPI-, reglamentado en el decreto 1973 de 2013; el cual promueve la conformación de un sistema de salud propio que integre una atención médica ancestral, tradicional y occidental, donde se tenga en cuenta su concepción de salud, la cual “abarca las relaciones del individuo con la naturaleza, el equilibrio con el entorno, las relaciones con la comunidad, el respeto de normas sociales y naturales. Se comprende la existencia de enfermedades que son propias de las culturas indígenas y requieren un abordaje de diagnóstico y terapéutico desde la lógica de un sistema médico propio para lograr restablecer la salud” (8). El SISPI se configura como un sistema adecuado a las necesidades de cada grupo indígena, que contempla su cosmología y permite de una manera autónoma acceder a un servicio de salud ya sea el ancestral o el biomédico.

Por su parte, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 –PDSP- asume un abordaje de enfoques múltiples, entre los cuales están: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional. En el marco del enfoque diferencial se reconocen “las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos” inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia, particulares” (9). Así mismo, considera que la construcción de programas y acciones institucionales,

debe contemplar las particularidades sociales, culturales y religiosas, bajo los principios de interculturalidad.

De acuerdo con el PDSP, esto implica reconocer los espacios geográficos, las características culturales propias y la historia de cada comunidad, así como la “cosmovisión o sistema de creencias ancestrales que explican la concepción del mundo y los planos o niveles del ser humano, de la vida, de las prácticas tradicionales en salud, de las enfermedades y de la muerte y el cómo enfrentarse a ellas” (9). Por lo tanto, los problemas de salud pública no podrían ser abordados sin la referencia a la diversidad de pueblos y culturas que habitan el territorio colombiano, quienes poseen cosmovisiones frente a la salud que no se enmarcan necesariamente en un paradigma único construido desde occidente. Resulta entonces de vital importancia reconocer los diferentes conocimientos y prácticas en torno a la salud, acercarse a la sabiduría que se alberga en pensamientos ancestrales indígenas construidos por diferentes comunidades y pueblos, que han quedado por fuera de la epistemología de la razón moderna.

Sin embargo, se evidencia la ausencia en la implementación de la normatividad y del PDSP en las condiciones concretas de existencia de los pueblos indígenas que, pese a sus luchas, aún está lejos la construcción de una reforma estructural al sistema de salud que tenga la interculturalidad como aspecto fundamental, particularmente para una nación con gran diversidad étnica. “El sistema de salud oficial, en la práctica no valora ni reconoce la importancia de otros sistemas de salud indígenas, sino por la vía del aseguramiento” (10), el cual opera bajo el modelo biomédico “caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención” (11).

Ante este panorama, en Colombia se cuenta con una experiencia de interculturalidad en salud que viene desarrollando la comunidad Carare, la cual realiza un trabajo de mediación cultural entre algunas comunidades indígenas del país y el mundo occidental. Esta Comunidad se reconoce como “mediadora cultural entre conocimientos, saberes, formas rituales, conceptos de cuerpo, salud y enfermedad, con el propósito de proteger la sabiduría tradicional indígena, crear lazos de comunicación con el conocimiento científico y con ello propender por el mejoramiento de la salud física y espiritual de los seres humanos” (12). Plantea, que es precisamente bajo la mediación desde donde se pueden dinamizar reflexiones al mundo académico, cultural y social, entendiendo que este diálogo debe partir del respeto mutuo, de la diversificación, democratización epistemológica y de la

valoración de la diversidad de pensamientos, formas de vida, libertad y ejercicio de derechos humanos (13). A su vez, se define como:

Una comunidad que vive el pensamiento ancestral amerindio, multiétnica e intercultural, sana y que se sana a sí misma; una comunidad comprometida con la salvaguarda de la vida a través de la mediación cultural y espiritual entre las diferentes culturas y espiritualidades que están a favor de la misma. Como comunidad reconocemos y apoyamos a las autoridades indígenas, así como el consejo y la alianza con las diferentes comunidades y culturas. Como tal no somos una comunidad indígena, aunque en su interior acoge a individuos y familias sin distinto de etnia, credo o nacionalidad (14).

La comunidad Carare representa una experiencia que integra pensamientos y prácticas tanto occidentales como no occidentales, y que además se lleva a cabo en contextos urbanos como en Bogotá, Medellín y Villavicencio, donde confluyen mestizos, afros e indígenas de diferentes regiones y lugares del mundo, así mismo en su interior participan profesionales del área de la salud, las ciencias exactas, ciencias sociales, así como pueblos indígenas, abuelos” y “mayores” de pueblos indígenas que brindan un acompañamiento y guía a la comunidad. Así en un documento escrito por la comunidad se reconoce:

Nuestro camino obedece a la petición de los abuelos y abuelas que desde un comienzo nos decían que el conocimiento ancestral se estaba quedando perdido en las comunidades por la situación de violencia, de aculturamiento, la pérdida de la medicina y que el blanco o el mestizo también tenía que hacerse cargo de salvaguardar el conocimiento y la sabiduría, ese es nuestro trabajo ahora. Estamos desde la colonización en un mestizaje, pero culturalmente traemos una memoria genética, con una ancestralidad cultural y unas prácticas, vamos entonces a reetnizar, a reencontrarnos con esa parte que era indispensable: reconocerse en el indígena, en el negro, tenemos “la raza” adentro (15).

De esta manera, la interculturalidad en esta comunidad se expresa en un compartir continuo y en un intercambio de conocimientos entre la Comunidad y diferentes pueblos indígenas del territorio nacional, entre los cuales pueden nombrarse: Sionas, Cofanes, Ingas, Murui-muinas, Muinanes, Arhuacos, koguis, Wibas, kankuamos, Muiscas, Zenúes y Embera Chamí.

Así mismo, en la actualidad la Comunidad ha venido realizando un proceso de encuentro y diálogo con territorios y ciudadanos extranjeros, es de señalar que esta articulación de personas de diferente origen étnico, territorial e incluso nacional se ha dado a través de la mediación cultural e intercultural así nombrada al interior de dicha comunidad.

Si bien en la Comunidad confluyen diversos saberes y prácticas, esta comunidad denomina su práctica como medicina ancestral, ya que esta diversidad de conocimientos se acoge y ordena bajo el pensamiento ancestral. En este sentido, esta medicina se comprende como: mucho más allá de la ausencia de enfermedad, es la capacidad del individuo de ser normativo con respecto al mundo, es decir, de instituir normas vitales propias y transformar de manera armónica el entorno de acuerdo con las necesidades; es una forma particular de estar y ser en el mundo, una experiencia que se aprehende y se ejerce a través de la cultura (16).

En este punto, es importante problematizar el concepto de comunidad desde una mirada que va más allá de la concepción clásica, en la cual la proximidad física –es decir el compartir de un territorio- es constitutiva del mismo, para centrarnos más bien en aquella que se unifica alrededor de unos objetivos comunes, que comparte una misma simbología, prácticas, saberes y pensamiento. Al respecto Alfonso Torres (17) plantea que el concepto de comunidad se ha ido reconfigurando en los contextos urbanos contemporáneos, reactivándose formas de sociabilidad marcadas por fuertes e intensos lazos afectivos e intereses colectivos que no necesariamente implican el habitar un territorio determinado; junto a estas formas o vínculos comunitarios, el autor reconoce otros relacionados a intereses y valores compartidos intencionalmente (económicos, culturales, políticos y religiosos), que van generando sentidos de pertenencia e identidad comunitaria (17).

Varias corrientes han planteado que se asiste a un momento donde las comunidades están en ‘peligro de extinción’ o sujetas a un grave deterioro. Frente a este postulado, se cuestiona si son las comunidades las que tienden a desaparecer, o es más bien el concepto el que se encuentra en un estado anacrónico ante las nuevas formas de comunidad, de las que no es capaz de dar cuenta teóricamente (18). Bajo esta perspectiva se propone que la noción clásica de comunidad, en la cual el territorio se configura como el principal elemento que la constituye, debe replantearse en la medida que emergen otras formas de relaciones sociales, de valores, de símbolos, de identidades culturales, que ponen de manifiesto nuevas u otras configuraciones comunitarias, donde no se comparte una ubicación geográfica común (18).

Es de señalar, que ante contextos sociales diversos, el concepto de comunidad no puede pensarse de manera pura o desde el ‘debe ser de la comunidad’, pues al definirlos desde su estado ideal implicaría quedar sin comunidad toda vez que se tope con agrupaciones humanas que no cumplen con dicho estado ideal (18).

En tal sentido, es importante la comprensión de este concepto, en tanto la comunidad Carare, si bien no comparte un único espacio geográfico, sus prácticas

y saberes en salud provienen de diferentes territorios y culturas, desde los cuales subyacen sentidos compartidos y relaciones sociales construidas y resignificadas sobre objetivos, fines, valores, símbolos e identidades comunes. Si bien la comunidad Carare no es indígena, su eje de articulación se da alrededor de la valoración de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales en salud, en su recorrido ha recogido, aprendido, sistematizado y difundido un acervo de conocimientos en salud de diversas comunidades indígenas de Colombia, salvaguardando estos conocimientos y poniéndolos en práctica en contextos urbanos, ejerciendo así una práctica de interculturalidad en salud.

Ahora bien, la salud pública tiene la tarea de construirse teniendo en cuenta las diversas cosmovisiones frente a la salud existentes que no se enmarcan necesariamente en un paradigma único de pensamiento. No obstante, las acciones en salud pública se articulan a modelos de atención, gestión y organización con predominancia de un modelo hegemónico en salud, el biomédico, marcado por un carácter biologicista y unicausal centrado en la enfermedad, así “la salud y la salud pública han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud (...), que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo y convierte a la epidemiología en mera contabilidad de casos y muertes” (19).

A este modelo subyace una individualización del proceso salud – enfermedad, incorporando miradas que ponen la enfermedad como variable dependiente, dicotómica según su presencia o ausencia, desconociendo la dialéctica del proceso salud-enfermedad (20). Se reduce así la visión de la salud al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual, en la cual aparece lo social relacionado con factores externos al individuo y no como espacio en el que se agencia y se concreta la vida (21), pues “se define lo social como un elemento del ambiente y no como receptáculo en donde se desarrolla toda la vida humana, incluyendo el ambiente que el hombre ha organizado socialmente en su entorno, el cual ya prácticamente ha dejado de ser naturaleza para convertirse en creación humana” (22).

De esta manera, el modelo biomédico concibe la enfermedad como aspecto natural y biológico, más no como un hecho social e histórico (23), determinado por el contexto social, político y económico de una sociedad, es decir, concibe la salud-enfermedad de manera ahistórica y universal, aplicable a cualquier contexto según los organismos internacionales, claramente neoliberales (19).

En este sentido, la salud pública se ha constituido a partir de marcos ontológicos y epistemológicos que se han atribuido el carácter de únicos y verdaderos, manteniéndose la hegemonía del pensamiento occidental como única perspectiva de conocimiento (19), subordinando los diferentes contextos e identidades sociales y culturales que perviven y se gestan al margen del pensamiento único, donde se han construido otras formas de comprender y habitar la salud, “hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (23). Esta forma hegemónica de abordar la salud, pone de manifiesto una relación de poder (24) “que privilegia ciertos tipos de información (científicos y positivistas) sobre otros (empíricos y locales)” (11).

Ante este panorama, es importante emprender un diálogo en salud que se teja desde la diversidad de formas de conocer, ver, sentir y estar en el mundo, un diálogo que reconozca tanto lo occidental como lo no occidental, como formas de comprensión de la realidad igualmente válidas, dado que cada conocimiento tiene unos límites que pueden encontrar complementariedad en su interlocución (25). Es así como cobra fuerza una interculturalidad en salud que logre interpelar al pensamiento dominante, desde las especificidades históricas, políticas y culturales que identifican al territorio colombiano.

El estado y los organismos internacionales –como la OPS- en América Latina vienen incorporando a sus discursos el concepto de interculturalidad en salud desde los años 1990 y 2000 (26), no obstante, su uso se ha aproximado más al de multiculturalidad o pluriculturalidad³ que al de interculturalidad propiamente. Al respecto apunta Walsh que esta “interculturalidad”:

Por ser pensada desde arriba, tiende a sostener los intereses hegemónicos y mantener los centros del poder. Además, esto es así precisamente porque es la dominancia de este último pensamiento la que lleva a que la interculturalidad y la multiculturalidad sean empleadas a menudo por el estado (...) como términos sinónimos, que derivan más de las concepciones globales occidentales que de las luchas socio-históricas y de las demandas y propuestas subalternas. En sí, los términos por sí mismos instalan y hacen visible una geopolítica del conocimiento que tiende a hacer despreciar y a oscurecer las historias locales a la vez que autoriza un sentido “universal” de las sociedades multiculturales y del mundo multicultural (27).

³ La multiculturalidad hace alusión a la presencia de varias culturas en un lugar específico y la pluriculturalidad se refiere a situaciones donde las personas que hacen parte de una comunidad aportan sus modos de pensar y actuar (Cardona. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia)

De esta manera, la interculturalidad que se ha venido desarrollando⁴ es funcional en la medida en que hace referencia a la diversidad de la sociedad para mantener la unidad, donde el reconocimiento de la diversidad cultural se convierte en una nueva estrategia de dominación (28) que mantiene la supremacía de saberes biomédicos sobre los saberes ancestrales y tradicionales en salud. Así se despoja el sentido y la profundidad que encierra el concepto de interculturalidad, respecto a la posibilidad de emprender “procesos de construcción de conocimientos “otros”, de una práctica política “otra”, de un poder social “otro”, y de una sociedad “otra”” (27). Por lo tanto, para emprender un diálogo real en salud, se requiere trascender esta noción de interculturalidad, la cual no permite la construcción de un diálogo que contenga aspectos como la complementariedad, el respeto mutuo, el reconocimiento igualitario que aporte elementos a la salud pública.

Así, es importante para esta investigación la interculturalidad decolonial, que en palabras de Walsh (29) refleja un pensamiento que no se fundamenta en los legados coloniales eurocéntricos ni en las perspectivas de la modernidad, ni se origina en los centros geopolíticos de producción del conocimiento académico; contrario a ello, propone una traslación mutua de conocimiento en lo plural, que no puede confundirse con una mezcla de formas de conocimiento, ni una imposición entre mundos posibles, es una “ínter-epistemología”, entendida como una forma de referirse a ese campo relacional, a través del cual es posible generar un conocimiento “otro” (29).

Para esta investigación es importante acercarse a formas “otras” de salud, que van más allá del modelo biomédico, por lo tanto, toma la experiencia en salud de la comunidad Carare, legado de comunidades indígenas que potencian propuestas en favor del cuidado de la vida y que son resignificadas al interior de esta Comunidad, donde los sujetos imprimen sentido a sus acciones y construyen planes o proyectos de vida que, de manera individual y colectiva apuntan hacia formas “otras” de concebir la vida y la salud, esto con el fin de conocer cómo interactúan los diferentes conocimientos, saberes y prácticas en salud que allí confluyen a partir de un diálogo horizontal. Bajo esta perspectiva esta investigación se pregunta por:

¿Cómo se construyen los significados en salud desde la práctica de medicina ancestral de la comunidad Carare?

⁴ Ejemplo de ello es que en los años 90 en América Latina países como Colombia, Ecuador, México, Bolivia, Guatemala incorporaron reformas constitucionales inspiradas en un carácter multicultural, que implicaron cambios en el contenido de la definición de nación que modificaron parcialmente la relación de los estados con su población indígena.

Para responder esta pregunta creemos necesario abordar las siguientes:

- ¿Cuáles son las trayectorias de la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare?
- ¿Cómo la comunidad Carare desarrolla su práctica de medicina ancestral?
- ¿Cuáles son las vivencias sobre la práctica de medicina ancestral realizada en la comunidad Carare?
- ¿Cuáles son los sentidos colectivos de la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare?

Justificación

Esta investigación se justifica en la medida en que al reconocer una experiencia comunitaria en salud en la que confluyen diversos conocimientos que se articulan alrededor del pensamiento ancestral y que se llevan a cabo en contextos urbanos, pone de manifiesto otras búsquedas de la salud que abarcan tanto lo físico, como lo espiritual, lo que puede aportar herramientas metodológicas y conceptuales para resolver la necesidad de establecer diálogos en salud, que transiten hacia la democratización epistemológica de aquellos conocimientos que perviven en el territorio colombiano y que han sido invisibilizados por el paradigma dominante en el campo de la salud pública. En consecuencia, este trabajo aporta elementos para el debate en torno a la interculturalidad en salud, planteando nuevos campos de conocimiento que enriquecen la construcción conceptual y metodológica de la salud pública

En el ámbito comunitario, esta investigación puede servir a la comunidad Carare para que genere un ejercicio de reflexión y conceptualización frente a su práctica de medicina ancestral, lo que les permitirá nutrir sus conocimientos, saberes y práctica en salud.

En el ámbito personal, puede servir para que nosotras logremos tejernos como sociólogas, salubristas y sujetos históricos, ampliando el campo de conocimiento que nos permita mejores comprensiones de los diferentes fenómenos sociales en salud.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Comprender los significados en salud desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare.

2.2. Objetivos específicos

- Reconstruir las trayectorias de la práctica de medicina ancestral de la comunidad Carare.
- Identificar las formas en que la comunidad Carare ha desarrollado su práctica de medicina ancestral.
- Interpretar las vivencias sobre la práctica de medicina ancestral realizada en la comunidad Carare.
- Reconocer los sentidos colectivos de la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare.

3. Marcos

3.1. Reflexión epistemológica

La historia que conocemos en esta parte del mundo está ligada al pensamiento de occidente, el cual ancla sus raíces en la historia particular de Europa inicialmente y de América del Norte posteriormente, como único marco de referencia para vivir e interpretar la realidad. El desarrollo del pensamiento occidental está ligado a las transformaciones surgidas en Europa que representaron un nuevo tipo de sociedad, hechos como las revoluciones industriales y democráticas iniciadas a finales del siglo XVIII y principios del XIX, marcaron un precedente para la expansión de esta episteme en el resto del mundo (30). “Dichas transformaciones catapultaron a Europa (o bien a Occidente en su conjunto) a la primera posición de la historia universal, y que, gracias a ello, a su inherente superioridad, habría sido difundido el modelo occidental de comprender el mundo” (30). Su fundamento se halla en la supremacía de la razón, como único medio para relacionarnos, pensar y vivir en el mundo “la edad moderna se define a sí misma como el reino de la razón y de la racionalidad, que han desplazado a la religión, a los prejuicios y supersticiones, a las costumbres tradicionales. De allí nace en ella un sentimiento poderoso de confianza en sí misma, de superioridad tanto con respecto al pasado como con respecto a otras sociedades donde todavía ésta no ha llegado” (31).

Occidente partió de ese “pienso, luego existo” como cimiento de la razón, que tiene sus orígenes en el Discurso del método planteado por René Descartes en 1637, en adelante la llamada Ilustración ha pretendido erigir el conocimiento universal a partir del fundamento de la razón (30). Es así como este pensamiento, pasa a ser el referente del “deber ser”, al cual subyace la teleología del progreso o desarrollo, desde allí se dividió el mundo en países desarrollados, subdesarrollados y en vía de desarrollo, donde a través de conceptos como modernidad o posmodernidad se dotó de sentido los deseos particulares expansionistas, por lo tanto, se catalogaron saberes y prácticas como subdesarrolladas, es decir desprovistas de razón, a las cuales habría que implementar la modernidad para entrar en el desarrollo o simplemente seguirían estando por fuera de la historia universal (32).

La historia de occidente se ha convertido en un designio global que se ha asimilado como el desarrollo natural de la historia. Al respecto Walter Mignolo (33) expresa que estas ideas no son un despliegue ontológico de la historia universal, sino la narrativa hegemónica de la civilización occidental. Narrativa que impone una significación global y universal de comprender el mundo como único modelo de ser y estar, mediada a través de la razón, y que a su vez desconoce la multiplicidad de

voces y vivencias que no tienen a la razón como principal referente. Como señala Mignolo (33), la supresión de la sensibilidad y de la localización geo-histórica del cuerpo de esta epistemología territorial e imperial, fundamentada en las políticas de conocimiento teológicas (del Renacimiento) y egológicas (de la Ilustración), fue precisamente lo que hizo posible que esta episteme del conocimiento se proclamara universal.

Ahora bien, la razón como principio fundamental del pensamiento occidental ha constituido la supremacía de un saber sobre otro, este es legitimado a través del método científico, el cual se ha atribuido un carácter de neutralidad, desde donde se miden todos los conocimientos, dejando por fuera todo aquello que no pase por los cánones de este método. De acuerdo con René Descartes los postulados del método son: (i) no admitir como verdadera cosa alguna sin saber con certeza lo que es, es decir, “evitar cuidadosamente la precipitación y la prevención, y no comprender en mis juicios nada más que lo que se presentase tan clara y distintamente a mí espíritu, que no hubiese ninguna ocasión de ponerlo en duda”; (ii) dividir todo problema en sus partes más simples; (iii) conducir ordenadamente los pensamientos, desde los más simples a los compuestos; y (iv) hacer una revisión general hasta estar seguro de no omitir nada (34).

Aquí cobran importancia principios como la objetividad, la neutralidad y la verificación como pilares bajo los cuales esta episteme se ha edificado. Se parte entonces, de que los sentidos engañan, ya que solo la razón permite acceder al conocimiento. Todo lo que no se pueda pasar por la razón es un conocimiento falso, de esta manera solo desde el método se puede llegar a la verdad, se anula la subjetividad de quien conoce, lo que implica despojar al sujeto de su historia, emociones, sentidos, saberes y vivencias. Boaventura de Souza, a este respecto señala “la crítica de la razón indolente es también una denuncia del desperdicio de la experiencia. En una fase de transición paradigmática, los límites de la experiencia fundada en la razón indolente son particularmente grandes, siendo, por tanto, mayor el desperdicio de la experiencia. Y es que la experiencia limitada al paradigma dominante, no puede dejar de ser una experiencia limitada de este último” (35).

Este modelo de pensamiento constituye la base del desarrollo de las ciencias, las disciplinas y en general de la producción de conocimientos en occidente. Una disciplina y práctica social que ha jugado un papel preeminente ha sido la medicina moderna, la cual no se aleja de las construcciones sociales, sino que evoluciona en la medida en que la totalidad social se va desarrollando. Esta medicina encarna el modelo civilizatorio occidental, no solo como receptora de los cambios sociales, sino como productora y reproductora de este. Así, por ejemplo:

En la Grecia antigua se incluían dentro de la medicina prácticas y saberes para la conservación y mantenimiento de la belleza física. En las etapas iniciales del capitalismo, una buena parte de la práctica y el saber médico se dirigía a socializar a los individuos, en los asilos, para el trabajo industrial. En la actualidad los programas de control de la población son incorporados a la práctica médica, y aunque esto se justifique en términos de salud, el tema se relaciona más estrechamente con la instancia política” (36).

La disciplina médica fundada sobre el conocimiento científico de la naturaleza, comienza a debatir con fuerza las ideas míticas desde las cuales se había construido el conocimiento en salud, esto a través de una marcada diferenciación entre lo divino y lo observacional, “la medicina había sido en todo el planeta una mezcla de empirismo y magia, con mayor o menor predominio de uno o de otra, y más o menos sistemáticamente trabajada con la visión religiosa del mundo propio del pueblo en cuestión” (37). Este momento, según Entralgo, tuvo lugar durante los siglos VI y V a. de C. con la escuela hipocrática, la cual se constituye como “una etapa singularmente decisiva en la historia universal del saber médico” (37), ya que se señala como un periodo determinante en la historia de la medicina occidental, y en efecto de aquella que hoy se impone como saber único y universal.

Valdría la pena detenernos en dos aspectos: la medicina moderna y la práctica médica. De acuerdo con García, la medicina en su definición más amplia es considerada como “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. La forma más simple para diferenciar estas prácticas sería la de señalar su objetivo más obvio: la prevención y curación de la enfermedad” (36). Así, podemos encontrar que en diferentes periodos de la historia y a partir diversas corrientes filosóficas, el significado de la medicina se ha fundamentado a partir de la noción del “hombre enfermo” y a través de esta relación: medicina y enfermedad, se ha edificado gran parte del conocimiento médico. No en vano, la práctica médica se ha definido como “el arte de ayudar a la curación de un hombre enfermo”, en otras palabras: “se halla orientada por la realidad misma del ser sobre el que recae; es decir, por la condición “personal” de la enfermedad y del enfermo” (36).

La medicina moderna ha construido su engranaje conceptual en tanto estudio de la enfermedad y desde allí su práctica se ha constituido desde una forma particular de ser ejercida: “el estilo de la relación médico paciente, la estructura y funcionamiento del equipo de salud, la organización social de la medicina tanto en lo asistencial como en la enseñanza y aprendizaje de la misma” (31). Así entonces, la medicina en tanto saber y práctica, se ha fundamentado en la atención de la enfermedad bien como realidad o como posibilidad, es decir, en tanto curación o prevención. Al

respecto Granda (38) apunta que la razón clínica sobre la cual se fundamenta en gran medida la medicina busca explicar la enfermedad individual, mientras que la terapéutica basada en la tecnología positivista, pretende curarla, de esta manera la medicina constituye su mirada, su saber, sus métodos y técnicas sobre un eje fundamental: el cuerpo enfermo.

Ahora bien, siendo la enfermedad su objeto principal, la medicina moderna agrega un elemento particular en la explicación de este fenómeno: la estructura social. Se posicionan con fuerza corrientes como el positivismo y el materialismo, coincidiendo ambas en ubicar la ciencia y el desarrollo de las fuerzas productivas (economía) como aspecto esencial en la comprensión de los fenómenos salud-enfermedad. No obstante, el positivismo logra un lugar preponderante dentro del campo de la salud. Desde esta corriente, la medicina se posiciona como una institución superior capaz de actuar sobre la enfermedad con el fin de lograr un ideal de progreso y desarrollo económico (36). Su paradigma de acción es la atención individualizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles y la salud tiende a ser concebida negativamente, como ausencia de enfermedad y como condición que es diagnosticada por el médico u otro experto en salud (39). Se ubica al paciente como un sujeto enfermo, desprovisto de saberes y vivencias, capacidades físicas y emocionales, en otras palabras, se despoja al ser humano de la consciencia individual y colectiva de la salud “lo importante es vivir sin observar nada extraño, sin tener conciencia ni siquiera del funcionamiento de nuestros órganos” (39).

No obstante, la reducción de la enfermedad a un problema meramente biológico es insuficiente a la hora de enfrentarse a ciertas situaciones y formas de enfermar, la preponderancia del cientificismo y los dilemas éticos que emergen en nombre del desarrollo y el progreso (39), hacen que surjan nuevos debates en el campo de la salud. Corrientes materialistas y fenomenológicas, plantean el carácter reduccionista de la práctica médica, además de las desigualdades en la distribución de la riqueza y del acceso a los servicios de salud. Se posicionan principalmente desde la fenomenología teorías basadas en la conducta y los estilos de vida saludables, planteando la determinación del entorno social, pero sobre todo la responsabilidad del sujeto en las acciones que pueden quebrar o mejorar su estado de salud (39).

Ahora bien, esta lucha teórica en el campo de la salud, ha respondido a los contextos, crisis y movimientos propios del mundo occidental, bajo preceptos en apariencia diferentes se sostiene en el fondo una idea de sociedad moderna, civilizada y si se quiere sana, que pueda enfrentar los retos de la modernidad. Desde corrientes positivistas hasta aquellas que intentan ubicar la salud en el sujeto, se

conserva en su esencia una práctica despojada de reflexión, de significados, de vivencia, pues una cosa es hablar de un sujeto individual y culpable de su enfermedad y otra es hablar de un sujeto histórico, solidario y situado que puede gestionar la vida a través de una acción consiente en salud.

Por otro lado, cabe resaltar que, si bien el pensamiento occidental se ha atribuido el carácter de universal, esta episteme se constituyó en un constante diálogo con África, Egipto, Asia y posteriormente con América Latina, por lo tanto, este pensamiento desde sus inicios fue el resultado del encuentro entre culturas “Grecia no pudo haber sido posible sin Egipto, sin África, porque Grecia fue un continuo diálogo con Egipto y África. En ese sentido siempre fue también una Atenas negra, pues los griegos prestaron y retomaron muchas cosas, especialmente, de Egipto” (40).

Replantear esta idea permite desoccidentalizar la historia de la modernidad y por su puesto la de la medicina, lo que conlleva a su vez, a proponer una mirada dinámica y compleja de la salud y la enfermedad, además de situarla cultural, geográfica, simbólica y políticamente. En este sentido, el pensamiento occidental no solo siempre fue múltiple, sino que su privilegio histórico es un efecto etnocéntrico de hegemonía (40).

Estas culturas predominantemente orientales y occidentales -Ayurveda de la India, el antiguo Egipto, la antigua China y la Grecia prehipocrática- permitieron que la medicina moderna lograra comprender los fenómenos naturales y cómo estos se relacionaban con el estado de salud de la población. Tenían como punto central la salud y la enfermedad, y su práctica médica consistía en restablecer el orden alterado para conseguir una vida en salud, a través de la referencia a la naturaleza y a las fuerzas divinas o dioses para comprender y restaurar la enfermedad. De igual manera, concuerdan en señalar el organismo como un compuesto de elementos de la naturaleza y de fuerzas espirituales:

Casi todas las grandes culturas coinciden en señalar como elementos primigenios del organismo: el agua, el fuego, el aire (viento) y la tierra, unidos por la armonía del yin y el yang (China), el equilibrio de fuerzas vitales (India) y la equidad (isonomía) entre las sustancias que integran la materia humana. Tal parece que la salud gira en torno a los conceptos de armonía, de equilibrio y de equidad, y lo opuesto se atribuye a la enfermedad (41).

Así mismo, los pueblos ancestrales de América Latina conciben el mundo en conexión con lo sagrado, con el universo, donde lo humano no está en el centro del mundo, sino que hace parte de este junto con lo animal, natural y vegetal. Dentro

de esta concepción “los humanos son parte de la tierra y de su conciencia, no son existencias individuales en un mundo inerte. Cada ser viviente existe porque existen otros” (42). De acuerdo con Mignolo (33), lo anterior permite ensanchar el panorama, ya no hacia una visión del mundo, sino hacia una sensibilidad del mundo, en la cual se amplían los afectos y los campos sensoriales, uno sólo de los cuales es la visión, ya que se va más allá de la prevalente “comprensión técnica e instrumental del mundo, para reintegrarse con el mundo fenomenal y de esa forma contribuir a un reencuentro con el universo numinoso” (42).

Desde esta visión la medicina ancestral se comprende como un todo, donde el ser humano está vinculado a dimensiones que van más allá del ámbito de lo físico, involucrando el territorio, lo espiritual, lo emocional, la relación con los ancestros – vivos o muertos-, con los elementos, en últimas, se comprende como la esencia de la vida.

No obstante, los conocimientos ancestrales han sido invisibilizados ante las lógicas de la colonialidad, “estos saberes han sido desprestigiados, deslegitimados e incluso usurpados y puestos en una jerarquía inferior como saberes de pueblos “atrasados”, “subdesarrollados” o “primarios”, y en el mejor de los casos han sido denominados como “folklore”” (43). Desde allí, la episteme occidental se posiciona en un lugar de poder, desde el cual se configura como mecanismo de dominación cultural, constituyendo un marco de referencia que no permite la comprensión de lo que se ha construido desde otros lugares del mundo y desde otras epistemes, “puesto que no podemos encontrar el camino de salida en el reservorio de la modernidad (Grecia, Roma, Renacimiento, Ilustración). Si nos dirigimos allí, permaneceremos encadenados a la ilusión de que no hay otra manera de pensar, hacer y vivir” (33). De lo que se trata entonces, es de abrir una mirada para entablar un diálogo con múltiples posibilidades de pensar, hacer y vivir, esto es, a múltiples epistemes.

3.2. Referente conceptual

3.2.1. Desarrollo histórico del concepto Salud-enfermedad

Partimos por comprender la salud y la enfermedad como construcciones sociales complejas y dinámicas, dependientes de los grupos humanos, de las fuerzas sociales y de los momentos históricos; “las nociones de salud y enfermedad son construcciones sociales complejas, que han cambiado entre los grupos humanos bajo la influencia de condiciones históricas particulares” (44). Lo anterior nos lleva

a asumir estos conceptos como representaciones sociales particulares, diversas y situadas en contextos culturales específicos.

De acuerdo con esto, resulta necesario para esta investigación revisar de manera general algunos momentos históricos que han determinado las formas de comprender la salud y la enfermedad, sobre las cuales versan actualmente gran parte de los debates en el campo de la salud pública. Para tal fin, retomaremos principalmente los aportes realizados por autores como Rubén Darío Gómez, Leopoldo Vega y Emilio Quevedo.

La Salud y la enfermedad en el mundo antiguo: oriente y occidente

Las primeras culturas o civilizaciones comprendían la salud y la enfermedad como un equilibrio o desequilibrio entre las fuerzas materiales y espirituales, en otras palabras, definían la salud como una compleja pero armoniosa relación entre la naturaleza, las fuerzas divinas y lo humano (41). Para las culturas orientales la salud se encontraba vinculada a todo lo que existe en el universo, así, se consideraba que esta dependía de la armonía entre la dimensión corporal y espiritual. Para la filosofía China, por ejemplo, la salud dependía del equilibrio entre fuerzas femeninas (yin) y masculinas (yang), así “el equilibrio entre el yin y el yang va a depender que el hombre goce de salud o padezca alguna enfermedad” (41). En la India, se comprendía que los elementos del cuerpo humano son los mismos del cosmos - agua, fuego, viento y tierra-, siendo estos los que sostienen y preservan la vida, de esta manera su concepción de salud se fundamentaba en el equilibrio de estas fuerzas elementales “cuando en estos hay un desequilibrio, o perturbación, esto se traduce en tres “desordenes” o defectos (tridosha) que identifican a la enfermedad. En cambio, la salud radica en la armonía de estos elementos” (41).

De manera similar para la sociedad griega, la armonía del todo y sus partes generaba una vida en salud y la desarmonía llevaba a la enfermedad y la muerte. De acuerdo con Gómez, la noción de armonía cobraba un valor significativo, en tanto se le consideraba como la expresión de un ordenamiento en perfecto equilibrio: bello, placentero y valioso. De esta manera, la salud se definía como: “un estado idealizado de la armonía y el orden que rige en todo el cosmos. Para ser sano, todo sujeto debe ajustarse a la ley natural del orden, el equilibrio y la armonía”(44). Partiendo de esta concepción, tiempo después se incorpora la participación de los humores corporales a la comprensión de la salud y la enfermedad, entendiéndose la salud como el estado en el cual estas sustancias se encuentran en su correcta proporción “(...) se pensaba que el cuerpo humano

contiene sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra (y que) éstos son los elementos que entran en su constitución y explican sus dolores y su salud” (41).

Fue precisamente esta última definición de salud (los humores corporales) el fundamento bajo el cual se desarrolla siglos después el pensamiento médico basado en la técnica -antecedente de la medicina moderna-. Esta nueva etapa de la medicina se caracteriza por la separación con las ideas mágico religiosas, de acuerdo con Gómez “varios filósofos de la época expandieron una concepción de la realidad que concebía los fenómenos como procesos naturales, explicables desde las leyes del cosmos y no desde la voluntad de seres sobrenaturales”(44), desde esta perspectiva, la enfermedad comienza a relacionarse con una serie de fenómenos naturales susceptibles de ser modificados o revertidos. Unos de los grandes representantes de esta corriente fue el médico Hipócrates quien reconoce que la realidad está sujeta a leyes físicas definidas, las cuales pueden ser comprendidas a través de la observación y la razón. Esta forma de abordar la realidad redefine la concepción de salud y enfermedad, así esta última se comprende como un fenómeno natural, que no requiere para su explicación involucrar fuerzas espirituales:

Para Hipócrates, el cuerpo humano está compuesto de cuatro humores, resultado de la mezcla de los cuatro elementos. Estos cuatro humores, "sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra: son los elementos constitutivos de la naturaleza humana, y ellos (son) la causa de las enfermedades y de la salud. (El hombre) goza de buena salud cuando los elementos están debidamente equilibrados en lo que respecta a su mezcla, fuerza, cantidad y cuando su proporción está ajustada. Por el contrario, se siente dolor cuando alguno de los elementos se halla en exceso o en defecto, o bien cuando alguno de ellos se separa y no está en proporcionada mezcla con respecto a los demás (22).

Siglos después Galeno de Pérgamo médico del emperador romano Marco Aurelio, hace una relectura de Hipócrates y difunde con fuerza este paradigma médico en todo occidente (22), enriqueciendo y fortaleciendo las ideas de la escuela hipocrática, de esta manera la práctica médica se define como técnica curativa, cimentando la identidad de la medicina occidental como una profesión especializada en la observación y el racionamiento de las alteraciones naturales y corporales:

La enfermedad se consideraba como una condición natural que se impone al cuerpo, y por obra de la cual se desequilibran las funciones vitales. En virtud de esta alteración sufren las distintas actividades en que se despliega la vida natural: respiración, digestión, movimiento de la sangre, actividad nerviosa, sensibilidad, pensamiento. Este proceso no sigue siempre el mismo rumbo, y cada enfermo tiene peculiaridades que no pueden enunciarse por completo (44).

Sentadas estas primeras bases, a lo largo de varios milenios surgirían otros avances en medicina, gran cantidad de descubrimientos e investigaciones biomédicas, que terminan desacreditando métodos antiguos y posicionando progresivamente la enfermedad como un trastorno biológico susceptible de ser observable y la salud como una norma única que regula la vida humana (41).

La salud y en la enfermedad en la edad media y el renacimiento occidental

Durante la edad media occidental, las concepciones de salud y enfermedad se encuentran estrechamente ligadas a las ideas del cristianismo. Así estos conceptos se alejan de las nociones físicas y naturales propuestas por el modelo Hipocrático-Galénico, para pasar a comprenderse como una expresión del ordenamiento designado por Dios –pruebas o castigos-, al respecto plantea Gómez “la enfermedad puede ser el justo castigo por los pecados de quien desobedece la ley divina; pero puede ser también una prueba purificadora establecida por la misericordia de Dios (44)

A partir del renacimiento se generan importantes transformaciones en occidente, tal es el caso de la caída del sistema feudal y el surgimiento de la ideología burguesa, momento histórico donde se estructura y se define con fuerza el paradigma de la modernidad (22). Los desarrollos técnicos, las investigaciones y descubrimientos biomédicos desacreditan con mayor fuerza los diversos métodos antiguos, y se posiciona una práctica que dirige sus esfuerzos a “objetivar las alteraciones funcionales del organismo” (39), la lesión se convierte en el aspecto definitorio de la enfermedad, comprendiéndose esta como un “proceso con alteraciones locales (lesiones) que provoca trastornos funcionales (disfunciones) debidas a causas identificables (internas/genéticas, o externas) y que siguen una evolución peculiar, constante y medible” (39). Se pierde la vinculación con la salud y se focaliza una medicina pensada desde y para la enfermedad.

La medicina moderna: la salud y la enfermedad como realidades biológicas e individuales

Las concepciones sobre salud y enfermedad se constituyen en un elemento indispensable para la medicina moderna, dado que se articulan de manera directa con las pretensiones de progreso y crecimiento económico como parte de los ideales de la modernidad, desde donde se impulsaron estrategias para mejorar las condiciones de salud de la población, haciendo especial énfasis en las lesiones corporales, atribuyendo a la enfermedad un carácter biológico e individual. Es de anotar, que la medicina moderna y por ende las concepciones sobre salud y enfermedad no permanecieron estáticas, por el contrario, fueron influenciadas por

los avances progresivos de la ciencia y la tecnología, a través de los cuales fueron emergiendo enfoques en la comprensión y tratamiento de las enfermedades (44).

Sin embargo, podríamos mencionar como aspecto general, que la medicina occidental comienza a comprender las enfermedades como “categorías abstractas y ontológicas, construidas a partir de signos observables y síntomas comunes, los cuales configuran un patrón universal al que debe ajustarse cada individuo enfermo” (44). De acuerdo con esto la enfermedad comienza a ser asumida bien como: (i) realidad anatómica fraccionada del resto del cuerpo, separada del sujeto que sufre y aislada del contexto histórico; (ii) alteración funcional y cuantitativa de la maquinaria humana, que se ha apartado del orden natural, posible de observar en un laboratorio; (iii) alteraciones orgánicas desarrolladas en un individuo (hospedero) como resultado de la acción de un agente causal externo identificable que ingresa al cuerpo en ciertas condiciones ambientales; (iv) alteraciones o desviaciones que interfieren con los roles y las actividades cotidianas necesarias para el buen funcionamiento social; (v) proceso biológico individual, como una reacción del organismo humano a un cambio externo que desequilibra su ambiente interno (44) (22).

Es de anotar que en estas definiciones –aquí brevemente enunciadas- encontramos como aspecto en común un carácter biológico e individual en la comprensión de la enfermedad, desconociendo aspectos históricos, sociales y culturales que son determinantes en la comprensión, significación y formas de tratar la enfermedad. Así mismo, la salud aparece como aspecto secundario referido a la normalidad y/o funcionalidad del cuerpo, o como simple ausencia de la enfermedad. En todo ello, aparece la salud y la enfermedad como realidad externa al sujeto, observable desde la ciencia y cuya comprensión solo es posible a través de la medicina occidental como saber legítimo y universal.

3.2.2. El proceso salud-enfermedad como objeto de estudio de la salud pública

Si bien esta comprensión de la salud y la enfermedad ha permeado el conocimiento y la práctica de la salud pública oficial, es importante señalar en esta investigación algunos aportes que sobre esta conceptualización han realizado algunas corrientes críticas al interior de la salud pública. Lo primero que nos parece importante señalar, es el carácter dialógico que se propone en la comprensión de la salud y la enfermedad, dejando de ser dos realidades separadas, para asumirse como un proceso complejo, dinámico, social y biológico, que tiene lugar en los colectivos humanos y no simplemente en un organismo individual. Así, encontramos en autores como Asa Cristina Laurell, Vicente Navarro y Edmundo Granda

comprensiones que amplían y complejizan las formas de abordar la salud-enfermedad.

Retomando a Laurell y a Navarro, desde los años 60's y 70's tiene lugar un importante cuestionamiento al paradigma biológico individual desde el cual se venía abordando la enfermedad "lo que se discute es si ésta es esencialmente biológica o, por el contrario, social" (45). A esta crítica al paradigma médico dominante, se suman fuertes movilizaciones sociales que tienen lugar en la mayoría de países industrializados, donde se cuestionan las precarias condiciones de vida y de salud de los trabajadores. Por su parte en América Latina, no solo se evidencia la crisis de la medicina, sino la insuficiencia de paradigma dominante para dar respuesta a las necesidades de salud y transformar las condiciones de vida de la población (46).

El motor principal, interno a la medicina, que da origen al cuestionamiento del paradigma médico biologista se encuentra en la dificultad de generar un nuevo conocimiento, que permita la comprensión de los principales problemas de salud que hoy aquejan a los países industrializados, eso es, los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos. Se deriva, además, de una crisis de la práctica médica ya que parece claro, especialmente desde el horizonte latinoamericano, que la medicina clínica no ofrece solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad, hecho que se demuestra en el estancamiento de éstas en grandes grupos o su franco deterioro en otros (45).

Estos cuestionamientos llevaron a observar las limitaciones de la concepción biologista de la enfermedad, poniéndose mayor énfasis en la comprensión del proceso salud-enfermedad desde su carácter social e histórico. De acuerdo con Navarro, estos cambios paradigmáticos han respondido precisamente a los momentos socio-políticos y a la presión de los movimientos sociales, más que a la misma evolución de la ciencia médica:

Podemos ver, pues, cómo la definición de lo que es salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica, sino también social y política, entendiendo como tales las relaciones de poder dentro de la sociedad (...) En realidad, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir, de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea (24).

Ahora bien, consideramos importante para esta investigación, enunciar dos aportes que al interior de la salud pública se han realizado sobre el proceso salud-enfermedad:

Salud-enfermedad como proceso social e histórico

Lo primero que tendríamos que resaltar de esta concepción social del proceso salud-enfermedad es su carácter colectivo. En tal sentido, este proceso no está dado por el estudio del individuo como sujeto biológico, aislado y ahistórico, sino por el modo característico en que las colectividades humanas pueden enfermar o morir según el contexto social que las determina (45). Desde esta perspectiva, lo colectivo se comprende más allá de la “suma de individuos” clasificados según ciertas patologías o rasgos demográficos, para abordarse como totalidades, cuyas características -económicas, políticas, sociales, culturales- van más allá de las propiamente individuales y biológicas (20).

El primer elemento que habría que recoger es el hecho de que el carácter social del proceso salud enfermedad se manifiesta empíricamente más claro a nivel de la colectividad que en el individuo (...) Esto indica que nuestro objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo. Sin embargo, no podría ser cualquier grupo sino uno construido en función de sus características sociales, y sólo en segundo lugar las biológicas (45).

En segundo lugar, el proceso salud-enfermedad adquiere una dimensión histórica, esto quiere decir que las condiciones de salud de la población pueden variar de acuerdo con las características propias de cada momento histórico y en ello -como ya lo hemos mencionado- a las fuerzas sociales que impulsan cambios paradigmáticos, veamos aquí dos ejemplos propuestos por Navarro y Laurell. En el primero, el autor expone como la silicosis fue reconocida a principios de los años 20 como enfermedad ocupacional en Gran Bretaña, mientras en Estados Unidos este reconocimiento tardó unos años más, ahora, esta diferencia se debe a la fuerza del movimiento obrero en Gran Bretaña, mucho más organizado e influyente que en Estados Unidos; Laurell plantea que de acuerdo con un estudio realizado en Costa Rica el riesgo de morir en temprana infancia según la clase social, está estrechamente relacionado con la forma como el padre se inserta al proceso de producción –ocupación-, así la probabilidad de que un niño de clase baja muera a los dos años, es mucho más alta que la de un niño de clase alta y cinco veces mayor si se trata de un niño campesino.

De acuerdo con estos autores, vemos cómo lo social no opera como aspecto biológico o causa de la enfermedad (riesgo), sino como un sistema complejo donde se produce y se reproduce la vida social “(...) los incrementos en las enfermedades antes mencionados no se explican partiendo de la práctica médica. Habría que buscar, entonces, la explicación no en la biología o en la técnica médica sino en las

características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos” (45).

Finalmente, nos parece importante señalar el carácter dialógico que adquiere la salud y la enfermedad. De acuerdo con Laurell –retomando postulados de la determinación social de la salud-, a partir de la comprensión de la salud y la enfermedad como proceso social, es posible recuperar la unidad entre ambos conceptos. Esto se da principalmente por la relación que adquieren lo biológico y lo social, lo que significa reconocer la especificidad de cada uno y la relación que guardan entre sí “(...) ya que al preocuparse por el modo como el proceso biológico se da socialmente, necesariamente recupera la unidad entre “la enfermedad” y “la salud” dicotomizada en el pensamiento médico clínico” (45).

De manera similar, Rubén Darío Gómez propone la categoría de “metabolismo social”, un concepto referido a la relación e intercambio que guardan la naturaleza y lo social “la noción de metabolismo social no solamente desvirtúa la dicotomía naturaleza – sociedad, sino también la supuesta separación entre el ser humano y la naturaleza que ha reducido la noción del ambiente a lo externo” (44). A través de esta categoría se propone comprender lo social y lo biológico como determinantes de la vida humana, incluyendo los modos de abordar el proceso salud-enfermedad “ya no podemos hablar de fenómenos meramente biológicos, ni de hechos meramente sociales, sino de procesos humanos donde se integran la naturaleza y la sociedad” (44).

Salud, poder de la vida y retorno del actor con vida

De acuerdo con Granda, la salud pública oficial parte del presupuesto filosófico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la comprensión de la salud denominándola como “enfermología pública”, de esta manera su práctica se ha orientado al descubrimiento de las “causas” que se encuentran por fuera del organismo enfermo:

La salud pública se ubica por fuera y en un antes de que la sumatoria de máquinas corporales enfermen. Ubicada la enfermología pública en el espacio y el tiempo del riesgo, entonces ella cumpliría su práctica fundamental, cual es prevenir las acciones de posibles entes patógenos, ya que cuando éstos anidan en el cuerpo de la persona y la enferman, ese espacio será ocupado por el médico (38).

Ante esta forma como la salud pública ha venido abordando la salud, esto es “el extraño enamoramiento de la salud pública por la enfermedad y la muerte” (38), Granda propone tres metáforas “el poder de la vida”, “el poder del conocimiento” y

“el buen poder político”. Nos detendremos brevemente en lo planteado en la metáfora del “poder de la vida” anunciando algunos elementos importantes: (i) se asiste a la recuperación del saber y el conocimiento del sujeto, (ii) se supera la visión del “riesgo” como determinante de la enfermedad, dando paso comprensiones de salud que la ubican en un contexto local, particular e histórico, (iii) se reconoce la colectividad como actor con vida, capaz de experimentar la salud y construir realidad, y (iv) se concibe la salud como la vida, y no solo por descuido de la enfermedad.

Ahora bien, de acuerdo con lo planteado, asistimos a una comprensión del proceso salud-enfermedad como dimensión social e histórica, local y dependiente de los contextos particulares desde donde se produce y se reproducen representaciones y significados con respecto a la salud y la enfermedad. Si bien reconocemos estos aportes, queremos proponer a continuación algunas reflexiones que podrían ampliar el conocimiento en salud pública, ello implica el reconocimiento de otros constructos teóricos y prácticos sobre la salud que han quedado por fuera de la episteme de la razón moderna, e incluso de las vertientes críticas al interior de la salud pública.

En tal sentido, encontramos en la interculturalidad una alternativa para generar encuentros entre diferentes formas y concepciones del mundo y de producción de conocimiento en salud, como son aquellas desarrolladas por los grupos sociales subalternizados. Al respecto nos preguntamos ¿cómo poner en diálogo conocimientos de la ciencia occidental con aquellos que históricamente han sido invisibilizados? ¿cómo generar un acercamiento entre los métodos de la ciencia occidental y otras formas de producir conocimiento desde los grupos subalternos? Nos encontramos aquí frente a un problema de diálogo entre culturas, por ello, es necesario entonces abrir la posibilidad a un dialogo intercultural en salud.

3.2.3. Interculturalidad en salud como aporte a la construcción de nuevo conocimiento en salud pública

Para efectos del presente trabajo de investigación se tiene en cuenta la interculturalidad ya que es importante en un país diverso como Colombia tejer lazos con los conocimientos de las comunidades afros, indígenas y campesinas. La situación en Colombia en este sentido no es muy distante de aquella que se vive en América Latina, especialmente en aquellos países con un alto grado de diversidad étnica y cultural tales como México, Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil, entre otros. La interculturalidad ha sido un tema clave para la región debido a la necesidad de articulación de los grupos históricamente excluidos, especialmente después del llamado retorno a la democracia durante la década de los ochentas y noventas.

Según Boaventura de Sousa Santos el multiculturalismo y la interculturalidad han sido conceptos que ha utilizado el Estado y que ha neutralizado, entendiéndolo como una actitud pasiva de tolerancia frente a otras culturas pero que mantiene la supremacía y la “pureza” de la cultura occidental, dice:

En los países centrales –de Europa y América del Norte– el multiculturalismo se entendió principalmente como la expresión de la tolerancia de la cultura occidental hacia otras culturas. Ahora bien, sólo se tolera lo intolerable o aquello que no nos interesa o no nos concierne. En ninguno de los casos se admite la posibilidad de la transformación de la cultura occidental como resultado del contacto con otras culturas, es decir, la posibilidad de transformación y enriquecimiento mutuo como resultado de diálogos promovidos a partir del reconocimiento de la copresencia de varias culturas en el mismo espacio geopolítico. A esta concepción del multiculturalismo la llamo multiculturalismo reaccionario (25).

En contraposición a lo que llama multiculturalismo reaccionario propone entonces la interculturalidad decolonial, la cual se basa en:

El reconocimiento de las asimetrías de poder entre las culturas, reproducidas durante una larga historia de opresión, pero no defiende la incomunicación, la indiferencia y mucho menos la inconmensurabilidad entre ellas. Considera, por el contrario, que es posible el diálogo intercultural siempre que sean respetadas determinadas condiciones que garanticen la autenticidad del diálogo y el enriquecimiento mutuo. Este diálogo no es posible si no se modifican las condiciones dominantes de tolerancia de la cultura autodesignada superior en relación con las otras culturas presentes. La tolerancia conduce a la guetización de las otras culturas (25).

En concordancia con lo planteado por Boaventura, queremos retomar algunas propuestas sobre interculturalidad en salud desde donde se han venido problematizando las formas hegemónicas en el abordaje teórico y práctico de este concepto y sobre las cuales es necesario seguir profundizando con el fin de seguir forjando una interculturalidad realmente dispuesta a dialogar y a construir conjuntamente conocimiento en salud.

Una de las principales dificultades mencionadas es de carácter epistemológico, ello tiene que ver con las formas diversas en que los sistemas médicos –occidentales, populares, alternativos, tradiciones- tienen para explicar la salud y la enfermedad, a lo anterior se suma el contexto de relaciones de poder y dominación social donde se impone la medicina occidental moderna como validadora y legítima en el abordaje de la salud (47), lo que hace según Parra y Pacheco que el sistema médico

occidental moderno: (i) sostenga una visión de salud centrada en el componente biológico, desconociendo el contexto social y cultural; (ii) manifieste poco interés por los modelos epistemológicos propios de los sistemas médicos tradicionales; (iii) refuerce la estigmatización de la medicina tradicional como exótica, mágica, popular, folclórica; (iv) subestime los conocimientos en salud de otros ámbitos y agentes que trabajan la medicina (médicos tradicionales), lo que pone en evidencia una relaciones de hegemonía/subalternidad en el abordaje de la interculturalidad en salud:

En términos ideológico-culturales, las relaciones de hegemonía/subalternidad van inherentes a la articulación o vinculación de saberes que al colocar a los sujetos sociales en planos distintos, impiden el diálogo. En ellas subyacen la desvalorización, descalificación y negación del “otro” o subalterno, que es el extraño o desconocido al “yo”. La intromisión del poder en el saber asfixia la libertad de pensamiento, porque impone su interpretación de la realidad como única y válida (48)

Así mismo, desde esta relación desigual -hegemonía/subalternidad- se presenta una apropiación de los saberes tradicionales en salud por parte de la medicina moderna y una tecnificación de ellos como requisito para poder abrirse al “encuentro cultural”, donde la integración de conocimientos para la atención en salud se sigue dando bajo el referente cultural de occidente, lo que termina reproduciendo la hegemonía de la biomedicina sobre los saberes médicos tradicionales “(...) ya sea apropiándose de los conocimientos de los segundos, o bien, avalándolos a través de la capacitación de los técnicos populares como recurso subordinado del sector salud” (48).

Lo que encontramos de fondo es un pensamiento en salud instalado en una visión eurocéntrica que ha limitado la posibilidad de construir de manera colectiva un conocimiento en salud desde una perspectiva intercultural y decolonial, en tal sentido, consideramos que el abordaje conceptual y práctico de la interculturalidad implica su redefinición, ello a partir de otras visiones y opciones de conocimiento que han logrado sostenerse pese a los impases de la modernidad occidental “(...) hay que destacar como se han originado otras visiones y opciones de conocimientos sobre el contexto del continente que se han fraguado en los márgenes a partir del rico y dinámico reservorio de formas ancestrales de existencia en la región” (49).

Ahora bien, para hacer posible un diálogo intercultural y respetar las “condiciones que garanticen la autenticidad del diálogo y el enriquecimiento mutuo” (50) queremos mencionar de manera general algunos presupuestos que a nuestro criterio aportarían reflexiones y ampliaciones al concepto de interculturalidad en

salud, desde donde además se podría potenciar nuevo y renovado conocimiento para la salud pública:

El conocimiento en salud no está acabado. Se parte de la premisa de un conocimiento en construcción que requiere de miradas diversas que aporten a formas más dinámicas y complejas de acercarse a la realidad social y cultural. En palabras de Boaventura (25) se trata de la idea de la imposibilidad de completitud cultural, esto es, que cada cultura genera conocimientos relacionados con intereses propios y con experiencias propias y que en la medida en que sus conocimientos son parciales y se contienen por los límites propios de su experiencia siempre existirá la posibilidad de ignorar algunos asuntos que otras culturas y formas de conocer pueden haber explorado de manera más profunda o simplemente diferente, así se parte de rescatar aquellos conocimientos que por no ser calificados como científicos o producidos desde centros académicos, se convierten en conocimientos “residuales”. Este principio del carácter “incompleto de todos los conocimientos” es la condición para la posibilidad de un diálogo y un debate epistemológico entre ellos. En este sentido, partimos por reconocer que el conocimiento en salud no está acabado, sino en permanente proceso de hacerse (47), premisa que resulta indispensable para avanzar en propuestas de interculturalidad en salud.

Asumir los saberes en salud como construcciones culturales, históricas y localizadas. Todas las colectividades humanas poseen conocimientos que se expresan de formas distintas, los cuales están determinados por las interacciones que se construyen con el entorno y la cultura, así:

Podríamos afirmar que cualquier sistema que ha preservado la vida de su grupo sociocultural, ha desarrollado un conocimiento sobre la salud que sólo puede entenderse endógenamente, desde los acoples estructurales de dicho grupo humano con su entorno; en esa medida, es asimilable al de cualquier otro sistema cultural médico en cuanto a veracidad, sin importar las diferencias epistemológicas entre los conocimientos logrado (48)

De esta manera, podríamos avanzar en comprender que las diferencias de los modelos explicativos de la salud y la enfermedad “no obedecen a jerarquías de verdad sino a perspectivas culturales y de valores distintas, a cosmovisiones y definiciones de ser humano diferente y a relaciones de poder y de dominación social” (47).

Diálogo y respeto mutuo: “ética de la otredad”. El respeto por los sistemas médicos no occidentales, debe trascender el simple “reconocimiento” -desde donde se les ha atribuido una identidad reducida- para transitar hacia la comprensión del otro y

de su realidad, estableciendo diálogos horizontales que partan de la valoración del otro y de su saber, lo que significa “(...) pasar por un proceso en el que se aprenda a aprehender las representaciones sociales y prácticas del *otro*. Ambos casos exigen una postura de reflexión crítica y autocrítica a partir de la capacitación dialéctica para aprehender al *otro*” (48). Así se hace necesaria la construcción de principios y formas de relacionamiento que permitan forjar una ética de la otredad, la cual permite “reconocer que el “yo” se construye en el “otro”, y de la proximidad del “yo” con el “otro” es posible pasar a un “nosotros”, que es ponerse en los zapatos del otro. De este modo, ningún sujeto social se subordina ni subordina al “otro”” (51).

Pensamiento “otro” en salud. Con ello nos referimos a la construcción de un conocimiento en salud que no tenga como punto de referencia el conocimiento occidental, esto es el poder situarnos en un pensamiento que permita descolonizarse (49), lo que lleva a poder re-pensar y re-hacer la interculturalidad para construir nuevas narrativas y relatos en salud, así “el pensamiento otro posibilita la transmisión escrita y oral de un conocimiento diferente, una racionalidad no occidental vigente dentro de estas comunidades para divulgar y compartir la visión negada de sus mayores y mayores, abuelos y abuelas, ancianos y ancianas, según sea la tradición cultural a la que éstas correspondan” (49).

Ahora bien, teniendo presente este último aspecto, necesario desde nuestro punto de vista para avanzar en un real diálogo entre saberes, es importante para esta investigación definir -de manera general- lo que aquí comprendemos por medicina ancestral/tradicional.

Sistema médico ancestral/tradicional indígena⁵

Por sistemas médicos culturales comprenderemos en esta investigación el “conjunto de procesos culturales dinámicos y complejos que reflejan un modelo explicativo original de las experiencias de salud y enfermedad” (47). Su propósito consiste en garantizar la vida y la reproducción biológica, sociocultural y ambiental de su población mediante la comprensión y el mantenimiento de la salud (47). Los sistemas médicos adquieren su significación en salud a través de su dimensión conceptual y práctica, la primera recoge el conjunto de pensamientos, saberes, creencias y conocimiento en salud y enfermedad, y el segundo hace referencia a

⁵ La mayoría de los textos que abordan los sistemas médicos culturales, hacen referencia a la medicina tradicional indígena, incluso así nombrada desde las estrategias oficiales de la OMS. Sin embargo, a lo largo de esta investigación la nombraremos como medicina ancestral, reconociendo en ella su origen y naturaleza milenaria, además así es nombrada por los pueblos indígenas latinoamericanos.

las formas técnicas de curación y acciones para comprender y restaurar la enfermedad (47).

Ahora, los sistemas médicos tradicional/ancestral comprenden el conjunto de elementos prácticos y teóricos que tienen un arraigo histórico, cultural y social dentro de la tradición de un pueblo y que son transmitidos de generación en generación a través de la oralidad (52), de esta manera “el conocimiento tradicional va a la esencia misma del hombre, a su estructura primordial (...). Este conocimiento tradicional no saca al hombre de su estructura básica, no lo observa como un individuo sin interacción; al contrario, su estudio va dentro de todo su contexto social, su funcionalidad y sus alteraciones” (52).

Tabla 1. Algunas diferencias en la dimensión conceptual de los sistemas culturales médicos

Sistema cultural medicina tradicional	Sistema cultural medicina occidental moderna
Todas las partes del mundo natural tienen espíritu	El espíritu es un asunto religioso o filosófico y no científico
Todas las formas de vida están emparentadas y son interdependientes	Tendencia a considerar la interdependencia aunque prima la especialización
Es holístico	Es reduccionista
Enraizado en un contexto social	Se organiza jerárquicamente y se compartimentaliza en forma vertical
Da explicaciones a partir de fenómenos ambientales, de experiencias acumulativas, colectivas y espirituales	Da explicaciones científicas positivistas
Está fundamentado en una base espiritual	Está fundamentado en el reduccionismo, el objetivismo y el positivismo
El rol del sujeto es activo e involucra a la comunidad	El rol del sujeto por lo general es pasivo
Su objetivo es curar el cuerpo, la mente, el espíritu, la tierra y la historia	Su objetivo es restaurar o mantener el cuerpo biológico
Dentro de las técnicas de curación se encuentran las plantas, animales, minerales, terapias espirituales, entre otras	Su técnica de curación se fundamenta en la tecnología para diagnóstico y tratamiento.

Tomado de: ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. Leonardo Parra Beltrán, Ana María Pacheco Castro.

En la anterior tabla, observamos el modelo epistemológico sobre el cual versan los sistemas médicos –occidentales, tradicionales-, en el cual podemos reconocer en

la medicina ancestral/tradicional un sistema organizado de conocimiento, sistemático y ordenado que contiene una forma propia de comprender la vida, la salud, la enfermedad y la relación del ser humano con la naturaleza:

En los sistemas culturales médicos tradicionales los elementos de la dimensión conductual reflejan un pensamiento integral o ecosistémico, que valora equitativamente las diferentes dimensiones del ser humano y su interrelación íntima con el contexto sociocultural y natural. Estas diferencias de la acción en salud se fundamentan en la especificidad de los significados que cada sistema cultural médico otorga a los elementos que conforman los modelos explicativos de la enfermedad (47).

De esta manera, la medicina tradicional/ancestral refleja un conjunto de saberes ancestrales, que permiten ver una compleja pero armoniosa forma de concebir la relación del ser humano con el universo, además de contener en su interior formas propias en la comprensión de la salud, la enfermedad, el cuerpo, la curación, reconociendo la espiritualidad como un componente central en los procesos de sanación y su terapéutica (53).

Es así como esta investigación se pregunta por los significados en salud que subyacen de una práctica de medicina ancestral, en tanto posibilidad abierta para ampliar el conocimiento, desde el cual es posible emprender un diálogo en salud. De esta manera, se retoma en esta investigación el concepto de significados, lo entenderemos aquí como una producción social situada en un contexto cultural, social e histórico, el significado es un consenso social, que parte de la experiencia subjetiva y que dota de intencionalidad una acción, de esta manera se comprende como: “una construcción humana colectiva, llevada a cabo por seres que están organizados en comunidades, la significación es, por consiguiente, un producto social. Interpretamos la realidad de acuerdo con nuestra cultura, y esa interpretación está condicionada por un conjunto de prácticas sociales y culturales, propias de la comunidad a la cual pertenecemos” (54).

4. Memoria metodológica

(....) Y entonces quedaron callados los dioses porque se dieron cuenta que, cuando cada uno decía “los otros”, estaba hablando de otros diferentes. Después de un rato que se estuvieron callados, los dioses primeros se dieron cuenta que ya tenían un acuerdo y era que había “otros” y que esos “otros” eran diferentes del uno que era. Así que el primer acuerdo que tuvieron los dioses más primeros fue reconocer la diferencia y aceptar la diferencia del otro. Y qué remedio les quedaba si de por sí eran dioses todos, primero todos, y se tenían que aceptar porque no había uno que fuera más o menos que los otros, sino que eran diferentes y así tenían que caminar (relatos del viejo Antonio).

Esta memoria metodológica tiene la intención de dar cuenta de la vivencia durante la investigación, así como el proceso planeado desde los pasos asumidos para dar respuesta a nuestras preguntas de investigación.

Esta investigación fue construida a dos voces, dos pensamientos que se conjugaron con la diversidad de voces presentes en la comunidad Carare para la construcción de conocimiento. Para dar pie a lo recogido durante este proceso, iniciamos diciendo que la construcción del conocimiento aquí cristalizado atravesó nuestra vivencia, no solo por las implicaciones de la realización de un proyecto donde como investigadoras somos transformadas constantemente en cada encuentro, sino porque la selección misma del campo de estudio estuvo marcada por nuestra experiencia previa en la comunidad Carare; así al llegar a la maestría en Salud Pública ya hacíamos parte de esta comunidad, ya habíamos vivido la medicina ancestral de la comunidad Carare, ya habíamos recibido la sanación, la bondad y el amor de las plantas sagradas que allí se tienen: yagé, mambe y ambil. Lo cual nos permitió desde nuestra vivencia construir las preguntas que guiaron esta investigación.

Así, ser parte y hacer parte de la comunidad Carare fue vivir la experiencia de la investigación, cada comprensión aquí nombrada representó una vivencia que atravesó el cuerpo, el pensamiento, el sentir y la vida misma, recordándonos como mujeres latinoamericanas, de pensamiento ancestral amerindio, hijas de grandes mujeres y hombres, de poderosas abuelas y abuelos, mujeres que hoy revivimos la historia de nuestros antepasados indígenas, negros, campesinos, mujeres que desde esta diversidad hoy plasman en esta investigación la posibilidad del diálogo, de la apertura a saberes y conocimientos otros. Así el vivir esta investigación fue tomar postura, recordar para qué investigamos, reconocernos desde aquellos

lugares epistemológicos que invitan a decolonizar el ser y el saber para construir apuestas individuales y colectivas a favor de la vida.

4.2. Tipo y diseño de estudio

Esta investigación partió del reconocimiento de formas diversas de habitar la tierra, de formas “otras” de significar y trabajar por la vida, en palabras de Walter Mignolo de las “variadas oposiciones planetarias al pensamiento único” (55), las cuales nos permitieron vislumbrar nuevos horizontes epistemológicos, teóricos y metodológicos que aportan al desarrollo de la salud pública. En este sentido, cuestionamos la idea de un mundo que se piensa y se construye únicamente bajo la lógica de la modernidad como único y posible, y más bien nos situamos en la pluridiversidad de pensamientos y prácticas localizados y contruidos por medio de experiencias y discursos que si bien dialogan, no se refieren a una sola forma de comprender y vivir en el mundo.

La presente investigación es un estudio de carácter cualitativo, dada la naturaleza del objetivo que buscó comprender los significados en salud desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare. Se asumió como opción metodológica la investigación dialógica desarrollada por el profesor Alfredo Ghiso, encontrándose en esta una propuesta renovadora, que permitió acercarse a los sentidos y significados que los sujetos construyen a partir de su práctica en salud, los cuales emergen como alternativa ante la reducción de la diversidad como premisa del pensamiento único. Por ende, desde esta propuesta metodológica, fue posible hablar de un conocimiento que no tiene una pretensión de universalidad, pues es situado, vivencial, experiencial, colectivo e inacabado. Al respecto apunta Ghiso:

La investigación social dialógica como práctica social de resistencia no opera desde lo espontáneo, es una práctica intencionada, formativa y constructora de ambientes de reflexión y autorreflexión (crítica), y de intersubjetividad (comunicativa). El problema aquí no son las técnicas de generación de información, (reconociendo que no hay técnicas neutras) la clave de su diseño y aplicación está en la naturaleza e interés que las configura: comunicación, interacción y diálogo crítico (56).

Acorde con este método, se favoreció el diálogo, la interacción y la comunicación como puentes que permitieron el reconocimiento de los campos de tensión entre semejantes/diferentes, potenciando la capacidad de reinvención, reconocimiento y conocimiento sobre los sentidos, las experiencias, las vivencias y las significaciones alrededor de la salud, donde a partir del encuentro dialógico entre los sujetos, estos pudieron verse a través del otro. En este sentido, el diálogo permitió el

reconocimiento de los participantes del estudio como sujetos dialogantes, portadores de conocimiento y agentes transformadores de sus contextos.

Desde esta perspectiva, la realidad social fue comprendida como una construcción social, histórica, política, económica y simbólica que es dinámica, construida, validada, significada, re-significada y transformada constantemente por medio de la interacción entre las personas; donde tanto el investigador como los sujetos que participan de la investigación hacen parte de un “mismo proceso en el que interactúan permanentemente en el cual ponen en escena su ser, sus pensamientos, sus posturas y sus formas de concebir el mundo” (57).

La hermenéutica en esta investigación se comprendió como el camino que nos permitió categorizar, contextualizar, relacionar, comprender y problematizar los significados y sentidos de los relatos de los sujetos que hacen parte de la comunidad Carare, en palabras de Ghiso, la hermenéutica es “comprender, a partir de experiencias, las partes y la totalidad de la vida desde sus manifestaciones de VIDA a lo largo de la historia de un individuo, de un grupo o de una institución social. Es tomar conciencia de la dimensión configurativa histórico/cultural de todas las objetivaciones por medio de las cuales se expresa socialmente la vida de los sujetos” (58), buscando develar los ámbitos significativos alrededor de la práctica en salud desarrollada por comunidad Carare.

En este sentido, fue necesario una visión integrativa donde tuviéramos en cuenta nuestras propias limitaciones e intereses como investigadoras, a la vez que reconociéramos las potencialidades y propósitos que los sujetos tuvieron sobre esta investigación, pues como investigadoras, observamos e interactuamos, y somos a la vez transformadas (59), estamos inmersas, nos situamos dentro con nuestras subjetividades, vivencias y valores personales y colectivos. Por tanto, reconocemos que en la medida en que interactuamos, se está construyendo un constante diálogo intersubjetivo, donde la realidad vivida y estudiada está en constante transformación y observador y observado se entretienen en un mismo juego dialógico, en el que la autocomprensión y la comprensión de otras vidas no son separables (58). De acuerdo con Irene Vasilachis lo anterior implica el paso del *sujeto cognoscente* al *sujeto conocido*, a este respecto apunta “la epistemología del sujeto conocido viene a hablar allí donde la epistemología del sujeto cognoscente calla, mutila o limita, e intenta que la voz del sujeto conocido no desaparezca detrás de la del sujeto cognoscente, o sea tergiversada como consecuencia de la necesidad de traducirla de acuerdo con los códigos de las formas de conocer socialmente legitimadas” (59).

Por tanto, el proceso investigativo se realizó con la comunidad Carare, a partir de la generación de escenarios de diálogo que propendieron por una ruptura con la figura tradicional del investigador como portador de conocimiento, en esta medida, nos identificamos como semejantes, ello significó la concepción de un sujeto “autónomo, crítico, con capacidad de incidir en su realidad”, en una relación entre sujeto-sujeto, reconociendo al sujeto conocido como portador de conocimiento y al investigador como sujeto con sensibilidad social capaz de reconocerlo y de construir conjuntamente. Lo cual posibilitó espacios de reflexión y autorreflexión compartida en el proceso de investigación (56).

En este punto consideramos importante hacer alusión a las condiciones bajo las cuales se realizó esta investigación y que incidieron como posibilidades y/o retos para su desarrollo. De un lado, queremos resaltar el hecho de ser parte de la comunidad Carare, y del otro el trabajo colectivo, siendo además una construcción entre dos.

El ser parte de la Comunidad, nos permitió tener una cercanía al campo de estudio, pues ya teníamos unas relaciones de confianza establecidas con los sujetos que hacen parte de esta Comunidad, aspecto que facilitó la recolección de la información. Así mismo, al haber vivenciado la práctica de medicina de la Comunidad, este proyecto partió de afectos, sensibilidades y sentido de pertenencia, que a su vez nos permitieron conocer la experiencia desde adentro, compartiendo muchos de los sentidos y significados de su práctica en salud, haciendo parte del mismo entramado sociocultural, donde “en el diálogo la palabra del otro alcanza nuestras significaciones y nuestras palabras alcanzan las suyas” (58). Al respecto apunta Morales:

Para comprender la cultura indígena, y en particular su medicina, es necesario ser un observador participante, conocer la experiencia desde adentro y compartir el sentido y significado de sus experiencias de sanación —las plantas, la música, la danza, las palabras, el sentido y el momento cósmico particular de cada performance—, de otra manera son solo visiones fragmentarias que pueden caer en un esquema colonialista fragmentario, ya que no es la vivencia de la comunidad (3).

Es por esto que, desde la investigación dialógica, “se asume como punto de partida que la experiencia humana no se interpreta por fuera del contexto de relaciones que la configuraron como tal” (58). Por lo que esta misma condición nos planteó el reto de investigar desde adentro sin perder de vista los discursos, sentidos, significados y prácticas de los sujetos, cuidando a la vez nuestras propias percepciones, interpretaciones, vivencias y limitaciones. Así, “en el abordaje es necesario tener en

cuenta las limitaciones que tiene cualquier investigador al estar involucrado dentro de una cultura, la cual le imprime unidades culturales y trata de transmitir, dentro de un *imprinting* que le limita la posibilidad de observaciones “objetivas”, una ilusión de objetividad” (3).

Esta investigación realizada y sentida por dos investigadoras, además como construcción colectiva, nos ha permitido reflexionar que pese a las pretensiones individualistas de la modernidad, es posible la construcción colectiva de conocimientos y la creación de horizontes comunes, lo que requiere ante todo de acuerdos y escucha, que permitan forjar relaciones fundamentadas en el respeto, en el amor, en la comprensión de los momentos y ritmos individuales sin que ello signifique una barrera para el trabajo colectivo, el cual permite “profundizar y afinar nuestro acervo metodológico, desnaturalizando las tendencias que apuntan hacia el trabajo solitario que promociona la idea del/a experto y que tratan de eliminar los disensos para generar consensos (60).

4.2.1. Momentos metodológicos

La investigación se concretó en una serie de momentos, caracterizados por dinámicas que propiciaron encuentros dialógicos, donde pudimos indagar por los significados, sentidos y saberes que sobre la salud ha construido la Comunidad.

Frente a las estrategias metodológicas María Cecilia de Souza apunta que “los métodos y los instrumentos son caminos mediadores que le permiten al investigador la profundización de su pregunta central y de las preguntas que surjan a partir del encuentro con su objeto empírico” (61), más, deben tener la capacidad de flexibilidad, puesto que estos se recrean en el encuentro con los sujetos y con las realidades que de manera conjunta se pretenden comprender. Acorde con esto, el diseño metodológico fue cambiante, ajustándose en todo momento al contexto y a las dinámicas propias de la comunidad Carare, lo que implicó suficiente creatividad y flexibilidad para realizar lecturas críticas y reflexivas y generar estrategias para asumir cada momento metodológico.

Así, la investigación tuvo como eje el diálogo y estuvo guiada por los siguientes momentos: (i) reconocimiento y preparación de campo, (ii) proceso de recolección de información, (iii) ampliación y resignificación: análisis y validación de la información, (iv) narrativa conceptual y (v) socialización. A continuación, se detallará cada momento.

Ilustración 1. Momentos metodológicos



4.2.1.1. Reconocimiento y preparación de campo

En este primer momento se realizó la presentación y de la propuesta en la asamblea anual de la Comunidad en la maloca Maya Kamurú Pirú localizada en la Vega, Cundinamarca donde confluyen los comuneros y comuneras de diferentes lugares del territorio nacional y aquellos que hacen parte de otros países como México y Estados Unidos; así mismo se socializó la propuesta en otros escenarios comunitarios como círculos de palabra, ceremonias de yagé y mingas de pensamiento ancestral⁶; igualmente se tuvieron encuentros informales de comunicación de la propuesta con varios integrantes de la Comunidad en estos mismos escenarios. En estos encuentros se solicitó permiso ante ellos para la realización de la investigación y se ajustó la propuesta investigativa de acuerdo con las perspectivas de las personas de la comunidad, con el fin de que el tema guardara relación con sus cotidianidades y con el contexto en el que se desarrolla su práctica.

De igual forma, en este momento metodológico se identificaron personas clave al interior de la comunidad, se realizaron las guías de entrevista y los formatos de

⁶ Las mingas en la Comunidad son un espacio de enseñanza y aprendizaje en medicina ancestral, son una construcción colectiva de conocimiento desde el diálogo como herramienta comunicativa.

fichas de contenido (ver anexos 3 y 4) y se comenzó a recolectar el material escrito producido por la comunidad para la revisión documental.

4.2.1.2. Proceso de recolección de información

El proceso de recolección de información estuvo marcado por escenarios que propiciaron los encuentros dialógicos, de esta manera, la recolección de la información se hizo en los espacios de la misma Comunidad, así se realizó el trabajo de campo en ceremonias de yagé, círculos de palabra, jornadas de salud, sunas⁷ al mar (la realizada en 2018 y 2019) y suna a Santander.

En el desarrollo de esta investigación, la selección de los participantes se direccionó a la generación de mayor profundidad, pues es esta y no la generalización la que permitió adentrarnos en los campos de sentido y significación sobre la salud (61). Por esta razón, acudimos a un muestreo por conveniencia, ya que, por nuestra cercanía al campo, nos permitió seleccionar aquellas personas más accesibles e idóneas que además aceptaron ser incluidas en la investigación (62).

De esta manera, se tuvo en cuenta la saturación teórica, donde “el número de sujetos por cantidad pierde significado, siendo la riqueza y variedad de los datos obtenidos lo que determina la saturación teórica de la muestra” (63), así, por más que se continuaban los diálogos, se llegó a un momento en que las observaciones y la información “se repetía”. Los criterios que guiaron la participación en este estudio fueron los siguientes:

Criterios de participación

- Personas que llevaran como mínimo dos años en la Comunidad.
- Profesionales de la salud y de las ciencias sociales.
- Personas que estuvieran en aprendizaje de medicina ancestral.

Técnicas de recolección de información

De acuerdo con la investigación dialógica, las técnicas potencian la conversación en quienes participan, la cual se desarrolla en condiciones donde todos tengan la posibilidad de expresarse, preguntar, problematizar y proponer, así el diálogo “se fundamenta en la seguridad insegura, en la certeza incierta, enseña a reconocer a

⁷ Las sunas son viajes a diferentes territorios: mar, lagunas, Amazonas, Putumayo, Santander, entre otros. El propósito de estas es trabajar temas específicos de aprendizaje en medicina y recibir enseñanza del territorio y de los abuelos. También durante las sunas se entregan al territorio tareas o trabajos realizados.

los otros como diferentes, a aprender de lo diferente y a respetarlo; de esta forma se hace posible el intercambio de discursos y de conversaciones críticas cargadas de realidad y posibilidades” (57).

Para esta investigación utilizamos técnicas como la revisión documental, la observación participante y la entrevista semiestructurada, así como técnicas propias de la comunidad como los círculos de palabra o mambeaderos; en la implementación de estas técnicas se pusieron en juego las experiencias vitales, los saberes, las interacciones semejantes y diferentes de los participantes, lo cual nos permitió ir poniendo sobre la mesa los sentidos y significados que se iban dando en cada encuentro, a partir del diálogo, la escucha y el respeto por la palabra del otro. Vale la pena señalar que la recolección de la información se dio bajo las condiciones en las que se desarrollan los escenarios propios de esta Comunidad, por lo que estuvieron siempre presentes dos de sus plantas sagradas: el mambe y el ambil⁸.

Vale la pena decir que también se utilizaron como insumo de campo unos escenarios realizados por la comunidad durante el año 2018, denominados *Mingas de pensamiento ancestral*, del cual hicimos parte como organizadoras junto con otras personas de la comunidad, este fue un espacio de construcción colectiva, donde confluyeron diversidad de personas con diferentes perfiles.

En la siguiente ilustración se presentan los objetivos específicos y la técnica utilizada para su consecución.

⁸ En el desarrollo de esta investigación se encuentra en detalle el significado de estas plantas sagradas. Estas plantas no se ingieren en grandes cantidades, por lo que no tienen efectos adversos que atenten contra la salud de las personas.

Ilustración 2. Objetivos específicos y técnicas utilizadas

Reconstruir las trayectorias de la práctica de medicina ancestral de la comunidad Carare.	<ul style="list-style-type: none">•Revisión documental•Entrevistas semiestructuradas
Identificar las formas en que la comunidad Carare ha desarrollado su práctica de medicina ancestral.	<ul style="list-style-type: none">•Entrevistas semiestructuradas•Círculos de palabra•Observación participante
Interpretar las vivencias sobre la práctica de medicina ancestral realizada en la comunidad Carare.	<ul style="list-style-type: none">•Entrevistas semiestructuradas•Círculos de palabra•Observación participante
Reconocer los sentidos colectivos de la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare.	<ul style="list-style-type: none">•Entrevistas semiestructuradas•Círculos de palabra•Observación participante

Desarrollo de las técnicas de recolección de información

Revisión documental

La revisión documental buscó dar cuenta del objetivo de reconstruir las trayectorias de la práctica de medicina ancestral de la Comunidad; de acuerdo con María Eumelia Galeano, esta técnica se realiza:

“Con base en el análisis sistemático de testimonios escritos o gráficos –cartas, periódicos, autobiografía, procesos judiciales, informes de investigación, fotografías, entre otros- el investigador intenta responder a cuestiones sobre temas particulares. Todos estos pueden ser “entrevistados” mediante las preguntas que guían la investigación, y se los puede “observar” con la misma intensidad con que se observa un evento o un hecho social. En este sentido, la lectura de documentos es una mezcla de entrevista y observación” (64).

Esta técnica se consideró oportuna dada la cantidad de material escrito por la Comunidad, el cual era considerable tener en cuenta para para llevar a cabo este objetivo.

➤ Procedimiento

Para el desarrollo de esta técnica se retomó la propuesta de Sandoval (65), la cual se desarrolla en los siguientes pasos: (i) rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles; (ii) clasificación de los documentos identificados; (iii) selección de los textos más pertinentes para los propósitos de la investigación; (iv) lectura detallada de los textos seleccionados; y finalmente (v) lectura analítica de los mismos. A continuación, se describe el paso a paso de la revisión documental en esta investigación:

- (i) Rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles: en este primer paso se identificaron y recolectaron un total 39 documentos producidos sobre y por la Comunidad.
- (ii) Clasificación de los documentos identificados: a los documentos encontrados se les dio la siguiente clasificación:

Tabla 2. Clasificación del material producido sobre y por la Comunidad

Clasificación	Total
Transcripciones ⁹	14
Tesis pregrado	5
Tesis posgrado	3
Revistas Taorayina ¹⁰	2
Cartillas	3
Memoria compilación	1
Audios	10
Libro ¹¹	1
Total	39

⁹ Hacen referencia a una transcripción de un círculo de palabra realizado por la comunidad (no en el marco de esta investigación, pero la palabra tejida en ese encuentro aporta a los objetivos de la presente investigación; y a dos transcripciones de las Mingas de pensamiento ancestral realizadas por la comunidad Carare.

¹⁰ La revista Taorayina es una publicación de la comunidad Carare, hasta el momento hay dos números, uno del año 2008 y otro del año 2012.

¹¹ Este libro es El Sendero de la Eternidad publicado en el año 2010 por la comunidad Carare, como resultado del trabajo realizado durante 7 años de mambeaderos, en este se recogen 66 conceptos que constituyen la base del trabajo en medicina que desarrolla la Comunidad.

(iii) Selección de los textos más pertinentes para los propósitos de la investigación: en el siguiente cuadro se describen los documentos seleccionados:

Tabla 3. selección de material para revisión documental

Clasificación	Total
Transcripciones	3
Tesis pregrado	3
Tesis posgrado	3
Revistas Taorayina	2
Cartillas	3
Libro	1
Total	16

(iv) Lectura detallada de los textos seleccionados:

Las preguntas que guiaron la lectura de estos textos fueron: ¿cuáles son las trayectorias de la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare? En este sentido indagamos por: ¿de dónde viene la práctica de comunidad? ¿qué se entrega? ¿cuál era el contexto comunitario en el que llega la práctica? ¿cómo se entrega? ¿cómo se recibe? ¿quién la entrega? ¿qué elementos eran necesarios en la comunidad para recibir determinada práctica? ¿cómo se presenta, cómo se adapta, y qué cambia al interior de la comunidad sobre la práctica? ¿cómo ha sido ese compartir en torno a la práctica de medicina ancestral entre lo comunidad Carare y los diferentes territorios y comunidades indígenas? De igual forma, también nos interesó conocer a partir de la revisión documental la historia de la Comunidad, la cual también se alimentó de las fuentes primarias.

Los análisis en torno a las trayectorias de la práctica de medicina ancestral de la Comunidad y todo lo relacionado con sus antecedentes, fueron registrados en una ficha de contenido (anexo 4).

(v) Lectura analítica de los documentos seleccionados

Finalmente realizamos una lectura comparativa de los documentos, sobre los hallazgos, tanto sobre las categorías previamente establecidas como las que emergieron de la lectura de los textos, las cuales se pueden ver más adelante.

Observación participante

De acuerdo con Campoy y Gomes, en esta técnica “el observador participa de manera activa dentro del grupo que se está estudiando; se identifica con él de tal manera que el grupo lo considera uno más de sus miembros. Es decir, el observador tiene una participación tanto externa, en cuanto a actividades, como interna, en cuanto a sentimientos e inquietudes” (66). De esta manera, al hacer parte de la Comunidad, la observación participante nos permitió adentrarnos en las dinámicas propias de la Comunidad, conectando con la cotidianidad de los sujetos de la Comunidad, con sus pensamientos, saberes y práctica.

➤ Procedimiento

El hecho de ser parte de la Comunidad nos permitió hacer observación participante en sus diferentes escenarios, además, al conocer y haber vivenciado de cerca su práctica de medicina ancestral, nos ayudó en un inicio, a configurar la pregunta de investigación, y posteriormente a registrar desde la proximidad que brinda la confianza, diferentes escenarios cotidianos donde se tejían significaciones y sentidos en torno a la salud. El ejercicio de observación participante dependió de los niveles de comprensión del problema estudiado durante el progreso mismo de la investigación. Así, se realizó observación participante en los siguientes escenarios:

- Dos asambleas anuales de la comunidad Carare en la maloca Maya Kamurú Pirú en el municipio de la Vega, Cundinamarca, en una de ellas se socializaron varios proyectos de los comuneros, así como este proyecto de investigación.
- Dos mingas de pensamiento ancestral donde se trabajó el concepto de salud-enfermedad, la ética en la práctica de medicina y la semiología en el diagnóstico, en ambas participamos además como organizadoras del encuentro.
- Dos sunas al mar en enero de 2018 y enero de 2019, en ambas se desarrolló un espacio de enseñanza-aprendizaje en medicina ancestral.
- Una suna a Santander con la Asociación de Trabajadores Campesinos del Carare (ATCC).
- Cuatro ceremonias de yagé.
- Cuatro círculos de palabra o mambeaderos.

Inicialmente se realizaron registros de la observación amplios en torno a las categorías de análisis: práctica, vivencias y sentidos; para ir puntualizando y permitiendo la emergencia de nuevas categorías. Los registros de la observación participante se fueron consignando en los diarios de campo de las investigadoras, determinando la fecha, el tiempo de duración, el escenario o la actividad, la

frecuencia, los roles de los actores involucrados, percepciones y aportes para los objetivos de investigación, así como los sentires que suscitaban las observaciones. Los pasos que se utilizaron para la realización de la observación participante fueron los siguientes:

- Determinar los objetivos de la observación en torno a: práctica, vivencias y sentidos.
- Observar cuidadosa y críticamente.
- Registrar los datos observados en los diarios de campo de cada investigadora.
- Analizar, comparar ambos diarios de campo e interpretar los datos (66).

Entrevistas semiestructuradas

Esta técnica nos permitió abrir el diálogo a partir de la construcción previa de una guía de preguntas base (anexo 3), alternando las preguntas previamente construidas con preguntas espontáneas que iban surgiendo en el diálogo, pues los términos y el orden de las preguntas varió ajustándose al sujeto dialogante. Por lo que los encuentros a partir de las entrevistas semiestructuradas devinieron en un diálogo entre sujeto cognoscente y sujeto conocido, donde este pudo expresar sus pensamientos, opiniones, sentidos e incluso se pudieron plantear temas emergentes de interés para esta investigación que se desviaron del guion inicial.

Así esta técnica se consideró oportuna para esta investigación dado que nos permitió identificar conceptos, sentidos, vivencias y significados en torno a la salud. Además, encajó perfectamente en las dinámicas comunitarias en las que se da el diálogo, el cual surge a partir de una o varias temáticas y se va profundizando en la medida en que el diálogo avanza.

➤ Procedimiento

Antes de iniciar cada diálogo se leía el consentimiento informado (anexo 2) en el cual se invitaba a participar de la investigación; se les contaban los objetivos del estudio; el manejo confidencial de la información; también se les solicitó autorización para grabar el diálogo; se les expresó que se podían sentir libres de participar en el estudio, así como que no debían sentirse obligados a responder todas las preguntas; también se les contó que el proyecto no ofrecería ninguna compensación económica por participar en el mismo y finalmente se procedía a firmar el consentimiento.

De esta manera, se realizaron 7 entrevistas semiestructuradas las cuales dieron cuenta de las formas como se desarrolla la práctica de medicina, de las vivencias que subyacen de ésta, así como de los sentidos colectivos de la misma. Al terminar cada diálogo se agradeció al sujeto por su participación, y se abrió la posibilidad de agregar algo que considerará importante además de lo ya conversado. Es así como se daba por finalizado este espacio.

Círculos de palabra o mambeaderos

Rescatamos como técnica de recolección de información los círculos de palabra o mambeaderos que son un espacio de encuentro habitual de la Comunidad, este espacio transcurre alrededor de un tema o concepto en el cual los participantes ponen o tejen su palabra desde su vivencia, este espacio es guiado por dos preguntas centrales ¿de qué está hecho el concepto? y ¿cómo se siente el concepto desde la vivencia de cada uno? En los mambeaderos “se aprende a sentarse, a escuchar desde el espíritu buscando en la historia personal las comprensiones de la vida que hemos llevado y la que queremos llevar” (67), aportando a este propósito las plantas sagradas *ambil* y *mambe*, las cuales acompañan cada círculo de palabra.

Estos espacios transcurren bajo unos acuerdos entre los participantes: (i) hablar desde la experiencia o vivencia, (ii) no contrapuntear, (iii) no repetir la palabra que otro participante haya dicho y (iv) no salirse del tejido. Los mambeaderos representan “la intimidad de la comunidad, se teje el pensamiento, cada eslabón narrado, reconstruido es un paso hacia la utopía para llegar a vivir bien, se teje el arte de vivir” (67).

➤ Procedimiento

Al igual que en la realización de las entrevistas, antes de iniciar cada mambeadero se leyó a los participantes el consentimiento informado, para proseguir con el transcurrir propio de cada encuentro. A través de la realización de estos nos adentramos en el reconocimiento de sus formas propias de encuentro y diálogo desde donde los sujetos dotan de sentido y significado su quehacer en salud. En estos se conversó alrededor de su práctica de medicina, sobre las vivencias de esta práctica, y sobre los sentidos y significados tanto de la práctica como de la salud y la enfermedad. A su vez estos escenarios permitieron la construcción de conocimiento desde lo diverso; así se realizaron dos mambeaderos, en el primero participaron:

- Médicos universitarios: especialista en gastroenterología y especialistas en Terapéuticas y Farmacología Vegetal.
- Médico tradicional formado con comunidades indígenas.
- Partera formada con comunidades indígenas y en escuelas de partería.
- Matemático, aprendiz de medicina ancestral.

En el segundo círculo de palabra participaron:

- Médico tradicional
- Psicóloga, doctora en Conocimiento y cultura en América Latina.
- Licenciada en Artes Escénicas.
- Diseñadora gráfica.
- Aprendices de medicina ancestral.

Instrumentos de recolección de información

- Diarios de Campo: en estos se plasmaron las reflexiones que iban surgiendo durante el trabajo de recolección de información, producto de la observación participante, de las entrevistas, de los círculos de palabra y de la revisión documental. Para el desarrollo de este se contó con un formato de diario de campo (anexo 5).
- Fichas de contenido: instrumento en el cual se registró de manera analítica los textos seleccionados para la revisión documental (anexo 4).
- Guía de entrevista: fueron rutas que permitieron orientar según los objetivos de la investigación, las temáticas para poner a circular la palabra (anexo 3).

4.2.1.3. Ampliación y resignificación: proceso de análisis y validación

Tratamiento de los datos

El manejo de los datos estuvo vinculado a la realización de la transcripción de las grabaciones realizadas durante la recolección de la información, incluyendo también las transcripciones de las Mingas de Pensamiento Ancestral; estos textos fueron nombrados de acuerdo a un código construido por las investigadoras, de la siguiente manera: Técnica, orden de realización _ iniciales del nombre de la persona_ mes y año, ejemplo de ello: Ent4_JCC_01sept2018.

La información recolectada en campo fue custodiada y manejada exclusivamente por las investigadoras, así como la realización de las transcripciones de este material. Toda la información producto de la recolección de campo, se encuentra

almacenada y debidamente codificada en los equipos personales de las investigadoras.

Análisis e interpretación de la información

Para esta investigación se utilizó la teoría fundada como técnica de análisis, la cual nos permitió el análisis sistemático de la información para la comprensión de los significados en salud que surgieron naturalmente en la investigación, para el desarrollo de esta técnica se asumieron algunos elementos planteados por Strauss y Corbin (68).

Para el análisis se utilizaron 11 transcripciones producto de los mambeaderos, las entrevistas y las Mingas de pensamiento ancestral; vale la pena decir que la información de las observaciones y de los diarios de campo se utilizó como apoyo para el análisis. El proceso de análisis fue el siguiente:

- Realización de lecturas generales del material recolectado, donde se tuvo en cuenta las siguientes temáticas y subtemáticas previamente establecidas según los objetivos de esta investigación y la teoría.

Ilustración 3. Temáticas y subtemáticas previamente establecidas



- Utilización del programa Atlas.ti como software de análisis de datos para investigación cualitativa, donde se ingresaron estas temáticas iniciales y se incorporaron los textos transcritos.
- Codificación “in vivo” o abierta, en esta surgieron las primeras categorías a partir de la ubicación de las ideas centrales que aparecieron en los textos. Para este proyecto se tuvo en cuenta las temáticas presentadas en la Ilustración 1, sin embargo se permitió la emergencia de nuevas categorías y subcategorías.
- Codificación Axial, durante este proceso se buscaron las relaciones entre las categorías, articulándolas alrededor de ejes categoriales, surgiendo así las subcategorías.
- En la medida en que se realizaba la codificación se iban construyendo comentarios y memos analíticos a los documentos, categorías y citas, para lo cual también se utilizaron las notas de las observaciones y de los diarios de campo.

Este proceso nos permitió la construcción del Sistema Categorial que se presenta a continuación, en el cual se muestran las categorías y sub categorías emergentes:

Tabla 4. Sistema categorial

Categoría	Subcategoría	
Trayectorias	Mediación	Mediación política
		Mediación cultural
		Mediación espiritual
	Antecedentes comunidad	
	Pensamiento Carare	
Formas (Consulta)	Consulta como ritual de sanación	
	Estrategias de salud	Ritualización
		Diagnóstico
		Mito-cuento
	Actores de la medicina	Terapeuta
		Consultante
Vínculo		
Vivencias (actor en salud)	Vivencia de la práctica de medicina	Enseñanza-aprendizaje
		Tratante de sí mismo
		Autosanación

	Motivaciones	
	Vivencias frente a la salud y la enfermedad	
Sentidos	La salud desde lo colectivo	Comunidad
	Plan de vida	Humanidad
	Vivir bonito	
Salud-enfermedad	Tipos de enfermar	
	Origen	
	Enfermedad como guía	
	Territorio	
	Unidad	

4.2.1.3. Procesos de validación

En este momento metodológico realizamos unos encuentros de validación donde se relacionaron constantemente el diálogo, la interacción y la comunicación crítica, en los cuales “las personas involucradas en el proceso participan develando los hechos, negociando comprensiones, ampliando explicaciones” (58). Es así como inicialmente construimos un texto descriptivo sobre lo encontrado en el trabajo de campo, el cual fue posteriormente presentado a integrantes de la comunidad para la ampliación y resignificación de estos hallazgos iniciales. Se realizaron cuatro encuentros de validación que bajo la técnica de mambeaderos transcurrieron de la siguiente manera:

- En primera instancia el texto fue enviado a cada participante para que realizara una lectura previa al encuentro de validación.
- Luego tuvimos cuatro encuentros, cada uno con diferentes personas de la Comunidad, donde pudieron conocer las lecturas que estábamos haciendo sobre ellos; a la vez que las problematizaron, ampliaron y profundizaron, evidenciando tensiones y consensos alrededor del texto y posibilitando reflexiones y autorreflexiones que nos permitieron enriquecer la comprensión de los hallazgos.
- Las reflexiones y autorreflexiones surgidas en los encuentros de validación nos permitieron enriquecer la mirada como investigadoras, para distanciarnos un poco de nuestro papel como parte de la Comunidad y así ampliar los textos desde una mirada de la salud pública.

- Los participantes pudieron verse en el texto y en la palabra del otro para confrontar, ampliar y reflexionar sobre conceptos que aún no están suficientemente apropiados y claros al interior de la Comunidad, lo que generó en ellos autorreflexión frente a la práctica de medicina, con lo cual surgió una iniciativa de la misma comunidad para encontrarse posteriormente y profundizar en la comprensión de estos conceptos, ya por fuera del marco de la presente investigación.

4.2.1.4. Narrativa conceptual

Este fue un momento de creación conceptual y de construcción de narrativas que partieron del trabajo hermenéutico que relaciona la teoría y la práctica. Fue un momento de interpretaciones, que partieron del texto descriptivo problematizado en los encuentros de validación, el cual se puso en confrontación con la teoría de la salud pública principalmente sobre los conceptos de salud enfermedad, interculturalidad y medicina ancestral.

4.2.1.5. Socialización

La socialización de esta investigación se realizará en la Asamblea Anual de la comunidad Carare en la maloca Maya Kamurú Pirú en abril del año 2020, al igual que en diferentes escenarios de comunidad como círculos de palabra y ceremonias de yagé.

4.3. Consideraciones éticas

En el desarrollo de la presente investigación se tuvieron presentes el respeto por los participantes y por la garantía de sus derechos, así se ciñó a los siguientes puntos:

Los requerimientos de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud: resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, (69); según esta resolución esta investigación fue de riesgo mínimo, dado que las prácticas de medicina ancestral que incluyen el manejo de medicinas de pueblos originarios puede representar algún tipo de vulnerabilidad con la publicación de los hallazgos de investigación.

Las normas internacionales que regulan la ética de la investigación: declaración de Helsinki 2008 especialmente en lo referente al artículo 8 donde se estipula que el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre

primacía sobre los otros intereses. Adicional, se responderá al artículo 24, tomando precauciones para resguardar la intimidad, la confidencialidad de la información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre la integridad física, mental y social de los participantes (70).

Es por esto que la presente investigación contó con el permiso de la Comunidad para la realización de la misma, de igual forma contó con un consentimiento informado (anexo 2) por escrito de cada participante previo a la realización de las entrevistas y los círculos de palabra o mambeaderos y se contó con consentimiento verbal en los ejercicios de observación participante. Prevaleció ante todo el respeto por la dignidad de los participantes y la protección de sus derechos y de su privacidad, ya que la información obtenida durante el trabajo de campo no se dio a conocer a terceros siguiendo las orientaciones que rigen el país en la materia de reserva y privacidad de los datos, como el artículo 15 de la Constitución y otras normas conexas como el decreto 1633 de 1960. Así mismo, para el manejo de sus documentos internos no publicados se tuvieron presentes los códigos éticos de la comunidad Carare frente a la no divulgación de estos.

5. Hallazgos

De la ciudad vengo hoy, en busca de mi camino (bis)

Dispuesto a transformar, para encontrar mi destino (bis)

Después de esta medicina, ya no seremos los mismos (bis)

Me llevo en el corazón el recuerdo de mis indios y de este hermoso lugar de abuelos, sabios y niños

Me llevo en el corazón aprendizaje divino, me llevo en el corazón el recuerdo de mis indios

Y de este hermoso lugar de abuelos, sabios y niños (bis)

Canción Tinku ayahuasca, por Grupo Whipala



Foto: Alejandro Ramírez



Foto: Alejandro Ramírez

5.1. Trayectorias de la práctica de medicina ancestral de la comunidad Carare

El pensamiento ancestral ha dado nuestro norte; el pensamiento de vida y por la vida nos da el impulso; seguimos el sendero de las estrellas que se refleja en nuestro interior, vamos tras las huellas de los Abuelos. La huella es la palabra. Cada paso que damos en conciencia es una palabra que nos acerca al origen (71).

Este acápite da cuenta de las trayectorias de la práctica de medicina en la comunidad Carare, encontrando como hallazgo que su práctica se ha configurado

a partir de un diálogo entre diferentes pensamientos y prácticas en salud, el cual en la Comunidad se ha dado a partir de la mediación; es así como en un primer momento encontramos la mediación política, producto de la experiencia de paz de la Asociación de Trabajadores Campesinos del Carare (ATCC), en un segundo momento veremos la mediación cultural, que retomando elementos de la primera, emprende un diálogo entre diferentes visiones, ideas, conceptos y saberes; y en un tercer momento una mediación espiritual que se da por medio de las plantas sagradas yagé, mambe y ambil, que recogiendo las dos anteriores se amplía hacia la comprensión de la interconexión del sujeto con el todo -plantas, animales, minerales-, estableciendo otra forma de comunicación.

Encontramos a su vez que la mediación en la comunidad ha permitido la construcción de un pensamiento propio en salud que, fundamentado en el pensamiento ancestral, ha posibilitado un encuentro horizontal entre diferentes conocimientos en salud, lo cual ha permitido la configuración de un sujeto dialogante y la resignificación de los conceptos que estructuran la vida, como los conceptos de vida, cuerpo, pensamiento, salud, enfermedad, entre otros.

5.1.1. Legado de paz, vida y mediación de la Asociación de Trabajadores Campesinos del Carare –ATCC- 1987-1992

Encontramos que la práctica de medicina ancestral de la comunidad Carare tiene como antecedente la experiencia de paz de la Asociación de Trabajadores Campesinos del Carare (ATCC), esta experiencia tuvo sus inicios en el año 1987 en la selva del Carare Opón, ubicada en el Departamento de Santander, en la región del Magdalena Medio. Según Amaya (14), este territorio fue el lugar donde años atrás habitaron los indígenas Carare, pertenecientes a la familia de los Yariguíes, de la familia lingüística de los Caribes o Carib, que, según los relatos oficiales, tras vivir una historia de sometimiento y exterminio, desaparecen como pueblo indígena hacia el año 1922, aspecto que reafirmaba el proyecto colonizador que buscaba eliminar todas las prácticas ancestrales denominadas como incivilizadas, incultas, primitivas y fuera de control.

Sin embargo, plantea Amaya (72) que los indígenas sobrevivientes se camuflaron en prácticas campesinas como forma de resistencia ante el exterminio de su pueblo, de allí que la comunidad campesina del Carare aún conserve tradiciones y prácticas del pueblo ancestral Carare, tales como la oralidad, la escucha, la defensa de la vida y la cosmovisión frente al territorio. La memoria ancestral que conserva este territorio, junto con los saberes populares y campesinos tanto de los habitantes históricos, como de aquellos que llegaron al territorio, además del contexto de

violencia que vivía la región, hace que en el año 1987 se constituya la Asociación de Trabajadores Campesinos del Carare –ATCC-, organización campesina que, a través de un ejercicio de mediación política logra construir una experiencia de paz.

Durante el conflicto se mantenía en el territorio una ley del silencio que imposibilitaba la solidaridad y forjaba barreras entre las personas (73), y es cuando los grupos armados exigen a la comunidad tomar partido a través de la determinación: “se unen a la guerrilla, se van de la región, se van con los paramilitares, o se mueren” (73), que las personas deciden apostarle a la vida, asumiéndose como un actor legítimo en el territorio, dando apertura a la palabra que rompe la ley del silencio.

A través de *principios* como la escucha, la concertación, el perdón, la justicia, el acuerdo y la reconciliación, la ATCC constituye un pensamiento de paz para la garantía y salvaguarda de la vida y la mediación como el camino para su construcción (72). Es así como esta mediación es posible gracias a que la comunidad de este territorio decide apostarle a la paz, a partir de constituirse como un actor legítimo que recupera su voz y logra sentarse a dialogar en igualdad de condiciones con los grupos armados, adquiriendo un papel protagónico y transformador de su realidad.

De acuerdo con Amaya (72), la esencia de la construcción del pensamiento de paz se fundamenta en *morir antes que matar*, constituido a partir de: (i) la vida es un bien innegociable, (ii) comprender a quienes no nos comprenden, (iii) no usaremos armas ni violencia, (iv) a todo lugar vamos siempre juntos, (v) la paz es una permanente actividad de estar viviendo, (vi) nadie es concebido como enemigo y (vii) el diálogo es el pacificador.

Este proceso, hace merecedora a la ATCC del Premio Nobel Alternativo de Paz en el año 1990, otorgado por la fundación sueca “The Rights Livelihood Award”; el Premio “Nosotros, el Pueblo 50 comunidades”, en la modalidad de “Paz y Seguridad”, otorgado por las Naciones Unidas en septiembre de 1995; y la Orden Luis Carlos Galán Sarmiento (72).

Esta experiencia de paz es importante en la configuración de la práctica de medicina de la comunidad Carare, ya que de esta hereda su legado de paz, vida y mediación política, así como los principios de la escucha, la concertación, el perdón, la justicia, el acuerdo y la reconciliación, siendo el diálogo el puente para el encuentro con el otro; desde esta experiencia se configura un sujeto que se reconoce como parte de una historia y por tanto con capacidad legítima para transformar las condiciones sociales y políticas de su territorio. Este legado llega a través de Orlando Gaitán,

guía espiritual de la comunidad Carare y figura central en el proceso de la ATCC, puesto que presidió su conformación y tiempo después fue presidente.

5.1.2. De la mediación política a la mediación cultural 1993-1995

El legado de la mediación política de la ATCC abre paso a la mediación cultural que se recrea posteriormente en la comunidad Carare. La transición de la mediación política a la mediación cultural se da a través de la vida de Orlando Gaitán. De acuerdo con Montagut (74) (15) y con las entrevistas realizadas en esta investigación, Gaitán luego de haber presidido la ATCC llega al Chocó en el año 1993 forzado por las amenazas contra su vida, se instala en Quibdó como funcionario público del Plan Nacional de Rehabilitación, un programa del gobierno que tenía como propósito llevar el Estado a las zonas cuya característica era la presencia de un agudo conflicto armado. Gaitán, lleva consigo un aprendizaje colectivo de mediación política, con el diálogo como estrategia para el encuentro y la concertación entre actores con intereses diferentes.

De acuerdo con una de las entrevistas realizadas, mientras Gaitán estaba ejerciendo como funcionario, participó de espacios de encuentro con la comunidad donde se discutían problemáticas alrededor del contexto social y político del Chocó, además para aquel momento se estaban desarrollando una serie de leyes como la ley 70/1993, ley 99/1993, ley 134/1994 que trataban temas como el reconocimiento étnico, la participación ciudadana y lo ambiental respectivamente, temas de especial interés para estas comunidades que veían en el espacio de encuentro la posibilidad de conocer y opinar sobre la situación. Si bien estas conversaciones en sus inicios atraían en su mayoría a líderes y profesionales del área social, poco a poco se fueron ampliando, atrayendo personas de diferentes clases sociales, edades, profesiones y por el contexto de diversidad cultural y étnica del Chocó, terminaron atrayendo también a la población Afrodescendiente e indígenas Emberá, brindando con esto la posibilidad del intercambio cultural y étnico, donde ya no solo se abarcaban los temas académicos, sociales o políticos sino también los culturales, médicos, ancestrales, entre otros. Así se expresa en una de las entrevistas:

Empezamos a invitar gente que quisiera contarnos un cuento, un mito, una historia, una interpretación, o nos quisiera contar una investigación o los resultados, y hablamos de todo, de cultura, de los peinados, con muchos afros, y yo les decía háblenme de por qué en la cultura afrodescendiente hay tantos hijos, que por qué tantas mujeres o tantos hombres y eso de dónde viene, bueno, ¡un poco de cosas! (...) Entonces en ese tipo de encuentros se dinamizaban muchas cosas, invitábamos un Emberá, un afro a contar un cuento, un mito y eso era como una

forma de sanación y de pedagogía, de estar en la cultura para hablar el mismo lenguaje, para que el lenguaje fuera fluido. Y no había polémicas por los conceptos, cada quien daba su punto de vista, entonces eso se volvió un grupo (Ent3_TOG).

Podemos ver entonces que Gaitán recreaba en este escenario aprendizajes de su experiencia en la ATCC como la escucha y el pensamiento de paz, y que en estos encuentros se va abriendo paso al respeto por todas las visiones, ideas, conceptos y saberes de cada uno de los participantes, esto lo empieza a constituir como un mediador cultural, es así como en los encuentros se empieza a construir, a partir de la diversidad de voces, la mediación cultural, basada ya no solo en el respeto de la vida del otro, sino en el respeto de su cosmovisión, pensamiento, saberes y prácticas.

En este momento histórico, interesa también a esta investigación rescatar el interés de Orlando Gaitán por la medicina ancestral, quien relata que una de sus motivaciones al llegar al Chocó era poder ampliar los conocimientos en medicina que ya había aprendido en el seno de su familia, así lo expresa en el siguiente fragmento:

Yo trabajaba en la ciudad con afros, pero yo sí iba buscando uno que conocí en el Carare que conocía muchas cosas y me dijo que me enseñaba y me enseñó más cosas, lo que él enseñaba era el manejo de plantas, era muy botánico y manejaba cosas como el espíritu del viento para cuidar plataneras, maiceras, todo eso, el tipo sabía cosas, y me fui a buscarlo al Chocó, y allá... hable con él una semana, se murió en la semana que llegué, me quede sin maestro, me dijeron, busqué un jaibaná me fui para San Juan y me encontré con Rómulo del alto San Juan (...) y llegué donde era; empecé hablar con él y me albergó en su casa y un Jaibaná no deja gente en su casa (...) y arrancamos solos para la montaña y duramos tres meses solos por allá, en el monte aguanté hambre, frío, lo que sea, aprenda, y lo que dice que sabe, tiene que demostrar lo que sabe, me llevó a ceremonias de ellos, que llaman "la Mesa", con niños y así a cantar Jai, [(...)] digo que se parecen mucho a nosotros. Por qué nosotros decimos Hash y ellos jai, jai es espíritu y en nosotros Hash también es espíritu; (...). Rómulo me albergó ahí en su casa con él y la comunidad y ahí seguí allá hablando con otros jaibanás del bajo San Juan, el Atrato, y entonces en la Orewa me adoptaron ahí como un Emberá y fue bonito, la aceptación a la cultura de ellos y yo respetaba, todo bonito (74).

De esa manera se va configurando como médico tradicional y como mediador cultural, lo cual es importante para el posterior desarrollo de la práctica de medicina en la comunidad Carare.

En síntesis, encontramos como hallazgo que durante estos años se configuran los pilares de la mediación cultural que se recrean en la comunidad Carare, principios de mediación que se desarrollan inicialmente en un contexto de resistencia campesina de la ATCC, se expanden con esta experiencia de dialogo cultural y se reconfiguran para llegar a ser los principios que enriquecen la práctica de medicina que actualmente se realiza en la comunidad, entre estos se pueden reconocer:

- La posición del mediador que en el Santander adoptaba la forma de una persona que servía de intermediario entre grupos armados y comunidad, se convierte aquí en una persona que sirve de puente entre diferentes formas de ver y habitar el mundo (cosmogonías, mitos, saberes, historias).
- El respeto por la vida del otro, se adopta y se amplía hacia el respeto por el pensamiento del otro, la cultura, las tradiciones, etc.
- El valor del diálogo, que en Santander se reivindicaba como la posibilidad de reconocerse como un actor válido con una identidad propia y ajena al conflicto para la construcción de pensamiento de paz, durante estos años se potencia en el diálogo como la posibilidad de expresión del ser, independientemente de su postura política, ideológica, cultural, reivindicándose como válidos todos los conocimientos, esto posibilita la emergencia de otras epistemologías, conceptualizaciones, saberes y prácticas.

Estos principios son la base para el proceso de mediación que permitirá posteriormente a la Comunidad la confluencia de múltiples saberes en medicina ancestral que configuran su práctica. Esta mediación se verá enriquecida a través del encuentro con las plantas sagradas: yagé, mambe y ambil.

5.1.3. Encuentro con las plantas sagradas: puerta de entrada a la mediación desde la espiritualidad

Los hermanos uitoto nos entregaron su ritual de aprendizaje llevándonos a la comprensión de la reciprocidad que se vive con las plantas sagradas, la búsqueda de quiénes somos y qué de la historia personal y colectiva mirada desde el queremos hacer con nuestra vida en la espiritualidad, se da la comprensión espíritu (...) el mambe y el ambil traen a nuestra vida otro sabor del espíritu indio, que ya teníamos con el remedio del yagé y en este acercamiento abre un cosmos de aprendizaje espiritual para nuestra condición de comunidad de ser mestizos, multiculturales y multiétnicos (67).

El encuentro con las plantas sagradas yagé, mambe y ambil¹², le da a la mediación un elemento central: la espiritualidad. Las plantas sagradas en la Comunidad son el resultado del encuentro con diferentes pueblos, abuelos y abuelas que le han compartido su visión del mundo y su conocimiento sobre medicina ancestral, así estas plantas no llegan solas, llegan con el saber y el conocimiento de un pueblo. En la comunidad Carare se tienen como plantas sagradas el yagé, el mambe y el ambil; dentro de la tradición del yagé la comunidad ha estado acompañada por los siguientes pueblos y taitas o abuelos: el pueblo cofán: Fernando Mendúa y Guillermo Lucitante; el pueblo inga: Hilario Peña, Antonio Jacanamijoy, Ruber Garreta y Delia Chindoy; del pueblo siona: Francisco Piaguaje –hijo- y Juan Yaiguaje, Gloria Piaguaje, Felinto Piaguaje, Humberto Piaguaje y Adelfa Paz Piaguaje.

Así mismo, en la tradición de mambe y ambil, la Comunidad ha estado acompañada por los pueblos murui-muina y muinane¹³ del Amazonas hijos de la coca, el tabaco y la yuca dulce, representados en abuelos como Víctor Martínez Faikogcne, Isaías Macanilla, Faustino Fiagama, Isaías Román, Cantalicio Eimeriqueme, Abadía Martínez, Víctor Ramón Martínez y Arturo Rodríguez.

5.1.3.1. El yagé en la Comunidad

Según Montagut (74), Gaitán luego de vivir un proceso de aprendizaje con el yagé y con varios taitas, se recuerda en su origen ancestral a través de sus múltiples facetas - campesino, líder social, funcionario público-, teniendo la capacidad de aprender nuevos conocimientos a partir del encuentro con lo diverso, lo que le da la condición de mediador. Es en este proceso de aprendizaje y vivencia con los pueblos indígenas, cuando estas mismas comunidades y taitas lo reconocen como un igual y es nombrado taita y en compañía de los taitas Juan Yaiguaje y Ruber Garreta, comienza a brindar ceremonias de yagé en el año 1999 en la ciudad de Bogotá (74).

Las plantas sagradas para la comunidad Carare son maestras y guías, así en el yagé, bebida producto de la mezcla de dos plantas: *Banisteriopsis caapi* y chacruna,

¹² Vale la pena señalar que para las comunidades indígenas que han entregado las plantas sagradas –yagé, mambe, ambil- a la comunidad Carare, estas plantas son medicinas en tanto permiten la sanación física, emocional y espiritual del ser humano. En la comunidad Carare también se comprenden así, por lo tanto, en este trabajo cuando se haga referencia a estas plantas también se nombrarán como medicinas.

¹³ Estos pueblos han sido conocidos también como pueblo Uitoto, sin embargo, esta denominación significa un desprestigio para ellos y su cultura, por tanto, los llamamos según cómo ellos se autodenominan murui-muina y muinane. Esta información se puede ampliar en el texto: Las palabras del Origen de Fernando Urbina Rangel.

reconocen no solo una planta medicinal, sino la puerta de entrada al mundo de lo invisible, donde ocurre una comunicación que trasciende lo verbal, activando en ellos el lenguaje del sentir y la consciencia desde donde se comprende la interconexión con la vida y con todo lo existente: plantas, animales, minerales, humanidad, etc., es por esto que el yagé significa tomar consciencia de sí y del mundo. Esta planta sagrada representa para esta Comunidad la conexión con la “divinidad”, desde donde se activa la memoria para el reconocimiento de lo “divino” que como esencia habita en cada ser, rompiéndose así las divisiones sobre las cuales se ha sustentado la realidad, para dar paso a la comprensión de que todo aquello en lo que se basa la identidad (lenguaje, cultura, clase social, color de piel, etc) es solo el revestimiento de la verdadera esencia: el espíritu.

El yagé, abre paso al principio esencial de la mediación en la comunidad Carare, aquello que permite la comunicación entre todas las formas de vida por distantes que en apariencia puedan ser: *lo holístico*. De esta manera encontramos que bajo este principio se da la mediación, pues permite que todo aquello que está separado se unifique, por lo tanto, se comprende que todas las manifestaciones del ser – tradiciones, culturas, religiones, nacionalidades- son solo eso, manifestaciones de esencia divina. Reconociendo esto no existe un otro, existe un nosotros, y este reconocimiento es el principio para tejer puentes en la diferencia, de esta manera se amplifica la mediación en la Comunidad como diálogo que emerge con un potencial renovado y siempre abierto a compartir lo propio y recibir lo ajeno, al respecto apuntan en la comunidad:

La mediación por excelencia que se da en el yagé, es el encuentro con lo humano, con la dimensión sagrada de la vida. La condición espiritual es lo humano. El encuentro con lo étnicamente diferente, determina una experiencia religiosa. El otro es diferente a través de sus formas de sentir el espíritu de la vida, los ritos, mitos, símbolos, cosmogonías, animales, plantas, lugares que son la representación de lo inefable, lo sublime y lo sagrado (15).

5.1.3.2. Mambe y ambil en la Comunidad

En el año 2009 llegan a la Comunidad el mambe y el ambil a enriquecer la mediación que ya se venía tejiendo desde la espiritualidad a través del yagé. El ambil, hoja de tabaco, baba y sal vegetal, representa el pensamiento que viene del espíritu. El mambe, hoja de coca molida mezclada con ceniza de yarumo, representa la palabra dulce, el poder convertir en palabra el pensamiento divino. Mambe y ambil significan para los pueblos murui-muina y muinane “el principio y el fin, son la luz y la guía”, a través de estas plantas fue entregada la sabiduría para que las comunidades vivieran en unión y felicidad (75).

Para la comunidad Carare estas plantas entregan un nuevo aprendizaje: la comunicación a través de la palabra. Esta palabra trae unos acuerdos para la comunicación: (i) hablar desde la experiencia o vivencia, (ii) no contrapuntear, (iii) no repetir la palabra del otro (iv) no salirse del tejido comunicativo; los cuales han permitido resignificar el acto del “habla”, para llevar la palabra a su sentido más profundo, esto es una palabra que se piensa, se habita, se siente, y se dota de un propósito ¿para qué se habla?, en últimas, lo que ha permitido es un giro en torno al acto comunicativo “para re-conocer el poder y la fuerza de las palabras pensadas y sentidas desde la espiritualidad de las plantas sagradas, para mesurar su uso, para matizar o precisar su significado” (67).

Para la comunidad Carare estas plantas han permitido resignificar la comunicación, dotando de sentido a la palabra, enfatizando la actitud y la escucha a partir de los principios que entregan: *aprender a sentarse* y *aprender a escuchar*, donde aprender a sentarse implica el reconocimiento de sí, es decir donde el sujeto se reconoce en su historia personal, en sus comprensiones de la vida, implica también la disciplina y la decisión para aprender. Así se expresa en una de las cartillas publicadas por la comunidad:

Sentarse implica educar el cuerpo. El cuerpo físico debe adoptar una postura, se debe sentar bajito, casi en el piso o en el piso (...) en disposición de aprendizaje. Cuando se empieza a educar el cuerpo, también se empieza a educar la mente y a educar los sentidos. Sentarse es también una forma de estar atento y despertar y demostrar las ganas de aprender, es disciplina (76).

Aprender a escuchar, es viajar en la palabra del otro, lo que significa una escucha atenta donde se perciben todos los lenguajes (verbales y no verbales), es un estado de disposición para reconocer lo que el otro tiene para compartir, siendo requisito para el aprendizaje.

Hallamos cómo aprender a sentarse y aprender a escuchar permiten al sujeto reconocer que tiene un conocimiento a partir de su vivencia, pero que además puede aprender a partir de lo que el otro es, piensa y dice, es decir, estos principios dan apertura a un diálogo para la construcción conjunta de conocimiento, por ende, son elementos potenciadores de la mediación en la comunidad Carare.

Ahora bien, luego de este recorrido por la trayectoria de la práctica de medicina en la comunidad Carare encontramos que lo que ha hecho posible su configuración es la mediación, la cual a su vez se fue enriqueciendo al pasar por varios momentos, es así como hallamos: (i) una mediación política que se dio a través de la experiencia de paz de la ATCC, donde las personas de la región logran constituirse

como un actor legítimo en el territorio para la instauración de un diálogo horizontal con los grupos armados; (ii) una mediación cultural, que recogiendo principios como la escucha y el pensamiento de paz, permite emprender un diálogo respetuoso entre diferentes pensamientos, visiones, ideas, conceptos y saberes, reconociendo como válidos todos los conocimientos y potenciando la emergencia de otras epistemologías; y (iii) una mediación espiritual que se da a través de las plantas sagradas –yagé, mambe y ambil-, que guardando las dos experiencias anteriores, da un giro en la comprensión de la interconexión del ser humano con todo lo que lo rodea, y por ende permite el rompimiento de las barreras que separan al sujeto del otro y de la totalidad de la existencia, pues se da cuenta que todo tiene espíritu, por ende se reconoce como un igual, como un nosotros (incluidos acá plantas, minerales y animales). Esta trayectoria configura una práctica de medicina, construida a partir de la mediación entre diferentes conocimientos, saberes y prácticas en salud.

5.1.2. La mediación en salud en la comunidad Carare

Encontramos que una característica de la práctica de medicina en la Comunidad es la confluencia de medicinas de muy diversos tipos, incluso con coordinadas epistemológicas diferentes –tanto occidentales como no occidentales- y lo que ha permitido su articulación es la mediación que se da desde la espiritualidad de las plantas sagradas, ya que han posibilitado la construcción de un sistema de pensamiento, fundamentado en el pensamiento ancestral, el cual se comprende allí como un “sistema ordenado de pensamiento de vida, dirigido y reglamentado por lo espiritual (...). que nos da la posibilidad de conocer quiénes somos y reconocernos como humanidad, viviendo y pensando en pro de la vida para vivir el equilibrio” (71).

En tal sentido, este pensamiento parte de una coordinada otra de relacionamiento con el mundo: la espiritualidad, la cual permite que los sujetos que hacen parte de esta Comunidad se reconozcan en su condición de ser mestizos, multiculturales y multiétnicos y se comprendan no como individuo aislado sino como humanidad en interconexión con el todo, resaltando aquellos elementos que los unifica, así reconocen que los diferentes pensamientos, saberes y prácticas en salud son igualmente válidos, lo que abre la posibilidad de entablar diálogos horizontales entre estos.

Este pensamiento que se da en la comunidad está en constante transformación, recogiendo y enriqueciéndose con los conocimientos de los pueblos originarios con los que comparten, así como con los conocimientos de la diversidad de voces mestizas que allí confluyen, así “Carare ancestral fue de esas razas que se decían

puras pero que son una partecita, pero en el fondo ese pedacito es la inspiración, entonces esta comunidad Carare tiene una mínima semilla de eso, lo otro todo, es de todas un poquito, tenemos el nombre, pero lo demás es el mestizo” (Ent3_TOG).

Este pensamiento consiste en la unificación de conocimientos, saberes y prácticas, apropiándolas y resignificándolas en este sistema ordenado de pensamiento, donde “no se desconoce ningún tipo de conocimiento, ni de credo, ni de cultura, por el contrario, se acoge, se apropia, se respeta, se acredita, no se plagia, se practica” (76). En esta construcción de pensamiento se resignifica la forma en que comprenden el mundo, su relación con la vida, con el cuerpo, con el pensamiento, con las emociones, con la salud, con la enfermedad, en fin, se tiende hacia la resignificación de los conceptos que sostienen la vida.

La mediación entre medicinas en la Comunidad se ha dado a partir del encuentro entre abuelos y abuelas indígenas, médicos tradicionales, médicos universitarios, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos y otros profesionales de la salud que entablan diálogos desde esta coordinada de pensamiento, es decir desde la experiencia de las plantas sagradas, construyendo un compartir de pensamientos y conocimientos que pasa por el reconocimiento propio y el reconocimiento del otro, lo que permite que se dé lugar a los diferentes conocimientos sobre salud que pueden ser de orden biomédico, alternativo o ancestral. De esta manera, el encuentro con lo otro se da como posibilidad para enriquecer y ampliar su práctica médica. Así expresa un médico gastroenterólogo que hace parte de la Comunidad:

Yo he visto que a través de la mediación que se hace acá ningún conocimiento pelea con otro, o sea el pensamiento ancestral es el integrador de todo para mí, porque la homeopatía es buena para unas cosas y la acupuntura es buena para otras y las plantas son buenas para otras y la cirugía es buena para otras. Hay cosas que se deben hacer, porque si usted ya está en una etapa de la enfermedad en la que hay que sacarle el órgano, pues ¡hay que sacarlo ya! o sea lo que yo he visto acá es que todo el conocimiento medico facultativo y el conocimiento médico que uno aprende acá, no pelean y la filosofía misma no pelea, acá la espiritualidad va con la ciencia, va con el conocimiento, va con la experiencia, acá es un método pluralista, que no quiere decir desjuiciado y todo vale, sino es otra forma de ver el mundo de manera holística, entonces todo vale en la medida en la que usted hace la evaluación con el espíritu y esto qué, cómo es, y si eso vale, venga para acá. Entonces acá todo vale en la medida de que se vea en lo espiritual, se evalué en lo espiritual y eso de resultados (Mam1_PS).

Es entonces el sistema de pensamiento de la comunidad, a través de la mediación desde la espiritualidad, el que le da valor y orden a la diversidad de conocimientos

en medicina que allí confluyen, en tanto le permite al sujeto el reconocimiento de sí mismo, de sus conocimientos, de su vivencia, de su historia, y el reconocimiento del otro en este mismo sentido, como parte fundamental para entablar diálogos donde se reconozcan como válidos todos los conocimientos. Así el diálogo entre medicinas que allí encontramos es un acontecimiento en cuanto a encuentro de pensamientos e intercambio de conocimientos.

5.2. La consulta como práctica de mediación en salud

En el capítulo anterior recorrimos la trayectoria de la práctica de medicina de la comunidad Carare, encontrando la mediación como el vehículo que ha permitido la configuración de su práctica. Ahora bien, en este apartado nos centraremos en dos de los objetivos específicos de esta investigación: la forma como se desarrolla la práctica de medicina y las vivencias que se derivan de esta, para tal fin, elegimos la consulta terapéutica como práctica en salud desarrollada por la Comunidad Carare.

Si bien no es la única práctica que allí se realiza, como hallazgo encontramos que en la consulta es posible ver cómo a través de la mediación interactúan y se encuentran distintos saberes académicos y ancestrales que dialogan desde el orden que da el pensamiento ancestral, así vemos en la consulta médicos universitarios, médicos tradicionales, enfermeras, psicólogos y otros profesionales de la salud, todos ellos si bien formados por diferentes escuelas de pensamiento (occidental, tradicional o ancestral) encuentran el sentido de su hacer en la medicina ancestral Carare. A su vez, la mediación en la consulta ha permitido la reconceptualización y resignificación de conceptos y estrategias en salud, como posibilidad abierta para la construcción de conocimiento y práctica en salud.

Ahora bien, esta consulta como práctica en salud, se puede recrear en diferentes escenarios de la Comunidad, sin embargo y partiendo de lo recolectado en campo, interesa retomar para esta investigación, la consulta terapéutica que se realiza en un espacio privado, en el que participa el terapeuta y el sujeto consultante –así nombrados en esta investigación-. El primero, asume un rol de acompañamiento y el segundo representa el principal actor quien a partir de las herramientas que se facilitan en la consulta, vivencia un proceso de sanación. Así mismo, esta consulta se vive como proceso terapéutico, lo que implica por parte del consultante una disposición y compromiso en la continuidad y en el desarrollo de tareas que se derivan de esta, que al constituirse como proceso no se estipula un tiempo, ni un número de encuentros determinados, dado que se orienta según las necesidades de este.

Vale la pena señalar, que la consulta como escenario de mediación, reconoce la historia clínica con la que llega el consultante, para orientar los procedimientos de acuerdo con sus necesidades, pues se reconocen los límites de la consulta y los avances de la medicina occidental. De igual forma, se realiza una traducción al consultante del lenguaje médico para que pueda comprender la enfermedad, a la vez que se acompaña durante el proceso clínico con las herramientas de la consulta, así lo plantea una médica universitaria, terapeuta de la Comunidad:

Cuando llega el consultante viene ya informado de su enfermedad, de su diagnóstico, ya viene con otra información del especialista, de pronto pronosticándole una cirugía y viene allí como buscando una alternativa, entonces esto también lo mediamos porque hay situaciones, hay diagnósticos que decimos opérate, vamos a ayudarte desde acá, pero ese opérese también lo miramos, porque miramos y leemos también en el consultante que ya viene con una información donde le han explicado y le han hecho firmar los factores de riesgo, entonces tiene miedo, entonces nosotros lo que hacemos es ayudarlo a ese miedo, ayudarlo a orientar y decir bueno opérate y lo vamos a ayudar también a solucionar su problema, continuamos ahí analizándole su enfermedad y hacer otra vez toda su consulta y llevarlo también a sanar. Con los nombres que ellos traen de la enfermedad se la tratamos de explicar, mira es que esa cadera te la van a operar, pero de base en esa artrosis, de pronto sí necesita la cirugía porque es reparadora, pero lo llevamos también a que solucione su problema de fondo, es así como también manejamos esos lenguajes, no vamos a ponernos en contra de nuestro colega, porque no es tampoco nuestra misión, entonces sabemos que eso existe, sabemos también que hay una tecnología que nos apoya y nos ayuda, entonces no podemos negarnos tampoco a esto (Mamb1_PS).

De esta manera, en este apartado vamos a encontrar en un primer momento las características de la persona que realiza la consulta en la comunidad Carare, encontrando como hallazgo que esta emprende un proceso de sanación que le permite mediar consigo mismo y con sus conocimientos en salud para resignificar su práctica como profesional de la salud; en un segundo momento, daremos cuenta de la consulta como práctica resignificada que se configura en un ritual de sanación, donde se realizan algunas estrategias en salud encontradas en esta investigación, tales como: la preparación de la consulta, la ritualización; el diagnóstico desde la semiología: cuerpo, historia y entorno; y el mito-cuento como estrategia narrativa para recordar. Finalmente, haremos alusión a la vivencia de la sanación, desde el reconocimiento del sujeto como un actor en salud.

5.2.1. El terapeuta como mediador en salud

Hemos de centrarnos en esta investigación en el terapeuta, como persona que posee las siguientes características: (i) está formado en algún campo de las profesiones de la salud, por lo tanto cuenta con unos conocimientos técnicos, por ejemplo personas que se han formado en: medicina universitaria, enfermería, psicología, fisioterapia, entre otras, que han puesto en diálogo sus saberes académicos con lo aprendido desde la medicina ancestral; (ii) de igual manera el terapeuta de la comunidad cuenta con una experiencia en la atención en salud; (iii) son personas que han tomado la decisión de hacer de esto su plan de vida, es decir han encontrado en la práctica de medicina Carare su misión; y (iv) han emprendido un proceso de preparación en la Comunidad, el cual consiste en un aprendizaje vivencial que se compone de autosanación y autodescubrimiento a través de las plantas sagradas, esto los lleva a darle un orden a su vida para poder ejercer la medicina.

De acuerdo con lo encontrado en esta investigación, vemos que el diálogo en salud que se recrea en la consulta, parte del reconocimiento del terapeuta como mediador en salud, en primera instancia esta mediación sucede consigo mismo. Al llegar a la comunidad, este sujeto vivió un proceso de sanación que lo llevó a resignificar desde su propia vivencia los conceptos de salud y enfermedad. Su primera experiencia fue como “paciente” lo que le permitió reencontrarse consigo mismo, emprender un camino de autosanación para identificar y reconocer los conflictos que han generado un desequilibrio en su vida. Este aspecto es importante puesto, que el aprendizaje que emprende el terapeuta y la redefinición de conceptos en salud, empieza con su sanación física y emocional, lo que deviene en una experiencia que enriquece el acompañamiento terapéutico y dota de nuevos sentidos su práctica médica, miremos como lo expresa un médico universitario, terapeuta de la comunidad Carare:

Aquí todos llegamos con muchos conflictos, dolores emocionales y físicos y lo primero que hicimos fue un proceso de sanación de muchas enfermedades. Entonces esa es la pretensión y esa es nuestra misión como médicos, que todo el que llegue a la consulta también se sane y que aprenda también a sanarse a sí mismo, que aprenda de esto que nosotros ya hemos vivido, que esta persona aprenda y también empiece ayudar a los demás, esa es nuestra misión, que esas personas se sanen y pueda ayudar a los demás (Mamb1_PS).

En este primer momento, encontramos que el terapeuta medió con sus conflictos internos, laborales, familiares, comprendiendo a partir de su vivencia en la

Comunidad, que los conceptos de salud y enfermedad no son ajenos a su propia experiencia, lo que lo llevó a mirar al otro de manera compasiva, y a partir de allí fue viendo de manera crítica la racionalidad y la lógica de actuación del sistema de salud, resignificando su práctica a partir de su propia vivencia de sanación y del aprendizaje que se deriva del diálogo entre sus conocimientos y la medicina ancestral. Al respecto apunta una terapeuta de la Comunidad:

En la Comunidad he visto la posibilidad de ayudar a las personas de una manera diferente, porque cuando yo trabajaba como enfermera vi cosas muy fuertes hacia las personas que se encontraban con su condición de salud vulnerable, o sea unos maltratos muy fuertes, vi cómo se morían las personas y eso fue una cosa que a mí me confrontó mucho con el sistema de salud, porque veía, por ejemplo como aceleraban la muerte de las personas por darle cama a otro y eso me parecía inhumano, veía como maltrataban física y emocionalmente a los pacientes y yo no podía hacer nada, o sea vi cosas muy muy feas, que iban como contra lo que yo pienso respecto a la vida y el cuidado de la persona, y entonces cómo esta medicina me devolvía nuevamente la posibilidad de vivir de una manera diferente, y darme la posibilidad de transformarme y transformar lo que hacía (Ent6_MC).

Lo anterior lleva al terapeuta a transformar la relación que establece en el momento de la consulta con el consultante, construyendo un vínculo fundamentado en la confianza, que parte del reconocimiento del consultante como activo, dotado conocimientos y experiencias, entablado un relacionamiento de igual a igual, donde el terapeuta no se ubica en un lugar de poder “para mí el vínculo es cuando usted generó una conexión con esa persona entonces nos unimos en un mismo corazón en donde comprendo su dolor, pero no voy a ser parte de su dolor sino parte de su solución, entonces ese vínculo le permite sentir a uno solidaridad y compasión, no la compasión de pesar o lástima, sino la compasión de solidaridad, la compasión de acompañar” (Ent6_MC).

De esta manera, el terapeuta va resignificando sus formas de acercarse a su práctica profesional en salud, estableciendo nuevas relaciones con su cuerpo, su mente, sus emociones, con su entorno social, que lo lleva a reconceptualizar la salud y la enfermedad. Así, por ejemplo, en su proceso de sanación el terapeuta va resignificado la enfermedad, comprendiéndola no como aspecto negativo y que debe ser suprimida de la experiencia humana, sino como posibilidad de transformación, “la enfermedad aparece es para guiar la vida, como que hay una tensión porque hay algo que solucionar, la salud es ese orden, la enfermedad aparece para mostrar que hay que volver al orden” (Ent4_JCC).

Vimos hasta el momento el proceso de mediación que emprende un terapeuta en la Comunidad, que pasa por su vivencia de sanación y por la reconfiguración de su pensamiento, conocimiento y práctica en salud; ahora vamos a ver algunos elementos que desde la mediación constituyen la consulta.

5.2.2. Resignificación de la práctica: la consulta como ritual de sanación

La consulta deja de ser, díganme qué tengo y qué me hacen, es más bien que hago yo, por eso la consulta se convierte en un ritual de sanación, y ahí lo que crea esa confianza es la esperanza de vida, no es que le quedó tanto tiempo y se murió ¡no! Aún estando terminal sigue viviendo, va a vivir, o sea no se vaya con el dolor de que ya se acabó todo (Mamb1_PS).

Encontramos en esta investigación que la consulta deviene en un ritual, es así porque más que una práctica solamente médica o técnica, se reconoce como un momento sagrado donde lo más importante es la sanación de la persona que acude. La consulta se constituye en diálogo entre terapeuta y consultante, para encontrar caminos o rutas que conduzcan a la comprensión y la consciencia de aquellos aspectos que puedan estar generando la enfermedad, ya sean físicos, emocionales, familiares, laborales, entre otros.

La consulta como ritual se vive como un momento sagrado, que desde la espiritualidad le permite al terapeuta una conexión entre el sentir y el pensar, estableciendo una comunicación con el consultante, el entorno, el territorio y las plantas sagradas, de esta manera todo alrededor se vuelve susceptible de ser escuchado y observado, reconociendo que todo trae señales y muestra una información importante al espacio de la consulta. Es por esto que cuando llega el consultante, no solamente se tiene en cuenta lo que dice con su palabra, sino con su cuerpo, con todo lo que está a su alrededor, pues todo tiene un lenguaje que se va hilando, se comprende y se convierte en herramienta de diagnóstico para el terapeuta, así lo expresan en la Comunidad:

Lo primero que uno hace es conectarse con el ser y su entorno, entonces todo lo que hay en el espacio me habla y todo debe hablar, todos los seres, todas las cosas escuchan y todas las cosas hablan, todo, porque todo está vivo, todo es dinámico, interactúa en todo, el entorno, todo sana, también todo puede enfermar, todo atrae recuerdos. Entonces uno no deja nada al azar, hace un inventario de todo, del lugar y sabe qué hay. Entonces todo remedia y remeda, remeda porque se parece,

remeda porque hace mímica y remedia porque cura, porque sana, pero porque también media, en la enfermedad y en nosotros (Ent3_TOG).

De esta manera, cuando hablamos de la consulta como ritual de sanación, partimos por reconocer una práctica en salud que ha sido resignificada desde el diálogo como herramienta para la construcción colectiva de conocimiento, y como posibilitador para la transformación de ideas, conceptos y prácticas en salud. A su vez, encontramos que esta resignificación de la consulta, reivindica conocimientos locales que han sido negados e invisibilizados por la episteme occidental, dando lugar a la espiritualidad, dimensión que permite la comprensión del sujeto en su totalidad.

5.2.2.1. La preparación de la consulta: la ritualización

La ritualización aparece como un momento de preparación para la consulta, donde el terapeuta busca entrar en un estado de calma para centrarse y ubicarse en su labor, reconociendo la importancia de lo que va a realizar, asumiendo que ese encuentro con el otro es sagrado y requiere de disposición y entrega:

Quando yo me ritualizo lo primero que hago es traerme a un estado de tranquilidad donde lo que me esté alterando, lo que me esté afectando, lo que me esté doliendo, lo que me esté molestando se quede afuera y no interfiera con lo que yo voy a hacer en ese momento, porque es un momento de la persona, del ser, y para mí es un momento de mucho respeto con el ser y con la medicina ancestral (Ent6_MC).

Esta ritualización se hace a través de las plantas sagradas mambe y ambil¹⁴, lo que le permite al terapeuta activar el sentir para entrar en una conexión con su ser, con el ser de la persona que asiste, con el territorio, con las plantas, con los abuelos, reconociéndose así como parte de la totalidad de la existencia, desde donde reconoce al consultante de manera integral: su cuerpo, sus emociones, su mente, su contexto social y cultural, lo que le permite sentir y escuchar su necesidad, respetar sus ritmos, para de esta manera orientar ese acompañamiento terapéutico. Adicionalmente, en algunas ocasiones se dispone de elementos simbólicos que permiten armonizar el escenario de consulta: la luz representada en los velones, el agua, plantas aromáticas, cuarzos, aceites, instrumentos musicales, aromas, entre otros; todo ello genera un ambiente que permite que el consultante se sienta en un lugar tranquilo y confortable.

¹⁴ Si bien el yagé también es una planta sagrada de uso en la comunidad, esta no entra en el espacio de la consulta, ya que implica un despliegue mucho mayor y hay un momento específico para esto que son las ceremonias de yagé.

Vemos entonces que la ritualización como preparación para la consulta se constituye como aspecto fundamental para poder ejercer una labor respetuosa, desde donde se articula el sentir, el saber y se reivindica lo sagrado del encuentro con el otro, reconociéndose la espiritualidad y las plantas sagradas como maestras y guías. Veamos cómo lo narra una enfermera, terapeuta de la comunidad:

Cuando yo me ritualizo busco que todo se teja de una manera tranquila, para que no haya sesgos durante la consulta y si pasa algo yo pueda darle el manejo más apropiado (...) lo que yo hago es ritualizarme con la medicina, entonces yo me aplico un poquito de osca pidiendo esa calma, esa certeza en lo que voy a decir, en lo que voy a pensar, en lo que me va a llegar, en que me acompañen esas plantas y cada planta lo que representa, para que me mantenga alineado el pensamiento y alineado mi corazón, que si es el ambil entonces que tenga la palabra no solamente en la consulta sino también con las personas que me van a rodear, que me mantengan con esa armonía en mi corazón, y ya cuando yo voy a atender un paciente entonces siempre procuro que este la luz y que este el agua, pues esa luz me va a acompañar, pero también es el corazón del abuelo del fuego, entonces ese abuelo que para mí representa la transformación y el agua es vehículo para que los abuelos que me van a acompañar estén ahí también (...) entonces yo cuando hago eso respiro, entonces hay algo que yo procuro y es ser consciente de mi respiración, entonces cuando yo sé que estoy respirando traigo ese momento de calma, de tranquilidad, de ponerme en un estado de quietud en mi corazón y en mi pensamiento y de recordar que esa respiración me está conectando con la vida y es la que me va a conectar con la vida de esa persona, entonces la hago consciente, y ahí es cuando empiezo a agradecer, entonces agradezco porque cada paciente es una oportunidad para recrear y para aprender también, para poder ser, para poderme recordar y poder reconocer la medicina que yo soy. Invoco el universo, toda la energía del universo (...) o sea toda la creación la traigo ahí y es como si la respirara, luego entonces invoco mi maestro interior, recuerdo quien soy yo, qué es lo que hago, cómo lo hago, cómo lo he aprendido, cómo lo he sentido, entonces me estoy recordando, y ahí estoy de cierta manera reconociendo lo que yo soy, integrándome con el todo para poder trabajar y para poder acompañar a esta persona, pero también cuando yo invoco me reconozco en esa identidad donde está padre y madre, entonces invoco padre y madre, padre la fuerza, la voluntad, la energía, la madre esa madre que nutre, esa madre que amora, esa madre que endulza, esa madre que crea, esa madre que ejecuta las cosas que se piensan, y ahí invoco las plantas sagradas, entonces traigo el yagé, y como si me lo tomara, como si me chupara el ambil, el sabor del ambil, lo que significa el ambil, el tabaco, quién me entregó el tabaco, y traigo eso, invoco el espíritu de los guías y maestros espirituales que me acompañan y que esa medicina se integre en mí (...) entonces los pienso a ellos pero traigo la información del territorio y lo que viví en los territorios, recuerdo lo que he vivido con ellos allá y traigo lo que yo he sentido, después convoco a las plantas medicinales y los

remedios que yo conozco y sé para que sirven, y sé de qué están hechos, convoco este remedio porque tiene esto y sé que le va a dar un equilibrio a la persona o convoco esto porque tiene esto y le va a trabajar en los huesos a esta persona, entonces como que me lo meto yo para podérselo integrar a través de las manos en la terapia a la persona, luego de eso pido el permiso, la licencia, la facultad para poder trabajar en fulanito del tal, invoco su ser, invoco mi ser, pido perdón por los errores que esta persona haya cometido durante su vida que lo hayan llevado o lo han llevado a ese desorden y pido perdón también por mis errores, si es un momento también de aceptar que en mi parte humana me equivoco para no cometer la equivocación ahí, y ya empiezo a trabajar (Ent6_MC)

5.2.2.2. El diagnóstico desde la semiología: cuerpo, historia y entorno

En esta investigación encontramos que la semiología se ha utilizado como estrategia para la realización del diagnóstico, siendo resignificada en la comunidad por medio de una lectura integral del sujeto; en el diagnóstico la semiología se comprende como un lenguaje por medio del cual es posible interpretar signos y señales que se manifiestan a través de la palabra y el cuerpo del consultante, a partir del cual se articulan su historia de vida y su entorno, con el fin de comprender aspectos o situaciones que puedan estar generando una enfermedad, así se expresa:

Voy mirando a la persona y la voy sintiendo, voy leyendo el lenguaje con el que su cuerpo se va manifestando, si la posición que tomó por ejemplo es de protección, y voy revisando su cuerpo, sus movimientos, escuchándolo. Entonces en la lectura de la semiología yo voy mirando varias cosas, por ejemplo, el territorio me muestra una información, su contexto, pero también, voy observando su lenguaje corporal, su actitud, entonces empiezo a hacer una lectura integral del todo lo que ese sujeto es y trae a la consulta (Ent6_MC).

Así mismo, para la comunidad Carare un buen diagnóstico depende en gran medida del vínculo que establece el terapeuta con el consultante, ya que es desde la confianza que se genera, que el consultante habla sobre sus conflictos, sintiendo que está en un lugar donde es escuchado y comprendido, esto permite que el terapeuta pueda realizar lecturas de aquello que el consultante va manifestando, “entonces el vínculo es cuando estamos hablando y la persona se soltó, entregó y todo cambia, la palabra, su mirada y se siente que se está hablando a sí mismo, que se puede soltar con tranquilidad porque sabe que está segura; el vínculo genera seguridad y confianza en la persona para que se pueda entregar y se pueda soltar” (Ent6_MC).

La semiología si bien se comprende como un lenguaje universal, en su ejercicio, se particulariza reconociendo que hay lenguajes propios que van a depender de la cultura, del contexto, de las costumbres e incluso de la historia de vida de cada sujeto, tal y como lo expresa uno de los médicos universitarios, terapeuta de la Comunidad: “tiene un dolor en la rodilla, si tiene más de tanto tiempo de diclofenaco, si no mejora una radiografía, si no el ortopedista para una resonancia ¡No! es que su dolor no es el mismo dolor, si son cien personas con dolor de rodilla la historia de vida es completamente diferente y eso lo hemos aprendido acá, entonces es esa lectura de la historia de vida y de individualizar al paciente en la consulta” (Mamb2_PSH).

Ahora bien, como ya mencionamos el diagnóstico a través de la semiología reconoce la integralidad del sujeto, reconociéndolo desde su cuerpo, su historia y su entorno, si bien estas dimensiones no están separadas, queremos traer a continuación lo encontrado sobre cada una de ellas, esto en tanto pudimos observar la manera compleja y dinámica en que se aborda al sujeto, aunando esfuerzos por superar las divisiones y fragmentaciones que la medicina occidental ha realizado sobre el sujeto, la salud y la enfermedad.

El cuerpo: en la Comunidad se comprende el cuerpo como primer territorio y casa del espíritu. Desde esta concepción, el cuerpo muestra los conflictos como síntomas o manifestaciones de la enfermedad, así por ejemplo, en diferentes puntos de la columna se reflejan los conflictos internos “tanto del ser con su misión, como los de la pareja, la familia, el trabajo y su visión” (72), pero también el cuerpo manifiesta, lo que el consultante no dice con su palabra, mediante sus movimientos, posturas, gestos, respiración, entre otros, que entrega al terapeuta una información importante para ir haciendo el diagnóstico “entonces el cuerpo me está diciendo y depende para dónde se movió, eso que está escondiendo es de ahí, de esa parte del cuerpo, si es del abuelo, del papá, de los hijos, de la familia, de la sexualidad de donde viene, el cuerpo me va a mostrar qué hay detrás de eso, si hay un miedo, si hay un dolor, allá es donde se dirige la lectura” (Ent3_TOG).

La historia de vida: en el diagnóstico el terapeuta integra todo lo que el consultante es y trae al momento de la consulta, donde por medio de preguntas como: ¿de dónde es? ¿de dónde son sus papás? comienza a reconocer la historia del consultante para identificar su contexto social, político y cultural, por ejemplo, si ha vivido en contextos de violencia, desplazamiento, muerte, si ha pasado por momentos de sufrimiento, con el fin de indagar qué situaciones pueden estar relacionadas con su enfermedad:

Entonces le hago preguntas ¿de dónde es? ¿de dónde vino? ¿de dónde son sus papás ¿cómo llegó aquí? y él empieza a contar su historia, yo soy de Villavicencio, a mí me trajeron acá chiquitico, a mis papás les tocó salirse por la violencia... ¡la violencia! ya trae una historia, un conflicto, ojo entonces tiene problema de riñones o de próstata o de vejiga, algo hay ahí, y sigue, y sigue, y sigue, cuando todo eso que va contando, de pronto dice: yo llegué aquí y trabajé y perdí a mi mamá, murió mi papá, ellos cuentan solos, ellos solos hablan, o sea hacen todo un cuento de la problemática del territorio, o sea me está hablando del territorio, cosas que pasan en el territorio, o sea el territorio habla a través de él, trae su territorio ahí encima, entonces trae una problemática social, enfermedad social, enfermedades políticas, culturales, de familia... trae todo su territorio y todos sus duelos de territorio, sus duelos de la familia, sus duelos de la herencia, sus duelos de llegar acá, de adaptarse acá (Ent3_TOG).

El entorno: se integra al diagnóstico el momento actual del consultante, sus aptitudes, costumbres, formas de vida, su alimentación, sus relaciones de pareja, familiares, laborales, así como los espacios o escenarios que frecuenta y que pueden estar ocasionando en él una enfermedad.

De esta manera, encontramos que el diagnóstico realizado en la Comunidad a través de la semiología, integra todas estas dimensiones del consultante: cuerpo, historia y entorno. Comprendiendo que todo es susceptible de ser leído e interpretado, ya que trae una información que en su conjunto permite comprender la enfermedad.

5.2.2.3. El mito-cuento como estrategia narrativa para recordar

Cuando hay una problemática en una comunidad, entonces cuente el mito, es muy holístico, pero cuando empiezas a desglosar este concepto, digamos estás con un paciente y empiezas a contar el mito entonces él ya comprende por qué está enfermo, entonces asume (Minga1_salud enfermedad).

Encontramos que una de las estrategias utilizadas en la consulta es el mito-cuento. El mito en la Comunidad Carare se comprende desde su acepción ancestral como: “un reconstruir permanente de los valores establecidos en las leyes naturales. El mito hace referencia a un orden de la creación. En él se proclaman principios fundamentales de cómo fue ordenada la vida en este planeta y deja las sendas establecidas para el caminar de los seres humanos dentro de esos principios generales” (71).

El mito es utilizado en la comunidad para la sanación del sujeto, ya que es, ante todo una estrategia narrativa para recordar la vida en equilibrio, pues los mitos antes de la imposición del racionalismo como única forma válida para la comprensión del mundo, referenciaban lo sagrado, en ellos se almacenaba todo el conocimiento, pensamiento y el recuerdo de la vida humana, por tanto, contenían la verdad por excelencia. Es a partir del siglo VI a. C que los mitos pierden este sentido, para equipararse con la mentira (77). No obstante, se pueden encontrar en nuestro contexto, muchos pueblos indígenas a los que la cultura dominante no ha podido arrebatar su significación original del mito.

Es por esto que en la comunidad Carare el mito “enseña y guarda todas las formas y lenguajes. Cuando el mito se expresa le da forma a la ley de origen. El mito nos hace recordar la misión: el para qué vinimos aquí” (71). Cabe señalar que en los mitos se encuentran consejos para pensar y vivir de manera consciente, de ahí que el mito sea una estrategia utilizada en la consulta desde donde se orienta al sujeto para que entre en consciencia sobre la enfermedad que lo está afectando, dado que los mitos muestran aquello “que está prohibido” e indican lo que puede llegar a pasar si se sigue pensando o actuando de determinada manera (77).

Ahora bien, encontramos que el mito ha sido resignificado en la Comunidad a partir del diálogo con el pensamiento indígena, siendo traducido a los contextos urbanos y mestizos a forma de cuentos, configurándose en mito-cuento. A través de esta estrategia narrativa se relata a modo de devolución la historia del consultante, cobrando sentido en el escenario particular de la consulta, donde a través del mito-cuento el sujeto puede verse reflejado, identificarse, comprender su enfermedad y asumir su responsabilidad frente a esta. Veamos cómo se expresa en la Comunidad:

Yo hablo del mito a través de un cuento y para evitar que el otro se sienta mal, yo le digo “eso me pasó a mí” yo lo asumo, y me río de mí, se atrapa en ese cuento, entonces ya se ve en este mito en dónde va, el mito se adapta a cada quien, es para cada situación. Entonces yo le cuento, me pasó así y esa persona se ríe, entonces ya se desinhibe, entonces yo le digo y a mi esposa, mi hermana, le salió ese grano, del que no quieren que les hable, y entonces le salió y eso es un duelo, porque había dejado a su pareja... y dicen: oye yo tengo lo mismo ¡automáticamente! Es el mismo mito, resumido a un cuento personal, para cada persona, para cada enfermedad hay un mito-cuento (Minga1_salud enfermedad).

Se puede ver entonces, como el mito-cuento que se da en la comunidad, sigue conservando la esencia del mito y cumpliendo su función originaria, pues le permite al consultante recordar, recordarse a sí mismo y encontrarse en esta historia,

reconociéndose como un personaje principal del mito-cuento, ya que le permite involucrarse y tomar postura frente a su situación. De la misma manera sucede en las poblaciones indígenas:

Muchas veces los abuelos cuentan sus mitos y uno se identifica, uno dice sí juemadre, yo estoy en esto o en lo otro... entonces muestran todo lo que le va pasando a los personajes, que aparentemente no tienen nada que ver con uno, pero uno empieza a ver como una relación, uno se empieza a identificar y uno se vuelve como parte de esa historia y entonces a uno se le abre el pensamiento y uno puede empezar como a actuar desde esos parámetros que traen la mitología para su vida. Ya en la parte de la enfermedad física como tal, ahí mismo la van contando, y van narrando lo que pasa con los personajes, y como ellos van fracasando, pero a la vez también como ese fracaso trae también la sanación y ese cambio para un mejor vivir y se hacen conjuraciones a través de esos personajes, y hasta uno mismo puede componer un mito hoy en día desde historias que pasan en lo cotidiano en la ciudad, haciendo siempre esa relación (Ent7_MS).

Es así como en el mito-cuento que se relata en la consulta se puede ver la vida del paciente, ya sea a través de la experiencia del sanador, o de un personaje indistinto que cumple la función de arquetipo para que el paciente se recuerde, pues aunque no lo sepa él es el protagonista, es quien logra salir de las situaciones que lo afectan. El consultante a través del mito-cuento se empodera de su historia, la hace suya y la asume.

5.2.3. La vivencia de la sanación: el sujeto como actor en salud

Uno siente que el sistema de salud occidental tiene un poder sobre uno, y cuando uno está en la enfermedad no tiene poder sobre sí mismo y cuando se llega a un espacio que no te impone, sino que te acompaña, pero sin generar una dependencia, siempre con la responsabilidad de la persona, entonces él siente que tiene poder de sí mismo y que es escuchado. Cuando uno comparte la palabra con esa persona, es ir al origen, es profundo, hay escucha, no hay imposición, él encuentra autonomía y encuentra respuestas (Minga1_salud enfermedad).

Como ya se dijo anteriormente el sujeto se reconoce desde un papel activo y dinámico, es un agente de cambio que al situarse y reconocerse como sujeto histórico, social, político y cultural puede transformar su realidad individual y colectiva. Así en la consulta se parte de asumir un sujeto dotado de conocimiento, de saberes, que posee una experiencia que le permite saber qué le hace bien y qué

le hace mal, que puede tomar decisiones y remediar aquello que le ha generado dolor y conflicto; y son precisamente las estrategias desarrolladas allí, las que llevan a que el sujeto se reconozca como tal y transite por la vivencia de la sanación, lo que le permitirá configurarse como un actor en salud.

Hallamos que la comunidad Carare reconoce también en la consulta un escenario de “enseñanza y aprendizaje en salud”, el cual se ha venido construyendo desde la vivencia de la sanación, permitiendo al sujeto ir más allá de los síntomas visibles, para que identifique aspectos que originan su enfermedad, adquiriendo un papel protagónico en su proceso de sanación, esto revierte la idea institucionalizada y hegemónica de la educación en salud cuyo propósito se ha centrado en transmitir información sobre lo que se debe hacer, asumiendo al personal de la salud como el actor dotado de conocimiento, restando de esta manera autonomía al sujeto, negando sus experiencias y conocimientos. Así, para la Comunidad “la consulta todo el tiempo es enseñanza y aprendizaje, es empoderamiento, mejor dicho, es la enseñanza vivencial en el paciente, y como parte de la metodología se lleva a que la persona recuerde su historia, su territorio, su linaje, su origen” (Mamb2_PSH). De esta manera, el objetivo de este proceso de “enseñanza y aprendizaje en salud”, es que el consultante pueda reconocerse como sujeto individual y colectivo, y adquiera las herramientas para sanarse a sí mismo.

El terapeuta asume un papel de guía, de acompañante, en el cual va llevando al consultante para que tome decisiones sobre lo que quiere para su vida, así a través del vínculo se genera una confianza para expresarle lo importante que es su vida, su cuidado y su sanación, pero que ello implica que él se responsabilice de su tratamiento, ya que su sanación depende en primera medida de sí mismo. Así lo expresan en la Comunidad:

Lo que pasa es que el individuo es el actor principal, o sea él es el que tiene el papel principal, porque la responsabilidad de sanarse es de él, entonces yo a ellos les hago generar esa consciencia y soy muy clara cuando les digo que yo los acompaño y les brindo las herramientas para que ellos hagan su propia ruta de sanación, porque los que tienen que aprender a sanarse son ellos y si yo lo hago, pues ellos no van a tomar consciencia, ni van a valorar el cuidado de su vida, y el papel que tienen de darle valor a su propia vida y reconocer que lo más importante son ellos mismos y que si ellos están bien, todo su entorno va a estar bien (Ent6_MC).

Ahora bien ¿cómo puede el consultante sanarse a sí mismo? encontramos en esta investigación un elemento renovador que transversaliza el proceso de sanación y es la vivencia como experiencia profunda, interna e íntima que lleva al sujeto a asumir cambios significativos a través de la consciencia de su propia existencia. Así,

la vivencia de la sanación permite que el sujeto potencie reflexiones que lo llevan a habitar la salud, recuperando esa dimensión extraña, olvidada y fragmentada por la medicina occidental, para configurar una subjetividad en salud que le permite asumirse como sujeto integral en tanto cuerpo mente, espíritu, emociones y naturaleza; configurándose como sujeto activo, propositivo, reflexivo y con apertura para construir realidades posibles.

Para ejemplificar lo dicho, partimos de unos momentos que hacen parte de la vivencia de la sanación, aclarando que es un proceso que no es lineal, ni se experimenta de forma igual por todos los sujetos consultantes, pero constituye de manera general un proceso vivencial que ha sido recuperado durante el trabajo de campo y que además ha sido parte de nuestra propia vivencia de sanación en la Comunidad: (i) reconocimiento y revisión, (ii) aceptación, (iii) comprensión, (iv) perdón, (v) justicia y acuerdo, y (vi) recreación de la vida. Esta vivencia de la sanación se acompaña de prácticas que realiza la Comunidad o procedimientos clínicos, esto según lo que necesite el consultante, entre los que se realiza en la consulta se pueden encontrar: terapias corporales, baños y remedios con plantas, isakechi o limpiezas de algodón, entre otras.

- (i) Se parte del reconocimiento de que hay algo que genera incomodidad o malestar; una vez se reconoce esto, se entra en un estado de auto-observación, donde es necesario el sinceramiento del sujeto consigo mismo para revisar el pasado, el presente, el futuro para hacer un inventario de la historia, llegando a la identificación de la emoción, el pensamiento, el comportamiento, el momento o aquello que está generando la enfermedad.
- (ii) Luego entra en este proceso la aceptación, aquí se interioriza aquello identificado que genera la enfermedad, donde se reconoce que el origen de la enfermedad no está en el cuerpo, pues este solo la manifiesta, se toma conciencia de la importancia de escucharse, de sentirse, así entonces la aceptación de la enfermedad conduce a la conciencia sobre ella.
- (iii) Este momento lleva a la comprensión, donde el sujeto se responsabiliza de la enfermedad, por eso allí no se juzga, no se condena, no se culpabiliza a otras personas o situaciones por esta.
- (iv) Esta comprensión conduce al perdón, este no es diplomático, ni retórico, es un estado espiritual que permite perdonar aquello que genera la enfermedad, es decir los daños propios, los que fueron generados y los que se ocasionaron a los demás.

- (v) Ahora el perdón, conlleva justicia, la cual permite volver al orden que ha sido trastocado, la justicia no es una institución externa, pues está en la conciencia de cada uno para sanar la enfermedad; esta conciencia implica el acuerdo, este se hace con uno mismo y con la vida, los acuerdos son planes de trabajo, son un compromiso y una responsabilidad para llegar a la vida que anhelamos.
- (vi) El acuerdo conduce a forjar los sueños, es el paso firme para seguir caminando en el plan de vida, haciendo vida lo aprendido.

A continuación, traemos un relato de sanación recogido en el marco de esta investigación. Invitamos a un viaje por la vivencia de la sanación de una persona que hoy es terapeuta de la Comunidad:

¿Qué me trajo a la Comunidad? A los 13 años yo me fui de mi casa después de vivir una serie de acontecimientos que creo que detonaron una cantidad de enfermedades fuertes, al año de irme se me detonó un lupus, y el lupus me dio una insuficiencia renal y una crisis de hipertensión, se me detonaron ahí tres cosas fuertes entonces yo no sabía que era lo que estaba pasando. Entonces a los 26 años hubo otros acontecimientos fuertes y yo ya tenía mi hijo, la situación se puso demasiado fuerte tanto física como emocionalmente y hubo un médico que me dijo que no me podía ayudar, que ya lo mío era algo para toda la vida, que ya tenía que aprender a vivir con eso y que no podía ayudarme, no podía hacer nada por mí y yo sentí que eso no era verdad, entonces me dijo que la única manera era que él conocía un consultorio de medicina ancestral que trabajaba desde la medicina indígena, y para mí la medicina indígena era totalmente desconocida y la verdad pues yo no creía mucho en eso porque no la conocía. Yo recuerdo esa situación, y hoy en día miro la enfermedad como se va apoderando lentamente de uno y hace que uno tome actitudes, pensamientos y sentimientos muy fuertes. Entonces me dieron la cita y cuando yo llegué, yo recuerdo que mi actitud era muy arrogante y egocéntrica, yo no quería reconocer la enfermedad (...) Me dirigí donde una médica del mismo consultorio, ella me hizo un desglose de cosas y una serie de preguntas que eso me impactó y me sembró como el gusanito de la curiosidad de saber qué era lo que pasaba y sentí que había algo detrás de esa medicina que yo quería saber qué era, después de todo el proceso que viví, yo sentí por primera vez en mi vida un poquito de paz frente a la situación que yo estaba viviendo, y vi el trato humano que me dieron, y el cuidado que me dieron y era una cosa que yo no había tenido nunca en mi vida. Entonces comencé a vivir mi propio proceso de auto-sanación, vi que sí me podía sanar, que podía reconocer y revisar que me había generado esa enfermedad y vi con el tiempo que cuando a mí me sacaban los exámenes ya no tenía nada, estaba muy bien de mi salud y ver cómo esta medicina

me llevó a comprender que era yo misma la que me estaba autodestruyendo por todo el dolor que yo tenía guardado, cómo yo me había negado de cierta manera a mí misma y cómo esta medicina me devolvía nuevamente la posibilidad de vivir de una manera diferente, y ser consciente de mis errores, de mi inconsciencia, ser consciente de mi inocencia frente a muchas cosas y darme la posibilidad de transformar, y a pesar de a veces cometer las mismas equivocaciones, ir las transformando lentamente, y anhelar y escuchar por primera vez en mi vida la palabra del plan de vida, porque yo no tenía plan de vida, para mí el plan de vida era desconocido, yo no sabía que eso existía, y poderme soñar y poderme anhelar lo que quería para mí, para mi hijo, para mi familia y eso me llevó a coger más fuerza, más fuerza (...). Entonces empecé a darme cuenta que detrás de la máscara de la braveza, detrás de la máscara del malgenio, de la rabia, había amor, había dulzura, había cuidado, había una cantidad de cosas muy bonitas que poco a poco las he ido trabajando, o sea como sentir la capacidad de poderme sanar y poder ayudar a otras personas, darme la posibilidad de poder tener autonomía y poder ser capaz de tomar decisiones. Entonces yo siento que es eso, esta medicina me llevó, me sigue llevando... y eso me da la posibilidad de irme descubriendo todo el tiempo (Ent6_MC).

Esta vivencia de la sanación permite la configuración del sujeto como actor en salud. En primer lugar, el proceso terapéutico asumido por ese sujeto lo lleva a un empoderamiento de su propia vida, rompiendo con las dependencias que lo ubican en un lugar pasivo, donde entrega “la responsabilidad” de su vida a otras personas o instituciones -con ello no queremos decir que el Estado o las instituciones de la salud no tengan responsabilidad en la prestación de servicios-, puesto que genera una consciencia sobre sí, que lo lleva a tomar decisiones frente a su vida, asumiendo sus emociones, sus pensamientos y sus acciones. Aquí el paciente se reconoce como un *actor en salud* que se responsabiliza y puede transformar su realidad, así se relata: “cuando el momento de conciencia sucede, ese darse cuenta, ese descubrir, lo que pasa es que la persona o uno mismo deja de ser víctima, asume, se responsabiliza y cambia de ser una persona pasiva a un ser activo, se vuelve actor y esa enfermedad se puede sanar” (minga1_salud enfermedad).

Dando respuesta a los objetivos específicos planteados para este apartado, encontramos como hallazgos:

- La consulta se configura en una práctica de mediación en salud donde convergen diferentes conocimientos, pensamientos y prácticas con coordenadas epistemológicas diferentes (ancestrales y occidentales), que desde un diálogo horizontal ha permitido a la Comunidad la ampliación de su conocimiento en salud, resignificando una serie de estrategias para la realización de la consulta.

- La consulta se resignifica en la comunidad como un ritual de sanación, siendo un momento sagrado que se vive desde la espiritualidad, lo que permite un reconocimiento de la vida como totalidad y del sujeto como parte de ella. A su vez, el terapeuta adquiere un lugar como mediador entre el conocimiento científico en salud y lo aprendido en medicina ancestral en la Comunidad lo que le permite reflexionar sobre su práctica profesional y otorgar un nuevo sentido a la consulta.
- A través de la consulta como un proceso de enseñanza-aprendizaje se brindan una serie de herramientas al sujeto para que se sane a sí mismo a partir de su vivencia, lo que le permite construir nuevas significaciones sobre su vida, sobre la salud y la enfermedad, convirtiéndose en un actor en salud.

5.3. Significados en salud desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare

Nos preguntamos en esta investigación por los significados en salud desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare, para ello nos centramos en un primer momento, en reconstruir las trayectorias de su práctica de medicina ancestral, para luego narrar cómo se ha desarrollado, seleccionando para tal fin la consulta terapéutica, a partir de los cuales emergieron los significados en salud que a continuación serán presentados. Consideramos que estos significados aportan a comprensiones amplias de la salud, proponiendo visiones diversas, situadas y construidas que reflejan como la salud sucede, se vive, se reconoce, se interpreta y se dota de sentido desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare.

Ilustración 4. Significados en salud



5.3.1. Salud – enfermedad como garantía de una vida en equilibrio

El pensamiento ancestral está almacenado en la salud y la enfermedad, y todo el conocimiento ancestral está hacia el equilibrio, hacia la salud y hacia la enfermedad (Minga2_salud enfermedad).

Uno de los significados en salud encontrados en esta investigación es la comprensión de la salud y la enfermedad como una unidad que forma parte del entramado de la vida social, de manera que en la salud está contenida la enfermedad, así señalan que la salud y la enfermedad:

No se pueden ver, ni vivir de forma separada, se comprenden en unidad, no se divide (...), cuando hablamos de salud hablamos de enfermedad, cuando hablamos de salud y enfermedad desde lo ancestral, la una me lleva a la otra. Decimos también, que en la salud-enfermedad está contenida la alegría, la felicidad, la convivencia, es la vida misma y asumirla nos conduce al bienestar del ser, al vivir bonito, al equilibrio con el todo (Minga1_salud enfermedad).

Esta significación de salud-enfermedad como una unidad es posible dado que se ha construido a partir de la espiritualidad como una coordenada de relacionamiento con el mundo. Para la Comunidad la espiritualidad se comprende como “el manejo de la experiencia de la vida desde el espíritu” (71), desde donde se otorga una comprensión holística al ser humano, que le recuerda su conexión con todo lo que lo rodea, reconociéndose en tanto dimensión corporal, emocional, mental, espiritual y social.

Desde la espiritualidad se trascienden las dicotomías con las que se ha comprendido la realidad social, así la salud y la enfermedad dejan de ser dos dimensiones separadas entre sí y extrañas a la experiencia humana para pasar a ser una unidad que tiende hacia el equilibrio, puesto que la salud está asociada a la enfermedad y parte del reconocimiento de esta, lo que conlleva a un estado de consciencia desde donde se da un manejo a la enfermedad para restablecer el equilibrio. De esta manera, “hay un concepto de salud enfermedad que está separado. Lo que hace la medicina ancestral es llevar al ser a esa unidad para poder hacer la sanación; la salud y la enfermedad están en un equilibrio perfecto, porque la enfermedad se reconoce” (Minga1_salud enfermedad) como parte de la vida.

La salud-enfermedad como unidad también significa orden para la comunidad Carare, lo que lleva a un reconocimiento de lo humano como parte de la naturaleza –relación sociedad, naturaleza-, en ello se encuentra una propuesta de vida en la que el sujeto coexiste con la tierra y sostienen relaciones armónicas con todo lo que lo rodea. Este orden está dado por la ley de origen: no hacer daño, no hacerme daño y no permitir que me hagan daño. Cuando se vive bajo esta ley se garantiza el equilibrio en la vida, de esta manera “la salud y la enfermedad son vistos como pilares de la ley de origen, por eso cuando hay enfermedad hay medicina y la medicina nos lleva al origen y nos recuerda el vivir en orden, vivir en esa ley” (Minga1_salud enfermedad).

La ley de origen recuerda la vida en equilibrio, donde el ser humano al estar en conexión con todo lo que lo rodea hace parte de un orden material y espiritual, en el momento en que se olvida o se niega el espíritu en la vida llega la enfermedad, la cual es comprendida como una ruptura con el plano espiritual y una sobrevaloración de la vida material y racional lo que genera una fragmentación del sujeto en sus dimensiones, esto se manifiesta en un desequilibrio entre las acciones, pensamientos, sentimientos y emociones. Se plantea que esta división u olvido es un “rompimiento que se hace ilusoriamente a la universalidad, a lo eterno, a la totalidad” (71), es ilusorio en tanto en la Comunidad se entiende que en esencia

se es espíritu, lo que sucede es que se olvida, se está dividido, se vive solamente desde la razón y se olvida la ley de origen, “esta medicina es para volver uno a recordar quien es, para vivir desde el espíritu, es para despertar espiritualmente (...), para vivir en orden, reconociendo el espíritu, viviendo desde el espíritu y conscientes de que hay unos tiempos, que hay unas ordenanzas que vienen desde lo sagrado y que se deben respetar, que se debe respetar uno mismo, que se debe respetar la vida” (Ent1_EB).

5.3.2. La salud-enfermedad: un camino de autoconocimiento

La enfermedad desde el pensamiento ancestral es comprendida como un maestro, como guía, en la enfermedad está la solución, es el camino a la sanación. Desde la medicina ancestral se hace un viaje a la historia de la enfermedad en tanto ésta siempre lleva al origen, está relacionada con la historia, el linaje, el territorio y es a partir de este reconocimiento y aceptación, que el sujeto encuentra las herramientas para mirar su enfermedad, sanar su ser y su historia (Minga1_salud enfermedad).

Como ya se ha mencionado, para la comunidad Carare la concepción de enfermedad está asociada al desequilibrio de las acciones, pensamientos, sentimientos y emociones, este desequilibrio puede provocar un déficit estructural o funcional y verse reflejado en el cuerpo, desde donde es posible observar la experiencia de vida del ser humano e identificar los conflictos que han incidido en la enfermedad, esto en tanto, “el cuerpo es la herramienta del espíritu, es el lugar en donde habita y posee una relación directa con él, con el pensamiento, con las acciones y el conjunto de elementos implicados en la construcción de la vida en el entorno personal, familiar y social del individuo” (53)

El origen de la enfermedad puede estar determinado por la historia o linaje, por las relaciones familiares, de pareja, las palabras y consejos que se reciben, las acciones, el territorio, el contexto sociocultural, entre otros. De esta manera la enfermedad conlleva a un viaje por la historia, desde donde es posible transitar por la memoria de la propia vida:

Es poder ir al origen del por qué se generó la enfermedad, en qué momento, qué tiempo, qué estaba pasando, qué estaba viviendo la persona, es volver a esa memoria y desde ahí empezar a sanar (Ent1_EB).

Uno se enferma porque hay un desorden y ese desorden genera un impacto en el cuerpo, y la enfermedad solo se soluciona cuando se va al origen para reordenar esa información que en algún momento se desequilibró (Ent6_MC).

En cuanto al origen de la enfermedad, la comunidad Carare reconoce tres formas de enfermar, estas pueden estar asociadas al linaje, los hábitos/comportamientos, y el contexto, territorio o entorno que habita la persona: (i) *Cuando un sujeto viene enfermo* desde lo hereditario (su linaje o ancestros) y al no ser resuelta esta enfermedad, la persona que nace trae consigo todo lo que no se ha resuelto, encontrando el escenario para que la enfermedad se desarrolle. (ii) *Cuando el sujeto mismo se enferma* por el mal manejo de sus emociones, comportamientos y pensamientos, ya sea de manera consciente o inconsciente, esto se relaciona con sus decisiones, su manera de vivir, lo que escucha, observa, su círculo de amistades. (iii) *Cuando al sujeto lo enferman*, en este caso la enfermedad llega por causa externa, por el territorio o por los espacios que frecuenta: su territorio de origen, su ambiente laboral, su ambiente familiar, sus condiciones socio-económicas. Veamos cómo se expresa:

(...) Desde el concepto de salud-enfermedad que manejamos en la comunidad, uno se enferma porque ha estado ese desorden que ha generado esa enfermedad, entonces aparecen unas formas de enfermar: en el linaje y no se ha ordenado, se ha venido de generación en generación buscando un escenario en donde recrearse, buscando el momento, la persona, la situación para poderse seguir recreando y sostenerse ahí, pero siento que la misma enfermedad va haciendo que la persona busque una solución, de generación en generación ya llega un punto en que hay una persona que toma la determinación y la decisión de querer curarse de eso que tiene; lo otro es los hábitos, desde los hábitos que uno maneja, o sea ese desorden no estaba en la familia pero yo estoy generando unos comportamientos, porque estoy en mi propio desorden, mi propio autodesconocimiento de mi ser y desenamoramiento de mi ser; y también cómo llega la enfermedad desde el entorno social, yo puedo estar bien pero el ambiente social en el que estoy hace que yo me enferme, cómo una persona adquiere la enfermedad por el territorio en el que vive, por la historia de conflicto, la violencia (Ent6_MC).

Se puede observar que estas formas de enfermar, guardan una relación con la ley de origen, como ley natural y equilibrio de la vida:

Desde lo ancestral hay una situación o condición: uno puede estar enfermo, una cosa es estar enfermo, otra es enfermar y otra es que me enfermen, igual: que yo me haga daño, que yo haga daño o que me hagan daño, por eso yo soy responsable de lo que pase, o me pase o pase a los demás, estamos hablando de responsabilidad mía con el todo, el vivir bonito (Minga1_salud enfermedad).

Desde esta concepción la mirada sobre la enfermedad cambia, pues se concibe como una posibilidad de descubrimiento de sí mismo, como una búsqueda interior que permite identificar los aspectos que están generando ese desequilibrio, de esta manera se reconoce como parte del engranaje de la vida y se le otorga un nuevo significado, como aprendizaje, revisión, perdón y transformación de la vida. Hay una condición de aceptación de la enfermedad, se reconoce como guía, como maestro que llega para avisar que hay que volver al orden, a vivir una vida en equilibrio:

Es un regalo de consciencia, donde la enfermedad es una alerta, una justicia (...) acepte que tiene la enfermedad para poderlo curar, sino lo acepta se vuelve terco, es un llamado, es una oportunidad de la vida, le dijeron con la enfermedad todo lo que tiene que hacer para estar bien, para estar sano (Minga2_salud enfermedad).

Aparece como aviso, como oportunidad para restablecer el orden, llega para indicar que hay algo por resolver, entonces la sanación inicia cuando somos capaces de reconocer la enfermedad como parte misma del orden de la vida, es decir, no se ataca, no se niega, sino que se comprende al interior de nosotros mismos, como parte de nuestro caminar (Minga1_salud enfermedad).

La enfermedad aparece es para guiar la vida, que hay una tensión en esto porque hay algo que solucionar, pero la salud es ese orden, la enfermedad aparece para mostrar que hay que volver al orden (Ent4_JCC).

Encontramos que, en el reconocimiento de ese desequilibrio, se transita por un proceso de sanación que permite tramitarlo y ordenarlo. Ahora, en este proceso de sanación se busca generar conciencia de la enfermedad a partir de la vivencia de la sanación como aprendizaje constante de sí mismo, que lleva al reconocimiento de la historia, del linaje, del contexto, de la cultura, lo que permite resignificar las formas de relacionamiento con el cuerpo, la mente, las emociones, el pensamiento, el espíritu y el entorno, posibilitando la transformación interna para la construcción de un proyecto de vida individual y colectivo, es así como “la salud-enfermedad no excluyen al sujeto, por el contrario, lo involucra, lo vuelve un actor de su salud, le devuelve la esperanza, lo acompaña para que logre recuperar su equilibrio, para que elabore sus duelos, hace promoción de su vida, de su fuerza, de sus actitudes; por ello en el pensamiento ancestral la enfermedad siempre es esperanza” (Minga1_salud enfermedad).

Es así como la salud para la comunidad Carare es un camino de vida espiritual que conduce al restablecimiento del orden, la armonía y el equilibrio del ser en todas sus dimensiones, recuperando en el sujeto un lugar consiente frente a su existencia y a todo aquello que lo rodea. Para la medicina ancestral en la comunidad Carare “la salud es un concepto que abarca el equilibrio de las emociones, acciones, actitudes

y pensamientos. En esta visión se incluye el equilibrio con la familia, la pareja, la comunidad y el componente social” (53).

Cuando hablamos de salud es de ese ordenamiento... cuando cambia en nosotros la mirada ya la enfermedad no es un problema, sino la enfermedad es casi que la garantía de que haya vida (...), o sea está es avisándole, está es ahí en función de la vida (Mamb_PS).

5.3.3. El territorio: memoria de salud-enfermedad

El territorio es ese gran cuerpo donde se desarrolla la vida, estamos ahí todas las generaciones, cada territorio tiene determinadas plantas que muestran la enfermedad y la cura, también en el territorio podemos ver las formas culturales, las tradiciones, toda la parte social, para nosotros el territorio es integral, en él está toda la información de lo que somos (Ent4_JCC).

Para la comunidad Carare el territorio tiene una estrecha relación con la salud-enfermedad, esto es así dado que se concibe como un gran cuerpo que guarda la memoria de la vida, se reconoce que desde su origen milenario contiene la sabiduría, la historia y la tradición de los pueblos que lo han habitado. Su comprensión se amplía más allá de la acepción física para concebirse como espacio sagrado, como garante del equilibrio que permite el funcionamiento de la vida, es considerado como guía espiritual y maestro en el aprendizaje en medicina ancestral.

Se trata de entregar y recibir del territorio, es también agradecerle a ese territorio por medio de su gente, por medio de sus personas lo que nosotros hemos recibido. A nosotros el territorio nos abre ya un aspecto grandísimo en el templo del sol, porque nos habla de un nuevo orden, donde ya se empieza a pensar y a sentir que más que nuestra sanación individual, es algo mucho más grande, de humanidad, de la vida (...) también la información que llega por ejemplo de la Laguna de la Tota que es muy relacionada con partería, con engendrar, entonces como que cuando empezamos a tejer ese vínculo con el territorio, nos empezamos a dar cuenta que nos habla y nos empieza a dar cosas que nos están faltando, empezamos a aprender de él, de la memoria que guarda (Ent4_JCC)

Se le otorga al territorio un significado holístico y desde allí se asume al ser humano en conexión con él, “entonces es ver el territorio desde otros ojos, no excluirse, porque yo formo parte de la naturaleza, porque yo soy el paisaje, yo soy la naturaleza, entonces lo ancestral nos invita es a eso ¿Cómo se ve el territorio? El concepto de territorio abarca todo, no se puede dividir, ni nos podemos separar del

él” (Minga1_ salud enfermedad). Así mismo, el territorio expresa múltiples dimensiones de la vida natural y cultural, conteniendo la memoria de: formas, comportamientos, tradiciones, conflictos sociales, económicos y culturales.

En esta relación salud-enfermedad y territorio encontramos los siguientes significados:

- *En el territorio está contenida “la enfermedad y la cura”*: se expresa que, a través de la vegetación, los animales y los minerales, el territorio entrega información sobre la salud-enfermedad. Desde el territorio es posible ver cómo está la población, cuáles son las enfermedades, pero también cuáles son las medicinas o las “contras” para cada enfermedad.

Los animales muestran como está el territorio, el entorno. Cuando hay enfermedad el territorio está enfermo, cuando hay una epidemia los arboles tienen la epidemia, todo está enfermo, se muestra la enfermedad. En una casa cuando hay un enfermo se muestra: el olor, las vasijas, los muebles, en todo se va encontrando la huella de la enfermedad, de la situación (Minga1_salud enfermedad).

Para nosotros es muy importante el territorio, porque el territorio habla, cada territorio tiene unos rasgos, tiene tipos de árboles, de vegetación, el territorio trae una información de enfermedad, pero también de medicina, se mira en los territorios qué medicinas hay, qué plantas medicinales, qué animales, y desde ahí se puede ver cómo está la población, qué es lo que necesita (Ent1_EB).

Entonces voy a un territorio y miro, empiezo a contemplar, hay totumos, hay flor amarilla, hay flor de arizá, hay cañeja, hay ruda, todas las plantas que yo conozco que son para trabajar la parte del sistema reproductor o la parte urinaria, entonces yo digo, aquí debe haber un desorden, aquí hay enfermedad en el sistema reproductor, o desorden sexual, entonces empiezo en la consulta a darme cuenta que sí hay un desorden, que hay enfermedades de este tipo (Ent6_MC).

- *El territorio como dimensión social y cultural*: encontramos que el territorio guarda la memoria social y cultural del entramado de relaciones sociales que se tejen en este, así en una relación de interconexión, se reconoce que las personas son la voz del territorio, por tanto, pueden desde su experiencia mostrar las enfermedades sociales que se dan en el territorio, los conflictos históricos, las relaciones sociales, económicas y políticas que allí se tienen. Por ello, el territorio resulta indispensable en la lectura de la enfermedad.

Cada territorio tiene una complejidad de violencia o de situación social, cómo lo social, lo político se integra a la enfermedad, la economía como enfermedad

también, es un fenómeno que hay ahí. Las enfermedades de la violencia, por ejemplo, entonces en esa historia que se va viviendo ahí es donde están todos los conflictos grandes, todas las enfermedades (Mamb2_PSH)

El territorio está hablando de la problemática que está viviendo, puede verse por ejemplo en la construcción de las casas, la organización del espacio, la decoración. Si usted va a un cerro tutelar, al río, a las lagunas puede leer ahí cual es la cultura que esta predominando en el espacio, o va a una calle o a una casa, ve una vasija, todo habla, el territorio le está hablando, está mostrando qué es lo que se está viviendo (...). Usted mira lo que dice la gente y eso sucede cuando uno está conectado con todo, entonces los humanos son la voz del territorio y cuentan entre líneas cosas guardadas, hablan desde lo político, desde la pobreza, hablan desde cualquier parte. Usted va a una ciudad, se sube al taxi y el conductor le cuenta una historia, es decir está hablando el territorio. Usted va a un cerro y lo sabe leer, siente y le cuenta muchas historias. Los humanos también son la voz del territorio y hablan desde diferentes dimensiones del territorio (Minga2_salud enfermedad).

5.3.4. La salud-enfermedad: historia, vínculo y comunidad

En nuestra practica de medicina lo importante es el sentido humano, lo que nos ha dado es como el sentir de comunidad, acá llegas con tú con toda tu familia, y desde la primera vez que llegas nadie te juzga, es un humano que lo reconocemos, esto es como el sentir, como un sentir de humanidad (Ent4_JCC)

La Comunidad Carare se ha nombrado como “una comunidad que sana y que se sana a sí misma, una comunidad comprometida con la salvaguarda de la vida a través de la mediación cultural y espiritual entre las diferentes culturas y espiritualidades que están a favor de la misma” (14). En esta definición de la Comunidad, encontramos una visión comunitaria de la salud, dado que, al reconocer al sujeto como parte de un contexto social y cultural, la sanación del individuo es al tiempo sanación de su historia, de su familia, de su entorno, lo que a su vez aporta a la construcción de nuevas relaciones humanas, tejidas por valores comunitarios, de respeto, de solidaridad, de cuidado y conexión con la vida. Veamos algunos aspectos encontrados:

- Para la comunidad Carare la salud-enfermedad si bien se expresa en el individuo como experiencia vital, éste se reconoce como sujeto histórico, parte de un entramado de relaciones sociales y culturales donde están la familia, la pareja, los hijos, la comunidad y el territorio, de esta manera

cuando emprende un proceso de sanación, se sana su historia, su familia, su territorio y su descendencia, lo que significa garantía de salud para la humanidad:

El concepto de salud y enfermedad si bien puede ser individual y se manifiesta en muchos entornos, siempre será comunitario, porque trae consigo esa historia y ese territorio, va a ese origen que nunca es individual (...). Se conciben desde varias formas: venir enfermo, enfermarse uno mismo porque hizo daño, o porque lo enferman, en esa concepción hay varios entornos, pero sea como sea va ser comunitario (Minga1_salud enfermedad).

Cuando sanamos a alguien no solamente los acompañamos a la sanación, sino que también nos sanamos, y cuando él se sana, sana todo su entorno, toda su familia, los hijos que van a venir, entonces ahí vamos sanando inclusive personas que no hacen parte de la comunidad, porque nuestra misión es de humanidad (Mamb_PS).

Bueno, la tarea de uno es limpiar el camino para los que vayan llegando ya lleguen hacer, a vivir bonito, porque nosotros lo que hacemos es limpiar el camino, de esta manera nos vamos sanando como humanidad (Ent1_EB).

- Desde el vínculo que se establece entre el terapeuta y el tratante, se muestra una reciprocidad desde la cual el terapeuta reconoce que ese sujeto enseña y recuerda el momento del aprendizaje en el que se está; en ese vínculo se reconoce “un dar y un recibir”, así mismo, permite ponerse en el lugar del otro, comprenderlo, hablar desde donde la persona lo necesita, hay un reconocimiento del otro. En ese vínculo se resaltan valores como confianza, respecto, transparencia, acuerdos, solidaridad, empatía, comprensión desde y para lo humano. De igual forma, la sanación significa para la comunidad empoderamiento, en este sentido, se mira la salud-enfermedad como lo que vincula con los otros, por eso la sanación conduce a hacerse cargo de sí mismo, porque en cada proceso de sanación hay respuestas de cómo ayudar a ese otro a que se sane, hay una experiencia para ayudar a otros a sanar.

Lo más hermoso es cómo yo ayudando al otro, acompañando al otro en ese proceso de sanación, me sano yo, porque no es como un modelo donde el médico es casi que un técnico, es el experto, como "tal cosa, ah sí vea, ¡pum! lleve... ¡siguiente!". No, esto es venga que es que yo también me estoy curando, y conmigo va mi familia, mis hijos, mi esposa, mis papás, todos los que vienen, los que están atrás (Mamb2_PSH).

En ese vínculo se teje la verdad, pero para poderlo tejer hay que pasar por diferentes situaciones donde uno va afianzando ese vínculo, lo va construyendo, entonces el vínculo se construye en la medida que se va reconociendo al otro y se va reconociendo uno en el otro, y va reconociendo ese otro en uno también, es un para allá y para acá, dar y recibir, es reciproco (...) Lo que les decía, para mí el vínculo este hecho de confianza, en esa confianza se teje el respeto, en ese respeto se teje el amor, se teje la verdad, se teje un orden, se teje también la particularidad del ser, la individualidad del ser, pero también la conexión que tenemos como humanidad, en donde esta ese otro en mí y yo en el otro (Ent6_MC)

Esa es nuestra misión que también el sujeto se sane y que él aprenda también de esto que nosotros estamos enseñando, entregando y guiando, para que él también aprenda y empiece desde su experiencia a ayudar a los demás (Mamb1_PS).

- La salud comunitaria, es un compartir bonito desde donde se ha realizado una apuesta por la reconstrucción del tejido comunitario, forjando relaciones sociales fundamentadas en la comprensión y el amor. De esta manera, se reconoce que cuando un sujeto llega a la comunidad pasa a ser parte de ésta, así su sanación es al tiempo la sanación de toda la comunidad, concibiéndose una salud que traspasa los límites de la individualidad, pasando a ser una salud colectiva, comunitaria, puesta al servicio de la humanidad y del cuidado de la vida.

Ser Carare es compartir, es ayudar, ser Carare es volver a servir, ser una comunidad que sirve a la humanidad, lo que se hace en desde la Comunidad Carare no es solo para nosotros, no solo para uno como individuo, si no que se conecta como lo familiar, lo ancestral, me conecta con la humanidad, con la vida, es volver a sentirnos humanidad, comunidad otra vez, ser Carare es eso, es ser comunidad (Ent1_EB)

El papel de lo colectivo en la medicina ancestral Carare para mí es la fuerza, que no se hace en una sola persona, ¡no! porque lo que importa es la humanidad, lo que importa es sanarse como humanidad, lo que puedes aportar para la construcción de una comunidad, de nuevas relaciones, entonces nos damos cuenta que todos cabemos aquí, que no es algo como una reunión social que van solo personas con una cierta particularidad, la particularidad para ser Carare es ser humano, cabe todo el mundo, o sea, no hay distinción de nada (Ent4_JCC).

5.3.5. Vivir bonito es “poder mirarle lo bonito a lo feo”

Esta medicina nos lleva es a ese cuidado por la vida misma, respetando unas leyes que existen espiritualmente, que se llaman ley de origen, ahí se traza la ruta para poder vivir bien, vivir bonito ¡Como se debe vivir en este planeta! siento que esta medicina le puede aportar a la humanidad es volver a sentirnos hijos de la tierra, porque eso es lo que somos, hijos de la tierra, siento que también le puede aportar a la humanidad el sanar familia, generar respeto, generar cuidado por la vida, volver a ser delicados, humildes (Ent1_EB).

La comunidad Carare ha construido una concepción de vida alrededor de lo que ha denominado *vivir bonito*, proponiendo como alternativa una existencia social fundamentada en relaciones horizontales, solidarias, respetuosas y comunitarias, “vivir bonito es pensar con amor, con respeto, con delicadeza, con orden, con humildad, con conciencia, con alegría, pensar y vivir en comunidad” (Ent1_EB). Así mismo, esta forma de vida llama a poder reconocer lo bonito que habita en sí mismo y en los demás como una alternativa “otra” en la construcción de relaciones humanas, “es sacar lo más bonito de cada uno y de los demás, lo que permite también compartir lo que cada uno es con los otros, que cada ser brille en su esencia, en sus sueños, en lo que anhela y desde ahí pueda compartir lo mejor con los demás” (Ent4_JCC).

En el vivir bonito se desdibujan las divisiones y fragmentaciones, porque el ser humano se recuerda como sujeto integral, parte de la naturaleza y del universo como totalidad, “es reconocer la diversidad que existe, que nos lleva también a vivir en unión con la madre tierra, con los minerales, con los vegetales, los animales, reconocer que somos hijos de un todo y que todo existe en uno” (Ent1_EB). Se concibe, además, que la salud-enfermedad forman parte de la existencia humana, por ello, la enfermedad se resignifica como posibilidad de autodescubrimiento, que invita a ordenar la experiencia para poder llevar una vida en equilibrio, así “vivir bonito es poder verle lo bonito a la enfermedad, esa es la tarea de ese pensar bonito, es poder ver lo bonito a lo feo, cuando se logra hacer eso entonces ya comprendió, ya aceptó, ya aprendió, entonces suelte lo que no lo hace feliz” (Ent1_EB).

Para la Comunidad el vivir bonito se ha relacionado con la construcción del plan de vida individual y colectivo, desde donde el sujeto puede recrear su existencia y construir rutas o caminos que lo llevan a una vida en equilibrio, en salud, reconociendo su misión y su aporte a la humanidad. En ello encontramos una

concepción de un sujeto empoderado, consciente de su existencia, con capacidad de transformar su realidad y construir horizontes posibles:

Estar empoderado es aceptar, recibir la responsabilidad de la misión y la autorización del hacer, ya he trabajado, ya me he labrado, ya me han labrado, ya he aceptado, tengo una misión, tengo un plan de vida, me estoy ordenando es para poder ya hacer, y hacerme a mí, tengo un horizonte, ya tengo para donde correr, ya tengo una utopía, porque si tengo una utopía tengo para dónde llegar, para dónde correr, se me abre el espacio. Tengo un horizonte, tengo una ruta y tengo un fluir, entonces hágale, viva feliz, haga su tarea (...) entonces genera un plan de vida, entonces todo el conocimiento, toda su habilidad lo ordena para allá, la reordena, ahora eso ya es suyo, antes era todo en desorden, es vivir bonito (Ent2_TOG).

6. Discusión

6.1. Salud Pública: hacia un diálogo en salud desde y para la vida

Proponemos en este apartado un diálogo entre la salud pública y la medicina ancestral en la comunidad Carare que nos permita ampliar los límites del pensamiento racional moderno, para lo cual retomaremos algunas corrientes críticas de la salud pública en diálogo con los hallazgos de esta investigación, relacionados con la recuperación del sujeto como actor en salud y el cuidado de la vida como sentido de la práctica de medicina.

¿Salud o desarrollo económico?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea desde su constitución¹⁵ la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (78). Esta conceptualización recoge las discusiones realizadas desde diferentes sectores académicos que pretendían trascender el paradigma científico natural de la medicina que había predominado hasta la primera mitad del siglo XX, donde el foco estaba puesto en la curación de la enfermedad del cuerpo más que en la consideración del paciente como sujeto con múltiples dimensiones (31). Así la OMS en su definición de salud integra los modelos psicológico y social más allá de lo meramente biológico, lo que no quiere decir que este haya sido eliminado, sino que más bien reafirma la importancia de la interdisciplinariedad en el abordaje de las problemáticas en salud. Sin embargo, esta definición ha tenido múltiples críticas que destacan su carácter estático, universalista, ideal y si se quiere utópico.

La OMS es la autoridad de salud pública de las Naciones Unidas, siendo el organismo que ha representado el discurso oficial en salud, es por esto que su definición ha sido ampliamente aceptada y reconocida por sus 194 estados miembros. En sus inicios buscó la creación de un escenario en que los distintos países pudieran concertar acciones para mejorar la salud de la población mundial, sin embargo, hacia finales de 1980 este rol hegemónico en la asesoría y gestión de políticas internacionales en salud pasa a ser ocupado por el Banco Mundial (BM), organismo financiero que empieza a colaborar con la OMS con el propósito de financiar conjuntamente programas de saneamiento. El BM ha tenido un gran peso

¹⁵ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entra en vigor el 7 de abril de 1948. <https://www.who.int/es/about/who-we-are>

en el gobierno de la salud internacional, siendo actualmente la segunda fuente de financiación multilateral –después del Fondo Mundial- destinada a la salud de los individuos (79). Es así como desde el año 2000, el BM “ha prestado 26.640 mil millones de dólares para programas de Salud sectoriales y multisectoriales” (79) a los diferentes países, lo que les ha implicado la adopción de medidas políticas, sociales y económicas como requisito para recibir los desembolsos de sus préstamos (80).

Según el Instituto de Salud Global (79) el Banco Mundial desde 1970 ha invertido en temas de salud relacionados con el control de la natalidad, atención primaria, reformas sanitarias, lucha contra el VIH/Sida y más recientemente en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios en términos de lograr una cobertura universal en salud (81).

Siendo este el panorama, volvamos a la definición de salud propuesta por la OMS para centrarnos en el concepto de bienestar que allí se plantea, el cual ha estado ligado a la idea de desarrollo. Bajo este ideal, los organismos internacionales –OMS, BM- entrelazan el crecimiento económico y el bienestar, así a través de ideales como progreso, civilización y riqueza, la salud comienza a ser vista como un aspecto esencial para el desarrollo de la economía de los países. Cabe resaltar que estas instituciones logran posicionarse como los organismos de desarrollo más influyentes del mundo, estableciendo una serie de lineamientos y políticas que deben ser adoptadas por los Estados.

De esta manera, estos organismos posicionan una lógica generalizada del desarrollo, eurocéntrica y hegemónica, “en ellos, domina el punto de vista de los economistas y, con ellos, una visión sobre las recetas ideales para lograr el desarrollo” (80), lo que a su vez va ampliando la brecha entre los países que pueden ingresar en esta lógica civilizatoria, y aquellos que quedan al margen de la misma, así “la imposición de la idea de desarrollo a imagen de los países industrializados simultáneamente relegó a los demás a la condición de subdesarrollados. Por tanto, el desarrollo es simultáneamente tanto imposición de unos saberes como exclusión de otros” (82).

Bajo esta idea se fueron introduciendo como requisito mundial para ingresar en el desarrollo, una serie de cambios decisivos relacionados con: la ciencia y la tecnología, el capital industrial/financiero, la instrumentalización de la subjetividad y la imposición de la globalización como forma de colonialismo (83), estos aspectos –mucho más complejos de lo que aquí son mencionados- tuvieron importantes repercusiones y significaron la imposición mundial de un sistema de vida basado en

ideales de modernidad, progreso y crecimiento económico, que conllevaron a una cultura global fundamentada en valores mercantilistas y de consumo. Así el desarrollo se configuró como el camino para lograr el nivel de vida que acompaña al bienestar, este último es comprendido como el acceso y la acumulación de bienes materiales, incluye a su vez aspectos como la afectividad, el reconocimiento y el prestigio social, se caracteriza por su carácter individualista, separado de los demás e incluso de la naturaleza (84), así como por su condición universalista, con lo cual se impone una sola forma de estar bien, cuyo referente es occidente.

Esta concepción de desarrollo, se acentúa a mediados de los años noventa, a través de nuevas políticas que reemplazan la función del Estado como garante del bienestar, abriéndole paso a la participación de entes privados en la prestación de servicios sociales como la salud. Siguen siendo la OMS y el BM los organismos encargados de impulsar los lineamientos neoliberales en los países a través de una serie de reformas de ajuste estructural que contenían estas políticas y que tenían en común una reducción del gasto público (80). Así entonces, el sector salud ingresa en la lógica neoliberal a través de la “descentralización” como posibilidad de eficacia, reducción de costos e incursión de capital privado, lo que conduce a la mercantilización de la salud, es decir, del bienestar (23). Desde esta lógica, han venido cobrando fuerza estrategias de promoción y prevención ligadas a los estilos de vida saludables, responsabilizando, por un lado, al sujeto de su salud y por el otro permitiendo la reducción de costos al sistema de salud. Al respecto apunta Menéndez “desde esta perspectiva los sectores más débiles de la sociedad deberán asumir sus propios costos con expectativas limitadas en términos generales y radicalmente desiguales en términos comparativos” (23).

Como se ha indicado, la salud es un aspecto esencial para el desarrollo de la economía, ello quiere decir que la enfermedad o los problemas en salud son vistos como fenómenos que debilitan la economía de un país y ante los cuales se hace necesaria la inversión en materia de salud como vía para avanzar en el desarrollo y la expansión económica de los países. Así, se parte de la idea de dar respuesta a las necesidades de la población, sin que ello afecte las bases económicas de las cuales depende el desarrollo, de esta manera “la salud no sólo es importante para el bienestar de individuos, familias y comunidades, sino que constituye también un poderoso instrumento para alcanzar el desarrollo social y económico” (80). Parece entonces, que el apellido de la salud es el mercado, y que el bienestar de la población es garantía de productividad y progreso para las sociedades, es decir, sujetos saludables y funcionales al sistema económico dominante; cabría aquí preguntarse ¿es este realmente un sujeto sano?

Cuando la OMS define el concepto de salud, se refiere a un estado de completo bienestar, lo que de manera implícita deja ver un sujeto sano física, psicológica y socialmente, pero como lo hemos visto a lo largo de este acápite, esta noción de bienestar se ancla a una idea de desarrollo cuyo fundamento está dado por una lógica occidental de progreso y crecimiento económico, lo que permite ver un sujeto ideal occidentalizado, con capacidad de consumo, acceso a bienes materiales, y entre ellos, aunque resulte paradójico se encuentra la salud, así entonces si la salud es garantía de la existencia humana, asistimos -desde esta racionalidad- a la mercantilización de la vida misma. Podríamos decir, que lo que guarda esta idea de bienestar es un sujeto des-habitado, ahistórico, des-situado de su propia realidad y contexto, un sujeto ideal cuya existencia no transcurre por la compleja y profunda relación entre salud y enfermedad. En este mismo sentido, un sujeto despolitizado, solo visible en tanto capacidad de pago y de consumo, receptor de políticas y estrategias en salud que le permiten estar “sano”, lo que se deriva en mayor capacidad productiva.

A partir de esto, nos quedan dos reflexiones, de un lado la mercantilización de la salud y del otro la hegemonía de un pensamiento en salud. El bienestar al que hace referencia la OMS en su definición está enmarcado en un contexto económico que ubica la salud en el mundo del mercado e impulsa su privatización, siendo claro que una salud para el mercado no es una salud para la vida, así mismo es una concepción idealizada de esta, pues no contempla que a la condición humana subyace “un cierto malestar, necesario como para mantener el movimiento de la vida. La satisfacción absoluta no existe y, de existir, sería terrible” (85). Una segunda reflexión gira en torno a la hegemonía de un pensamiento y práctica en salud que desconoce e invisibiliza otras formas de comprenderla y de vivirla, que tienen que ver con conocimientos y prácticas ancestrales, tradicionales y populares realizadas por población indígena, afro, campesina, entre otras.

De esta manera, cuando la oficialidad –representada en la dupla OMS y BM- se ha acercado a otras comprensiones de la salud, por ejemplo, a la medicina ancestral, lo ha hecho bajo la mirada del desarrollo, reforzando estas dos visiones: la hegemonía de un conocimiento en salud y la racionalidad económica. Así en los años setenta¹⁶ reconoce estas prácticas como medicina tradicional –MT- y en el año

¹⁶ A partir del hecho de que la República Popular de China ingresa al sistema de Naciones Unidas, la OMS gira su mirada hacia la forma en que este país había logrado resolver en 20 años la mayor parte de sus problemas de atención médica y sanitaria, recurriendo a la utilización de sus conocimientos ancestrales en salud (acupuntura, plantas curativas, entre otros) combinados con la utilización de los desarrollos de la medicina moderna como la vacunación y educación sanitaria (Xavier Lozoya. La medicina tradicional y la atención a la salud en América Latina)

2002 genera la primera estrategia sobre esta medicina, la cual es actualizada en el 2014 en el documento Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. La OMS reconoce la importancia de la MT a nivel mundial, pues parte del hecho de que es ampliamente utilizada, así señala que en el mundo “la medicina tradicional es el pilar principal de la prestación de servicios de salud, o su complemento (...) se la practica en casi todos los países del mundo, y la demanda va en aumento” (86).

No obstante, al establecer esta Estrategia subordina la MT al modelo hegemónico en salud, puesto que al plantear “la medicina tradicional de calidad, seguridad y eficacia comprobadas contribuye a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud” (86), aspectos como su seguridad, eficacia y calidad y la necesidad de evidencias son reiterativos en todo el documento, con lo cual está desconociendo la ancestralidad de estas medicinas que tienen sus propios sistemas de funcionamiento y que se han usado de manera milenaria para resolver las diferentes problemáticas en salud de la población, pero que al pasar por el método científico, tratando de hacer cuantificable, eficiente y evaluable su práctica en salud, la MT pierde toda su fuerza, pues no puede ser medida bajo el mismo método con el que se ha fundamentado la medicina convencional o hegemónica. Esto no quiere decir que estas medicinas no sean seguras, eficaces o de calidad, sólo que los términos para medir estos aspectos pasan por otras lógicas que no pueden ser las hegemónicas.

De igual forma, a la mirada oficial de la salud le interesa integrar la MT, pues como ellos mismos lo señalan su uso es amplio y va en aumento, ya que son medicinas asequibles y accesibles para la población, no obstante, hay una contradicción en su uso, pues de un lado se le exige a la MT contar con la rigurosidad científica, desprestigiándola al no pasar por el método científico, pero de otro lado, el capital privado ha cooptado diferentes prácticas milenarias y las ha convertido en un bien de lujo, sólo accesible para un sujeto con capacidad de pago (87).

6.1.1. Salud para la vida

A la salud pública oficial representada en la OMS, varias corrientes de la salud han referido cuestionamientos y críticas, muchas de las cuales hacen alusión a su carácter eurocéntrico y universal. Es importante entonces traer la significación de salud de la comunidad Carare construida en el marco de esta investigación, en tanto permite poner la salud en un contexto propio y particular, desde donde se relaciona de manera directa con la vida, pero también, donde encontramos la emergencia de un sujeto protagonista, que habita, siente, reflexiona y vive la salud. Así entonces, la salud para la comunidad Carare es la vida misma, la cual está dirigida y

reglamentada por un orden mayor: la ley de origen, cuando se vive bajo esta ley se garantiza un estado equilibrio entre el ser consigo mismo, con los demás, con el territorio y con el universo como totalidad. Desde esta concepción, se comprende la salud y la enfermedad como una unidad, porque la enfermedad se reconoce como parte de la vida fundamental para vivir en salud, pues aparece como guía, para mostrar que hay que volver al equilibrio. De esta manera, la salud y la enfermedad son una unidad dinámica, donde el sujeto es parte integral del todo, así se comprende al sujeto desde sus múltiples dimensiones: cuerpo, pensamiento, emociones, acciones, espíritu y entorno en una unidad dialógica.

Ahora bien, desde corrientes críticas de la salud pública han surgido varias propuestas que invitan a trascender: (i) el presupuesto dicotómico entre la salud y la enfermedad para la comprensión de la salud, (ii) el método positivista racional como base explicativa sobre formas de enfermar o formas de vivir, y (iii) la relación de poder desde donde el Estado o el mercado direccionan lineamientos y políticas para asegurar sujetos “sanos” con capacidad de pago y productivos para el sistema económico. Ante esto, encontramos como punto de referencia y de diálogo autores como Edmundo Granda que, en contraposición a lo que ha denominado “enfermología pública”, propone una relación de la salud con la vida, desde donde es posible superar los impases que la salud pública oficial ha dejado sobre la comprensión y la práctica de salud “la salud pública, al constituirse como la disciplina que previene los riesgos de enfermar, ratifica su modernidad y, mediante el cálculo del riesgo se embarca en construir mundos nuevos, seguros y supuestamente libres de enfermedad, con la idea de regular y normatizar el futuro a través de la razón instrumental” (38).

De acuerdo con este autor, la salud pública oficial ha fundamentado su pensamiento y práctica sobre el sujeto enfermo –pasivo-, aspecto que se puede ver en la negación del sujeto, en tanto su saber y experiencia en salud es sustituido por el conocimiento científico acumulado (evidencia), desde donde además se invisibilizan los conocimientos en salud que colectivos humanos en diferentes contextos han construido, quedando supeditados a la presencia “civilizadora” de la razón. Ello de fondo, muestra un sujeto visto como “objeto”, así entonces si hablamos de “objetos” no es posible reconocer las múltiples formas como se construye la vida.

Ante ello se propone una figura metafórica, muy relacionada con lo que la comunidad Carare ha construido en torno a la salud, esto es “el poder de la vida”, para ello retomamos aquí los siguientes presupuestos planteados por el autor (38):

- “La vida genera la salud y ésta no se da únicamente por descuido de la enfermedad; salud es una forma de vida autónoma y solidaria, consustancial a la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado”.
- “Si en el diario deambular las poblaciones producen su salud, entonces la fuerza o poder fundamental para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida”.
- “Para alcanzar la salud no es posible confiar únicamente en el poder del Estado y en el poder de la ciencia positiva. Si se considera que la propia vida engendra salud, se requiere interpretar la vida a través de lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegien al organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio”.

De acuerdo con esto queremos rescatar en tanto posibilidad de diálogo, la vida como sentido de pensamiento y acción de la salud pública. Para ello entonces, señalamos algunas reflexiones que permiten establecer puentes entre la experiencia de la comunidad Carare y la salud Pública.

La propuesta realizada por Granda permite ampliar las comprensiones de la salud a través del reconocimiento de un sujeto colectivo, con capacidad de reflexionar y construir formas de accionar su salud. Esto a su vez implica trascender la lógica racional científicista del pensamiento occidental reconociendo que esta no representa una verdad única, sino tan sólo una interpretación de la realidad, aspecto que de ser superado permitiría descubrir la diversidad de experiencias en salud, considerando el contexto local como ámbito privilegiado para el pensamiento y la práctica en salud.

Así, podríamos pensar la vida no como un continuo lineal, fundamentado en leyes objetivas, sino en palabras de Granda como un universo siempre abierto, esto es la posibilidad de interpretar la realidad de formas distintas a las únicamente conocidas bajo el manto occidental. Queremos traer, un asunto fundamental en tanto posibilidad de diálogo con la experiencia Carare y es la superación de las dicotomías objeto-sujeto, teoría-práctica, así se plantea que: todo conocer es hacer y todo hacer es conocer, ello reafirma el presupuesto holístico del cual parte la medicina ancestral, desde donde es posible superar las divisiones y dicotomías propias del pensamiento occidental, en tanto para la medicina ancestral de la comunidad Carare la vivencia es conocimiento desde donde se logra la sanación, así mismo, parte de una concepción de la tierra como un sistema vivo, donde todos los seres están profundamente interconectados, así plantea la existencia de un sujeto no dualista que vuelve a conectarse con todos los seres (32), desde donde es posible la unidad

entre pensamiento y práctica, sujeto naturaleza, salud enfermedad, esto es un mundo vivido y construido por todos.

Un aspecto para resaltar de la experiencia de la comunidad Carare es la espiritualidad, puesto que es fundamento esencial de la práctica de medicina que allí se realiza. Es desde la espiritualidad donde se dota de sentido la vida, que para la Comunidad se condensa en el *pensar y vivir bonito*, esta premisa se puede asimilar a lo que se ha desarrollado desde otros lugares –como alternativas al bienestar anclado al desarrollo-, como el buen vivir, el sumak kawsay, el vivir sabroso, vivir bien, entre otros, así la espiritualidad de la medicina vivida en la comunidad Carare plantea una noción de vida anclada al pensar y vivir bonito, la cual es posible si se tiene en cuenta la espiritualidad en la vida, no como campo abstracto o colmado de rituales, sino como la capacidad de aprendizaje y transformación que se traduce en el “manejo de la experiencia de la vida desde el espíritu” (71).

Al respecto Jiménez (31) ha llamado la atención desde el campo de la medicina, señalando que pese a los importantes desarrollos tecnológicos de la medicina moderna, las consultas de la llamada medicina tradicional, alternativa o complementaria igualan al número de consultas en el sistema de salud convencional y tal y como señala la OMS en el documento de Estrategia de MTC, la demanda hacia estas medicinas va en aumento; así concordamos con este autor en plantear que la medicina científica no logra suplir las profundas necesidades humanas de sanación que están relacionadas con el sentido y el propósito de la vida, las cuales, además juegan un papel importante en el proceso de sanación (31), ya que ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento, así lo refiere el autor “en relación con el significado espiritual del padecimiento, los sobrevivientes al cáncer refieren que la enfermedad les sirvió para despertar a la esencia real de la vida, transformándolos, y permitiéndoles seguir viviendo una vida más feliz y menos basada en el miedo y en valores materiales” (31).

Plantea este autor que “la espiritualidad (...) vincula lo profundamente personal con lo universal y es esencialmente unificador” (31), así la espiritualidad facilita el encuentro de cimientos comunes a diversas culturas; es por esto que en la comunidad Carare la mediación desde la espiritualidad otorgada por las plantas sagradas, es la que ha permitido la configuración de su práctica de medicina, en tanto conecta con lo profundo de la vida y del ser humano, permitiendo la comunicación entre todas las formas de vida por distantes que en apariencia puedan ser, pues vincula unas necesidades –que podrían llamarse universales- como: “la

necesidad de encontrar sentido, propósito y realización en la vida, la necesidad de esperanza o de voluntad de vivir y la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios” (31).

Precisamente esto es lo que se ha encontrado en la experiencia en salud de la comunidad Carare, un sentido profundo hacia el reencuentro con la vida desde una dimensión espiritual, que permite la recuperación del sujeto como actor en salud, donde recuerda su misión en la vida y además se puede reconocer como sujeto colectivo. En la comunidad Carare, estos sentidos van hacia lo que se ha denominado como *pensar y vivir bonito* “en el camino de pensar bonito, lo primero que se ve es lo feo, es poder mirarle lo bonito a eso feo, es vivir en paz” (71). Esta concepción de vida, inicia mediante un proceso de autosanación que lleva a que el sujeto se recuerde, se habite y se reconozca como protagonista de su propia historia, lo que a su vez es potenciado y guiado a través de la práctica de medicina ancestral como posibilidad de aprendizaje, desde donde se brindan herramientas para que el sujeto aprenda a sanarse a sí mismo y de esta manera se reconozca en sus saberes y conocimientos para llegar a ese pensar y vivir bonito.

En relación con lo que plantea Granda, se asiste al “retorno del actor con vida” esto es un sujeto que piensa porque vivir es conocer, porque es en el mundo de la vida donde está el conocimiento, así “el actor retorna además porque piensa y actúa y en esa medida plantea que accionar es conocer y es existir” (38), por ello, desde la medicina ancestral de la comunidad Carare se reconoce y potencia un sujeto que está dotado de saberes, de conocimientos, de habilidades y de posibilidades múltiples y diversas que le permiten construir y transformar su realidad.

Al sujeto emprender el viaje de la sanación encuentra el sentido de su vida, lo que denomina Jiménez como las necesidades humanas: la de encontrar sentido, propósito y realización en la vida, es así como el sujeto puede encontrarse a sí mismo y de esta forma encontrar su lugar en el mundo, a través de la construcción de un plan de vida, que le permite saber hacia donde encaminar sus acciones, esto a su vez configura un sujeto con horizonte de posibilidades, es decir el retorno de una existencia basada en la esperanza.

En esta medicina, el sujeto deviene en actor colectivo en tanto reconoce que su sanación es al mismo tiempo la sanación de su familia y la de todos los seres que lo rodean, porque, al saberse como un ser interconectado, reconoce que su propia sanación es la sanación de la humanidad; es un sujeto que se conoce a sí mismo y en ese sentido, recuerda la importancia de la vida con otros, en palabras de Granda “el actor con vida reclama constituirse como un yo, como individualidad y para

hacerlo descubre su cuerpo y su personalidad y recuerda su cultura, pero también busca al otro y construye un nosotros” (38).

Así entonces, la comunidad Carare aporta a la recuperación del sujeto colectivo como actor en salud, toda vez que lo reconoce en sus saberes, experiencias y potencia en él la capacidad de emprender diálogos entre diferentes culturas. Ahora, este diálogo es posible dado que esta comunidad ha venido desarrollando la mediación cultural como forma de encuentro, reconocimiento y construcción de conocimientos y práctica en salud; mediación que es posible porque parte precisamente de la recuperación de ese sujeto dialogante.

Podemos ver entonces en la comunidad Carare, una experiencia de diálogo que ha permitido configurar alrededor de la vida una práctica en salud diversa y plural, abierta a la multiplicidad de voces y experiencias en salud existentes en diferentes territorios de Colombia; así por ejemplo, la Comunidad reconoce de la medicina occidental, sus importantes avances tecnológicos e investigativos que sin duda aportan a mejorar la salud de la población, pero al mismo tiempo integra los conocimientos de la medicina ancestral que en un diálogo de saberes se entretajan de manera horizontal, donde es la espiritualidad de la medicina la posibilitadora del diálogo, que pone en el centro la vida, es una invitación a trascender una salud pública única y homogénea pensada únicamente para el desarrollo económico.

Encontramos una relación estrecha entre la vida y la espiritualidad en la salud como posibilidad que permite ampliar la comprensión de la salud en tanto teoría y práctica, pues estos elementos enriquecen y renuevan las reflexiones que la salud pública ha venido gestando desde sectores académicos, culturales, sociales y políticos, aunando esfuerzos por una real salud pública interdisciplinaria y decolonial. De esta manera todos los conocimientos se pueden enriquecer y potenciar en el encuentro con el otro, pues al reconocerse esto se sientan las bases para emprender diálogos reales que trascienden la lógica hegemónica en la comprensión y el abordaje de la salud y la enfermedad; así una salud pública que reconoce su incompletud, puede encontrar un sentido en su práctica ya no desde la racionalidad económica, la instrumentalización del sujeto, la hegemonía del pensamiento, sino desde el poder y el cuidado de la vida.

Queremos finalmente, dejar algunas preguntas que consideramos pueden seguir nutriendo las reflexiones que la salud pública crítica ha venido gestando: ¿cómo lograr integrar los diversos conocimientos en salud sin que ninguno de ellos se imponga sobre el otro? Es decir, ¿cómo emprender un diálogo real en salud? ¿cómo

superar la instrumentalización del sujeto, la racionalidad económica y mercantilista de la salud, para lograr forjar una salud pública para la vida?

7. Conclusiones

- La mediación es central en la configuración de la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare, puesto que ha permitido un diálogo entre diversas experiencias en salud con coordenadas epistemológicas diferentes; esta mediación se potencia a través de las plantas sagradas yagé, mambe y ambil, que dan acceso a lo holístico, desde este lugar se rompen las divisiones pues se comprende que todo está interconectado; en ese sentido los conocimientos, saberes y prácticas existentes también los están, lo que hace posible un encuentro con el otro, con lo diverso sin que un saber se imponga sobre el otro. Así vemos que esta experiencia aporta la mediación como propuesta metodológica para emprender diálogos entre diferentes epistemes en salud, abriendo un campo de posibilidades en la superación del problema de poder que se ha dado tras el encuentro intercultural, donde el pensamiento hegemónico se ha impuesto como único y verdadero, orientando las lógicas del encuentro, invisibilizando y deslegitimando otras formas de conocimiento, como la ancestral.
- Así mismo, a través de la mediación desde la espiritualidad se da un giro epistemológico que permite la resignificación de los conceptos que estructuran la vida, es por esto que conceptos como salud y enfermedad comprendidos por la medicina occidental de manera dicotómica, allí se conciben como una unidad, reconociéndose que la salud y la enfermedad hacen parte del entramado de la vida y ambos conducen a una vida en equilibrio. Esta comprensión permitiría a la salud pública ampliar la mirada alrededor del proceso salud enfermedad, pues al eliminarse la dicotomía de negativo asociado a la enfermedad y positivo asociado a la salud, podría centrar su comprensión y práctica a la vida como espacio vital donde sucede la salud y la enfermedad, reconociendo la vida como sentido profundo de su pensamiento y práctica.
- La comunidad ha construido una estrategia en salud a partir de un proceso de enseñanza y aprendizaje que lleva a la vivencia de la sanación, en la cual el sujeto se conoce a sí mismo y por ende comprende que la salud y enfermedad no son ajenas a su vida, en esta vivencia reconoce los aspectos que le están generando la enfermedad, por eso la ve como posibilidad de aprendizaje y reconocimiento de sí mismo, lo que le permite transformar las formas de relacionarse con su cuerpo, su mente, sus emociones, sus actos y su entorno para la construcción de un proyecto de vida. Es así que desde la vivencia de la sanación se otorga un lugar al sujeto, que lo va configurando como un actor en

salud, esto es un sujeto consiente de sí mismo, de su historia y de su contexto, abierto al diálogo como posibilidad para la construcción con el otro. Queda como reto académico y a la comunidad Carare, seguir caminando hacia la construcción de una subjetividad política en salud, desde donde el sujeto pueda transitar de ese reconocimiento de sí mismo, hacia la movilización de pensamientos, propuestas y acciones en torno a una nueva concepción y práctica de la salud pública.

- La práctica de medicina ancestral que desarrolla la comunidad Carare no solamente representa una práctica de sanación del sujeto, sino que se constituye en una respuesta política y cultural por la salvaguarda y expansión respetuosa de los conocimientos de pueblos originarios que han sido invisibilizados en la forma hegemónica de construcción del mundo, donde a través de la apuesta por la construcción de comunidad recupera valores como la solidaridad, la reciprocidad, el amor, el respeto, el diálogo, entre otros, permitiendo en los sujetos mestizos el rescate de sus memorias ancestrales guardadas y olvidadas.

Agradecimientos

A la comunidad Carare en general y en especial a las personas que participaron en esta investigación por confiar y creer en este proyecto, por su amor y acogimiento.

Al taita, guía espiritual de esta comunidad por traer estas medicinas a nuestras vidas, por su entrega y disposición para compartir el conocimiento, por recibirnos y alimentar conceptual y espiritualmente este proyecto.

A la medicina ancestral, a las plantas sagradas que con su sabiduría milenaria guiaron y dieron dirección a este proyecto.

A los pueblos indígenas, afrodescendientes, campesinos por salvaguardar, recrear, compartir y mantener vivo el conocimiento heredados de nuestros ancestros, gracias por su resistencia y permanencia.

A nuestras familias por su acompañamiento, por su comprensión, por la fuerza, amor y convicción que de ustedes heredamos.

A nuestras parejas, compañeros de camino, por su amor y soporte, por la inspiración que de ustedes recibimos. Por las noches de conversación alrededor de este proyecto.

A nuestros amigos y amigas por la complicidad, risas y alegrías que imprimen en nuestros corazones.

A nuestro asesor por su acompañamiento, por el aprendizaje recibido, por su pensamiento crítico, por los sueños compartidos en construir una salud pública comprometida con la realidad social.

A la Facultad Nacional de Salud Pública, especialmente a los docentes de la maestría por su conocimiento y experiencia, por el aliento recibido para llevar a cabo este proyecto.

A nuestros compañeros y compañeras de la maestría por tanto amor, por las convicciones compartidas, por los debates, por tantas risas y suspiros.

Gracias infinitas a todas las personas que apoyaron directa e indirectamente esta investigación, que el sol siempre nos caliente y la tierra nos abrace con su energía.

Referentes Bibliográficos

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Colombia una Nación Multicultural. Su Diversidad Étnica. Bogotá; 2007.
2. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. 2010 p. 1–216.
3. Morales Hernández L. Violencia cultural, colonialismo y reetnización; el sentido de las prácticas en salud desde el punto de vista indígena. Rev la Fac Med. 2015;63(4):699–706.
4. Gobierno Nacional de Colombia. Decreto 1811 de 1990 [Internet]. 1811 1990 p. 1–4. Available from: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_1811_DE_1990.pdf
5. Vicepresidencia de la República de Colombia. Ley 21 de 1991. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas [Internet]. Bogotá; 1991. 1–50 p. Available from: http://www2.igac.gov.co/igac_web/normograma_files/Ley21-1991.pdf
6. Congreso de Colombia. Ley 691 de 2001 [Internet]. 691 2001. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0691_2001.html
7. Ministerio del Interior. Decreto 1953 de 2014. 2014 p. 1–49.
8. Corporación Memoria y Saber Popular. Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) [Internet]. s.f. Available from: http://www.saberpopular.org/index.php?option=com_content&view=article&id=253:sistema-indigena-de-salud-propio-e-intercultural-sispi&catid=46&Itemid=243
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. 2013. 1–452 p.
10. Seikuinduwa A. Políticas Públicas en salud para pueblos Indígenas en Colombia con enfoque intercultural [Internet]. Escuela Superior de Administración Pública; 2007. Available from: https://kipdf.com/politicas-publicas-en-salud-para-pueblos-indigenas-en-colombia-con-enfoque-inter_5ae4b81a7f8b9add4f8b4620.html
11. Caramés M. Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. In: Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas Antropológicas. Ediciones. Quito; 2004. p. 1–347.
12. Gaitán O. La misión intercultural de la Fundación Carare. Rev Taorayina. 2012;60–70.

13. Venegas H. El renacimiento del Abya Yala y la comunidad CARARE. Rev Taorayina. 2012;2:46–51.
14. Amaya J, Varela E. La Ruta de los Estantillos en la Misión de la Vida. Rev Taorayina. 2012;2:52–9.
15. Montagut C, Sansón P. Taita Orlando Gaitán: un mediador cultural para la humanidad. Rev Taorayina. 2012;2:6–23.
16. Díaz OS. Cosmovisión ancestral y comprensión de los conceptos salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía, 2010. Rev Colomb Enfermería. 2016;6(6):35–46.
17. Torres Carrillo A. Reconstruyendo el vínculo social: lo comunitario en tiempos globalizados. Rev Prospect [Internet]. 2002;(6–7):28–44. Available from: http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/1165/7/Prospectiva_6-7_2002_27-44_Reconstruyendo_el_vinculo_social.pdf
18. Krause Jacob M. Hacia una redefinición del concepto de comunidad- Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta—. Rev Psicol [Internet]. 2001;X(2):49–60. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26410205.pdf>
19. Feo Istúriz, Oscar; Feo Avevedo, Carlos; Jiménez P. Pensamiento contrahegemónico en salud. Rev Cuba Salud Pública. 2012;38(4):1–16.
20. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2002;12(2):128–36.
21. Filho NA, Paim JS, Nueva U. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en. Cuad Médicos Soc. 2014;75:5–30.
22. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Medellín; 1990. p. 2–55.
23. Menéndez E. Modelo medico hegemónico y atención primaria. Buenos Aires; 1988. p. 1–11.
24. Navarro V. Concepto actual de salud pública. In 1997. p. 49–54.
25. De Sousa Santos B. ¿Dualidad de poderes o ecología de saberes? In: De las dualidades a las ecologías. REMTE. La Paz; 2012. p. 13–26.
26. Rámirez Hita S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. Avá Rev Antropol. 2009;(14):1–28.

27. Walsh C. (De) colonialidad e interculturalidad epistémica: política, ciencia y sociedad de otro modo. In: Saavedra JL, editor. Educación superior, interculturalidad y descolonización. La Paz; 2007. p. 215–28.
28. Vásquez G. La gestión pública intercultural desde el pensamiento decolonial. Medellín; 2019. p. 1–9.
29. Walsh C. Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial. In: Castro-Gómez S, Grosfoguel R, editors. El giro decolonial Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Siglo del H. Bogotá D.C.; 2007. p. 47–63.
30. Wagner P. Modernidad: comprender nuestro presente. *Lychnos* [Internet]. 2011;(5):90–5. Available from: http://www.fgcsic.es/lychnos/es_ES/articulos/modernidad_comprender_nuestro_presente
31. Jiménez JP. La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Rev GU*. 2005;1:92–101.
32. Escobar A. Más allá del desarrollo: postdesarrollo y transiciones hacia el pluriverso. *Rev Antropol Soc*. 2012;21:23–63.
33. Mignolo W. Retos decoloniales, hoy. In: Borsani ME, Quintero P, editors. Los desafíos decoloniales de nuestros días: pensar en colectivo. Buenos Aires; 2014. p. 23–46.
34. Descartes R. El Discurso del Método [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 18]. p. 1–50. Available from: <https://freeditorial.com/es/books/el-discurso-del-metodo/related-books>
35. De Sousa Santos B. Crítica de la razón indolente: Contra el desperdicio de la experiencia. In: Crítica de la razón indolente: Contra el desperdicio de la experiencia. Desclée. Bilbao; 2003. p. 43–59.
36. García JC. Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Med Salud*. 1983;17(4):363–97.
37. Laín Entralgo P. La medicina hipocrática. In: La medicina hipocrática. Ediciones. Madrid; 1970. p. 9–19.
38. Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2000;18(2):83–100.
39. Gavidia Catalán V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica las Ciencias Exp y Soc*. 2012;0(26):161–75.

40. Escobar A. Globalización, Desarrollo y Modernidad. Corporación Región, ed Planeación, Particip y Desarro. 2002;9–32.
41. Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Publica Mex. 2002;44(3):258–65.
42. Escobar A. Sentipensar con la Tierra: Las Luchas Territoriales y la Dimensión Ontológica de las Epistemologías del Sur. Rev Antropol Iberoam. 2016;11(1):11–32.
43. Crespo JM, Vila D. Saberes y conocimientos ancestrales, tradicionales y populares [Internet]. Quito; 2014. p. 1–48. Available from: <http://flokssociety.org/docs/Espanol/5/5.3.pdf>
44. Gómez Arias RD. ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? Rev Fac Nac Salud Pública. 2018;36(1):64–102.
45. Laurell AC. La salud como proceso social. Cuad Médicos Soc. 1982;19:1–11.
46. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuad Médicos Soc. 1986;37:1–10.
47. Parra, Leonardo; Pacheco AM. ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. Rev Ciencias la Salud. 2006;4:110–21.
48. Espinosa LM, María L, Cortés E, Ogazón AY. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. Cienc Ergo Sum. 2009;16(3):293–301.
49. Vásquez G. Pensamientos “otros” para (re)pensar(nos) intercultural y decolonialmente Gerardo. Otros logos Rev Estud críticos. :116–28.
50. De Sousa Santos B. Epistemologías del Sur. Utopía y Prax Latinoam. 2011;16(54):17–39.
51. Sandoval R. La no subordinación es el principio de la emancipación [Internet]. La Jornada de Jalisco. 2007 [cited 2008 Sep 20]. Available from: <http://www.lajornadajalisco.co.mx>
52. Granados SM, Martínez LE, Morales P, Ortiz GR, Sandoval H, Zuluaga G. Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. Revi Ciencias la Salud. 2005;3(1):98–106.
53. Quinche JA. Abordaje fisioterapéutico a través de la terapia manual desde la perspectiva de la medicina tradicional colombiana indígena Carare para el tratamiento de la escoliosis [Internet]. Universidad Manuela Beltrán; 2011. Available from:

http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4/Muñoz_Zapata_Adriana_Patricia_Artículo_2011.pdf

54. Rincón CA. La Significación [Internet]. p. 22–32. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/boa/contenidos.php/cb10887d80142488399661377b684b60/511/1/contenido/capitulos/Unidad2LaSignificacion.PDF>
55. Mignolo W. El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto. In: Castro-Gómez S, Grosfoguel R, editors. El giro decolonial Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Siglo del. Bogotá D.C.; 2007. p. 25–47.
56. Ghiso A. Investigación dialógica, resistencia al pensamiento único [Internet]. 1997. p. 1–12. Available from: www.pensamientocomplejo.com.ar/.../GhisoAlfredo; INVESTIGACIÓN DIALÓGICA; Alfredo
57. Ghiso, Alfredo; Quiroz Trujillo A, María Velásquez Velásquez Á, Elena García Chacón Sandra Patricia González Zabala B. Técnicas Interactivas para la investigación social cualitativa [Internet]. Fundación Universitaria Luis Amigó. 2002. p. 9–114. Available from: http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/101098/mod_resource/content/0/tecnicas_interactivas1.pdf
58. Ghiso A. Potenciando la diversidad. Diálogo de saberes, una práctica hermenéutica colectiva. 2000;1–13. Available from: http://seminariodeinvestigacionii.bligoo.com.co/media/users/10/528344/files/53945/potenciando_diversidad_1_dialogo_de_saberes.pdf
59. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa Editor [Internet]. 2006;(2002):1–22. Available from: http://drapuig.info/files/Investigaci_n_Cualitativa.pdf <http://jbposgrado.org/icali/investigacioncualitativa.pdf>
60. Puentes JP. Reflexiones sobre metodologías decoloniales (o sobre políticas metodológicas decoloniales). Analéctica. 2014;(3):1–11.
61. De Souza M. Trabajo de campo: teoría, estrategias y técnicas. In: La artesanía de la investigación cualitativa. 2009.
62. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol. 2017;35(1):227–32.
63. Esaú E, Suárez A, Felipe J, Arenas R. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. Rev Colomb Sociol. 2013;36(2):93–114.
64. Galeano E. Investigación documental: una estrategia no reactiva de

- investigación social. In: Estrategias de investigación social cualitativa. 2004. p. 113–45.
65. Sandoval C. La implementación y gestión de los procesos de investigación social cualitativos. In: Investigación Cualitativa. Bogotá; 1996. p. 131–71.
 66. Campoy, Tomás; Gomes E. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos [Internet]. Investigación Educativa. 1992. p. 201–41. Available from: https://mestrado.prpg.ufg.br/up/97/o/Técnicas_e_instrum._cualitat.Libro.pdf
 67. Montagut C. El arte de la memoria en el tejido de la palabra. Rev Taorayina. 2012;2:88–95.
 68. Strauss A, Corbin J. Codificación abierta y Codificación axial. In: Bases de la investigación cualitativa Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial. Medellín; 1998. p. 110–56.
 69. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. 8430 Colombia; 1993 p. 1–19. Available from: minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf
 70. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [Internet]. 2013. Available from: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/>
 71. Comunidad Carare. El sendero de la eternidad. Bogotá; 2010. 9–151 p.
 72. Amaya Panche J. Legado y contribución del pensamiento Carare a la construcción de paz en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
 73. Sánchez B. Experiencia de Paz en el Carare. Rev Taorayina. 2008;1:12–5.
 74. Montagut C. Misión y memoria del yagé en la ciudad, un espacio sagrado. Universidad Nacional de Bogotá; 2004.
 75. Montagut C. Épica ancestral. Rev Taorayina. 2012;2:24–43.
 76. Comunidad Carare. Medicina como sistema de ley de vida. 2017. p. 1–39.
 77. Urbina F. Prólogo. In: Las palabras de origen Breve compendio de la mitología de los Uitotos. Ministerio. Bogotá; 2010. p. 13–42.
 78. Organización Mundial de la Salud. Definición de salud [Internet]. [cited 2019 Oct 6]. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
 79. Instituto de salud global. El Banco Mundial. De los préstamos para el control de la natalidad al logro de resultados en Salud Internacional. In: Cooperación al desarrollo dirigida a la sanidad: el papel de los organismos internacionales.

- Barcelona; 2013. p. 35–73.
80. Uribe C. Desarrollo social y bienestar. Univ Humanística. 2004;XXXI(58):11–25.
 81. Banco Mundial. Cobertura sanitaria universal [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 20]. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage>
 82. Gudynas E. Posdesarrollo como herramienta para el análisis crítico del desarrollo. *Estud Críticos sobre el Desarro.* 2017;7(12):193–210.
 83. Quijano A. “Bien Vivir”: entre el “desarrollo” y la des/cololinalidad del poder. *Viento sur.* 2012;(122):46–56.
 84. Rauber I. Dos pasos adelante, uno atrás. Desde abaj. 2010.
 85. Stolkiner A. El concepto de salud de la OMS. Cátedra II salud pública/salud mental, Facultad De Psicología, Universidad De Buenos Aires. Buenos Aires; 2003. p. 1–8.
 86. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. Hong Kong; 2013. 5–70 p.
 87. Lozoya X. La medicina tradicional y la atención a la salud en la América Latina. In: Pinzón C, Suárez R, editors. *Otra América en construcción, medicinas tradicionales, religiones populares.* Bogotá; 1991.

Anexos

Anexo 1. Relatos contruidos a partir del diario de Campo

Relato 1

Escucho el sonido de unos pitos y de un tambor que me invitan a estar presente y a disponerme para iniciar una ceremonia. Siento unas gotas de sudor que resbalan por mi frente y lentamente van recorriendo mi rostro hasta llegar a mis labios, saboreo la sal del mar que está a pocos metros de donde estoy sentada. Este sabor a sal se mezcla con la sal del ambil en mi boca, y siento como la sal mineral y la vegetal se integran en mi lengua para dar inicio a un ritual que congrega y da placer a la humanidad desde tiempos inmemorables: el placer de la palabra. Rápidamente me seco el sudor y me incorporo para iniciar con el círculo de palabra, se aproxima hacía mi un hombre de unos 40 años que me sonrío y amablemente me pregunta... ¿osca?, le digo que sí, un poco temerosa, ya que esta medicina de tabaco, la cual se sopla con fuerza a través de las fosas nasales me causa mareo, aun así accedo porque la experiencia me ha confirmado que sirve para aclarar mi pensamiento, darle un orden y un direccionamiento para que se convierta en una palabra clara y sentida. Después de recibir la osca, levanto la mirada y contemplo un escenario que me deja sorprendida, en el lugar en el que me encuentro hay alrededor de unas doscientas personas de diferentes culturas, nacionalidades, clases sociales y edades que se reúnen para encontrarse alrededor del diálogo.

En el centro del espacio está ubicada una pequeña mesa sobre la cual reposa una vasija de barro, finamente tallada con algunos símbolos que no reconozco, las personas alrededor de ella la manipulan con un respeto reverencial, allí se encuentra el yagé, eje articulador de esta comunidad, sobre esto volveremos más adelante. A un lado de la mesa, sentado en una pequeña banca de madera, se encuentra un hombre con sus pies levemente separados, observo sus pies descalzos y en el espacio que queda entre ellos reconozco dos recipientes que contienen el mambe y el ambil; a su lado, una mujer sostiene un recipiente de barro más grande que contiene la caguana. Lentamente observo a las personas que se encuentran alrededor de la mesa y reconozco algunos rostros, están allí sentados en una fila horizontal frente a nosotros el abuelo Walka perteneciente a la nación Muisqa, a su lado se encuentra el Ade Ramón Gil, un sabedor de la cultura Wiwa, y a su derecha se encuentran Asdrúbal Torres del pueblo Arhuaco, y finalmente el Taita Orlando Gaitán del pueblo Carare. Me detengo para reflexionar acerca de la diversidad de medicinas, pensamientos y tradiciones que confluyen allí, y me

pregunto cómo es posible que a través de la palabra y el diálogo puedan encontrarse tan diferentes y variadas culturas.

Es así como recuerdo que la comunidad carare da inicio al círculo de palabra o mambeadero. Este ritual fue entregado a la comunidad en el año 2009 por el abuelo Víctor Martínez Faikogne, o como él prefiere llamarse en su lengua murui “Jairiforai” que significa tronco de viento, “nada mejor para definir a este hombre”, ya que la analogía con el tronco -que sostiene con fortaleza el peso de un gran árbol- y el viento -vehículo por excelencia de la palabra- definen su hacer: conectarse con el cielo para recibir inspiración en el pensamiento y traerlo a la tierra para ser comunicado a través de la palabra. De repente escucho a alguien que dice en voz alta “Buenas noches comunidad” y es esta la señal para iniciar el círculo de palabra (Diario de Campo suna al mar, Santa Marta 2018).

Relato 2

Recibí una invitación a participar de un encuentro que se realizaría entre la comunidad Carare y la ATCC. Significaba en ese momento poder vivir de cerca algo de lo que ya había escuchado y que resultaba un gran hito para la historia de esta comunidad. Es pertinente decir, que antes de conocer a la comunidad, ya sabía de la experiencia de paz de la ATCC y cómo esta había logrado dialogar con los actores armados en medio de un conflicto que azotaba al país y que dejaba a su paso muerte, dolor y desesperanza. Si bien esta organización era reconocida por su labor frente a la paz, nunca me imaginé que al llegar a la comunidad Carare iba a conocer de cerca esta experiencia, ni mucho menos que la comunidad recibía el legado de paz, vida y mediación de esta organización campesina.

Siempre pensaba en la paz como un imposible de alcanzar, pues en tiempos de guerra resulta un discurso político, retórico y un estado ideal al que al parecer solo es posible llegar cuando se elimina físicamente al enemigo. Pero conocer esta experiencia, fue concebir una paz viva, que se abre camino a través del trabajo arduo, de la confianza, del amor, del valor y respeto por el territorio, pero ante todo de la concepción sagrada de la vida.

Había leído sobre esto y se sentía en el espíritu de la comunidad, pero viajar al Carare y encontrarme de cerca con quienes habían hecho posible este pensamiento de paz, fue comprender que pese a las pretensiones de exterminio y muerte de los generadores de la guerra y el conflicto –ejército nacional, paramilitares y guerrilla- el corazón de este territorio palpitaba bajo el principio innegociable de la vida: “la vida se defiende con la propia vida”.

Pude sentir también, desde el momento en que me monté en la lancha y recorrí el río Carare, la historia ancestral que se guarda como memoria en todo el territorio, era inevitable sentir en cada pájaro, río y árboles el origen Carare del que tanto había escuchado. Llegué a la vereda la Pedregosa, casa y territorio del taita Orlando Gaitán, territorio ante el cual con tanto amor y respeto me presentaba. Sabía del origen ancestral de la comunidad Carare, puesto que en varias ocasiones se narraban historias de cómo la abuela Salomé había entregado el conocimiento ancestral a su nieto Orlando Gaitán, solo que ahora lo estaba viviendo.

El taita me invitaba a sentir, a respirar la historia que narra el territorio y que se vive a través de él. Allí, de pie junto a él, recibía con el corazón ese legado que ahora se hacía vida en mí. Mientras me mostraba el territorio me iba relatando la historia, su historia Carare, me contaba de los lugares de encuentro alrededor de la palabra, de la escuela, del centro de salud y de los proyectos y sueños que en este territorio se quieren seguir tejiendo. Me mostraba el lugar donde vivió su Abuela Salomé, descendiente de los indígenas Carare, quien es reconocida como la guardiana de este pensamiento ancestral, ella recreaba en su hacer todo un legado de pensamiento espiritual, era reconocida por su conocimiento en plantas, guardaba el mito de origen Carare y era sabedora de esta lengua, que entregó a su nieto Orlando Gaitán. Así a través del lenguaje, la escucha, la oralidad y la conexión con la tierra, continuaba viva en la memoria de esta abuela la historia indígena de los Carare.

En medio de esta conversación, como en un sueño iba recorriendo cada espacio, recreándolo en mí, yo me iba sintiendo Carare, veía en él una memoria viva, veía en sus ojos a la abuela Salomé, la sentía madre de esta comunidad y yo me sentía su hija. Respiraba aire indígena, campesino, afrodescendiente, sentía en mí las raíces de todo un pueblo multicolor, multiétnico, recreaba desde mi vivencia la interculturalidad, y comprendía poco a poco aquello de lo que alguna vez habíamos compartido en uno de los mambaderos realizados en el marco de esta investigación: los Carare, gente de muchos colores.

Esto lo pude corroborar al día siguiente, mientras organizábamos el espacio para recibir a líderes y dirigentes de la ATCC, iban llegando personas de diferentes veredas de la región, hombres, mujeres, niños, ancianos, campesinos, afrodescendientes, llegaban con alimentos, risas e historias para compartir. En este momento pude comprender el origen intercultural de la comunidad Carare y cómo la mediación llega a constituirse como el vehículo para entablar diálogos respetuosos y amorosos entre pensamientos y sistemas de vida.

Nos ubicamos en mesa redonda, para vernos y poner a circular la palabra. Observé que la metodología era la misma de las tertulias que realiza la comunidad, el espacio se abrió a través de pedir permiso a la divinidad y a los espíritus guardianes del territorio, y se encomendó a ellos el buen desarrollo del encuentro, posterior a este momento la palabra comienza a tejerse.

Con cada intervención podía revivir la historia de esta organización, pero ahora desde otro tiempo, desde otro momento de la historia. Era como si allí, el territorio permitiera abrir una puerta que conectaba con varias dimensiones, podía sentir la ancestralidad del pueblo Carare, al tiempo que podía recorrer la experiencia de paz de la ATCC. Sentía lo indígena guardado como memoria viva en la comunidad Carare y también podía ver como el diálogo, el pensamiento de paz y el valor supremo de la vida se constituían en sus principios esenciales. Allí en un mismo tiempo, pero desde varias dimensiones se revivía en mí, el origen indígena y campesino de la Comunidad Carare.

Entre el ir y venir de la palabra, observaba el papel del taita, de las y los líderes campesinos, de nosotras como representantes de la comunidad Carare, y entonces veía en este escenario, con más claridad la relación entre lo político y lo espiritual; comienzo a vivir la mediación como la posibilidad del encuentro entre la diversidad de experiencias y conocimientos, sentía además lo humano en conexión con el todo, sentía palpar la tierra al ritmo de mi corazón, comprendía como a través de la mediación se vivía lo holístico. (Diario de Campo suna Santander, 2018).

Relato 3

Me invitan a participar de una jornada de salud a la cual decido asistir. Poco antes de llegar al espacio, puedo reconocer una sería de olores a plantas que me llevan a recordar los aromas de la tierra; desde antes de ingresar escucho levemente un sonido musical, que me lleva por un momento a viajar a otros lugares, observo el lugar y por alguna razón comienzan activarse mis sentidos, veo las flores y los árboles que me rodean, puedo escuchar el canto de los pájaros en medio del bullicio de la ciudad, hacía ya mucho tiempo no me detenía a sentir la vida que está a mi alrededor.

Ingreso a un lugar con un poco de ansiedad y veo un espacio que podría asemejarse a una casa, desde su entrada puedo contagiarme de la armonía del espacio, la ansiedad desaparece y entro en un estado de tranquilidad. Hacia un costado del lugar, escucho una melodía, un grupo de jóvenes entonan un canto, un canto de vida al cual integran instrumentos de viento, tambores y guitarra, lo reconozco porque antes de entrar ya podía sentir cómo la música habitaba mi cuerpo. Una

mujer me da la bienvenida y mientras me registro, pasa por mi lado un hombre aplicando un sahumerio, respiro un aroma dulcemente agradable. La mujer me brinda una aromática y me invita a tomar asiento en la sala de espera; de inmediato entro en un estado de calma y me dispongo a disfrutar del espacio, entre olores, sonidos y sabores mi cuerpo se iba disponiendo, yo me iba reconociendo, aclarando el sentido de la vista a este lugar.

Me llaman por mi nombre y muy amablemente me invitan a seguir a un espacio de aquella casa. Allí me explican que la consulta inicia con un ritual a través del fuego, llamado despojo, donde se busca entrar en armonía e intencionar mi propósito para la consulta. Encienden bajo mis pies una leve llamarada, puedo sentir en ese instante el calor del fuego y cómo entra por cada lugar de mi cuerpo, pasan suavemente unas manos sobre mi cabeza, brazos y pies, como depositando en el fuego aquello que traigo encima emociones, miedos, confusiones, luego me dan a oler y frotan sobre mi cuerpo un líquido aromático de esencia de plantas. Este ritual termina con unas palabras que me bendicen y me invitan a pensar aquello que anhelo y deseo para mi vida.

De allí, me conducen a otro espacio, donde se realizará la consulta, al entrar veo a un señor sentado en un sillón el cual me invita a seguir. En una mesa veo dispuesto varios utensilios frascos, plantas, un velón, agua, cuarzos. El médico que me atiende sostiene en un su mano un tarro el cual huele profundamente y respira por un momento, luego procede a sacar un poco de lo allí depositado y llevarlo a su boca. Le pregunto qué es lo que hace, y me explica que es ambil, me cuenta que a través de él se ritualiza, que es una medicina que le permite recordar, entrar en conexión con el espíritu, y me comparte un poco. Así comienza la consulta (Diario de campo, Jornadas de salud comunidad Carare, 2017).

Anexo 2. Consentimiento informado

Proyecto: Formas otras de comprender la salud desde la práctica de medicina ancestral de la comunidad Carare.

Investigadoras Principales: Deisy Ríos Castro y Laura Blandón Naranjo. Estudiantes de la maestría en Salud pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Dirección de la Facultad Nacional de Salud Pública: Calle 62 No. 52-59.

Teléfono: 3005113866 - 3046190166

Dirección electrónica: deisy.rios@udea.edu.co, laura.blandon1@udea.edu.co

Consentimiento libre e informado:

Identificación del participante:

Nombre: _____

Código: _____

Señor (a) _____ le estamos invitando a participar de la investigación **Formas otras de comprender la salud desde la práctica de medicina ancestral de la comunidad Carare**, coordinado por Deisy Ríos y Laura Blandón.

Con esta investigación se busca comprender los significados en salud desde la práctica de medicina ancestral que realiza la comunidad Carare, para ello se propone reconstruir las trayectorias de la práctica de medicina ancestral, identificar las formas en que la comunidad Carare ha desarrollado su práctica, acercarse a las vivencias de los sujetos frente a esta y reconocer los sentidos colectivos de la medicina ancestral. Esto, con el propósito de hacer visible las formas otras de comprender y vivir la salud. Queremos con este ejercicio, contribuir tanto al fortalecimiento interno de la comunidad Carare, como a la visibilización de esta experiencia en salud.

Para llevar a cabo la investigación es necesario la realización de talleres colectivos, encuentros grupales como el círculo de palabra y entrevistas individuales con sujetos de la Comunidad Carare. En este sentido, nos gustaría contar con su participación en este proyecto. Los datos recogidos serán manejados con máxima discreción y confidencialidad. Serán utilizados exclusivamente para los propósitos de la investigación. La información en este trabajo se tratará de tal manera que se guardará su identidad y no se revelará en los informes administrativos ni académicos del mismo.

Usted está en libertad de no contestar las preguntas que a su juicio no deba o no quiera responder, sin tener que explicar a quien le entrevistó sus motivos. De igual forma, si en algún momento desea retirarse, lo puede hacer con toda tranquilidad. Su participación es voluntaria y siéntase en libertad de hacer todas las preguntas que le surjan en torno a este trabajo.

Solicitamos su autorización para que las actividades de recolección de información sean grabadas, le aseguramos que solo serán escuchadas por las investigadoras y por quien haga la transcripción. Las entrevistas transcritas harán parte del archivo del proyecto, que junto con otros materiales físicos y electrónicos serán guardados y custodiados por las coordinadoras del mismo, serán almacenados en un computador de la Facultad Nacional de Salud Pública, con el fin de garantizar la confidencialidad de la información y el manejo exclusivamente para los fines de esta investigación.

Los beneficios que se esperan de la realización de esta investigación son de tipo social, para el fortalecimiento de la comunidad Carare y en el reconocimiento del trabajo de sus integrantes, así como para otros escenarios sociales, culturales y académicos para los cuales conocer la experiencia de la Comunidad, puede servir de estímulo al trabajo por la salud y el cuidado de la vida. La participación en esta investigación no le traerá ningún riesgo.

Es un compromiso publicar los resultados de esta investigación, con el fin de aportar en el conocimiento sobre las formas diversas de comprender y vivir la salud. Los aprendizajes que de aquí se deriven pueden aportar tanto a los sectores sociales y comunitarios, como institucionales y académicos.

Como el equipo de trabajo de la investigación se desplaza a los sitios de la comunidad de conveniencia para los participantes, usted no incurre en ningún tipo de gastos para su participación y este proyecto tampoco tiene previsto ofrecer alguna compensación económica por la misma.

Usted recibirá copia de esta invitación y de los términos del consentimiento. Los datos de las coordinadoras de la investigación con quien podrá verificar la información que se le acaba de presentar son los siguientes:

Deisy Ríos Castro

Facultad Nacional de Salud pública – Universidad de Antioquia

Teléfono 3005113866

Dirección electrónica: Deisy.rios@udea.edu.co

Laura Blandón Naranjo

Facultad Nacional de Salud pública – Universidad de Antioquia

Teléfono 3046190166

Dirección electrónica: laura.blandón1@udea.edu.co

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, de forma consciente, autónoma y libre.

Declaro que entendí los objetivos de la investigación lo mismo que el manejo que se dará a la información que yo aporte y estoy de acuerdo en participar.

Firma del participante:

Fecha: _____

Firma de las investigadoras:

Fecha: _____

Anexo 3. Guía de entrevista

Guía de entrevista

Formas otras de comprender la salud desde la práctica de medicina ancestral en la comunidad Carare

Objetivo: Identificar la vivencia y sentires de los sujetos con respecto a la medicina ancestral: trayectorias, formas y sentidos.

MEDIACIÓN E INTERCULTURALIDAD

¿Qué los unifica como comunidad?

¿Cuál es la identidad Carare?

¿Cómo entender lo comunitario acá, en lo urbano?

¿Cuál es el papel de lo colectivo en esta comunidad?

¿Cómo se sueña a la comunidad?

¿Qué es la mediación en la medicina Carare? ¿Entre qué cosas es necesario mediar en esta medicina? ¿Cuál es su papel como mediador?

TRAYECTORIAS

¿Qué es la medicina ancestral Carare?

¿Cómo y cuándo llegan las diferentes medicinas a la comunidad?

¿De dónde proviene la medicina? ¿En qué momento llega esta práctica a la comunidad?
¿Cómo estaba la comunidad en ese momento, cómo la recibe?

¿Quién entrega y cómo se ha entregado la medicina?

¿Por qué momentos de apertura o tensión ha pasado esta práctica?

¿Qué pasa cuando se entrega y como está ahora?

VIVENCIA

¿Cómo llegó, cómo estaba, qué estaba buscando?

¿Por qué se queda en la comunidad Carare, que encuentra?

¿Cómo se ha sanado?

¿Qué ha cambiado en su vida desde que está en la comunidad?

FORMAS DE LA PRÁCTICA

¿Qué significa ser una comunidad que sana y se sana a si misma?

Los Carare ¿médicos, sanadores o curanderos? o ¿todas? ¿Cuáles son las diferencias, similitudes entre curar, sanar y tratar?

¿Cuál es la manera en que la medicina carare sana?

¿Qué herramientas se utiliza para sanar?

¿Qué es ser sanador?

¿Cuál es la preparación para ser un sanador?

¿Qué pasa durante el proceso de sanación, que se necesita?

¿Qué lo motiva a hacer lo que hace?

¿Cuál es la relación entre el médico y el paciente en la comunidad carare?

SENTIDOS – MEDICINA ANCESTRAL

¿Cómo vives y sientes la medicina ancestral? ¿Cómo la nombrarías?

¿Qué es el pensamiento ancestral Carare?

¿Cómo se llega a la construcción del pensamiento carare?

¿Cuál es el papel de la espiritualidad en la medicina?

SALUD, ENFERMEDAD, VIDA, MUERTE

¿Cómo ha vivido la salud, enfermedad, vida, muerte desde esta medicina?

¿Qué es la salud? ¿Qué es la enfermedad?

¿Cuáles son las diferencias y similitudes que ve entre la medicina ancestral y la medicina convencional?

¿Cómo relaciona su hacer en la comunidad con la salud?

Anexo 4. Formato de fichas de contenido

Referencia Bibliográfica	Palabras Clave
Resumen	
Ideas principales	
Comentarios en clave de nuestro proyecto	
Elaborado por y Fecha	

Anexo 5. Formato de diario de campo

Fecha: lugar: Hora de registro Responsable:
Objetivos de la investigación Objetivos específicos Palabras Claves
Notas de Campo
Análisis y/o comentarios: