

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS QUE SIGUEN LOS POBLADORES DE DOS
VEREDAS DE EL BAGRE- ANTIOQUIA EN RELACIÓN AL FENÓMENO DE LA
FIEBRE 2015 - 2017

LINA MARCELA OROZCO DÁVILA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD COLECTIVA
MEDELLÍN
2017

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS QUE SIGUEN LOS POBLADORES DE DOS
VEREDAS DE EL BAGRE- ANTIOQUIA EN RELACIÓN AL FENÓMENO DE LA
FIEBRE 2015 - 2017

LINA MARCELA OROZCO DÁVILA

Tesis de grado para optar al título de magister en salud colectiva

TUTORA:

BERENA PATRICIA TORRES MARÍN

Antropóloga

Magister en Salud Colectiva

Doctora en Antropología social

COTUTOR:

JUAN GABRIEL PIÑEROS JIMÉNEZ

Médico

Doctor en Salud Pública

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD COLECTIVA
MEDELLÍN

2017

AGRADECIMIENTOS

A las comunidades de las veredas Villa Grande y El Pedral en el municipio de El Bagre, por compartir sus conocimientos, experiencias y espacios.

A Marta Cuesta, líder de la vereda Villa Grande, quien con su apoyo, hospitalidad, compañía, alegría y disposición hizo que los viajes a las veredas fueran una experiencia grata y familiar.

Al grupo de Investigación Malaria de la Universidad de Antioquia por la invaluable oportunidad y aportes, en especial al Profesor Alberto Tobón por brindar el apoyo económico y espacios del grupo para la realización de este trabajo.

A mis tutores por sus aportes y conocimientos compartidos, a Berena Torres que con sus palabras de aliento y paciencia hizo posible la culminación de este trabajo.

A mis padres por su incondicional apoyo en cada uno de los proyectos que emprendo en la vida, en este en particular por la paciencia.

A mis compañeros de maestría que de una u otra manera ayudaron en mi formación, por los aprendizajes compartidos.

A los funcionarios del Hospital Nuestra Señora del Carmen por el apoyo para los desplazamientos a las veredas.

A los docentes de la maestría en salud colectiva por las enseñanzas y conocimientos compartidos.

A los amigos por su compañía cercana o distante pero siempre constante.

A todas las personas que no nombro en estos agradecimientos pero que de una u otra manera contribuyeron a la culminación de este trabajo.

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE FOTOS	6
LISTA DE MAPAS	7
LISTA DE ANEXOS	8
LISTA DE FIGURAS	9
RESUMEN	10
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. REFERENTES CONCEPTUALES	17
2.1 Autoatención	17
2.2 Itinerario terapéutico.....	18
2.3 Fiebre	20
2.4 Sistema médico.....	24
3. MEMORIA METODOLÓGICA	28
3.1 Metodología cualitativa.....	28
3.2 Consideraciones éticas	32
4. EL CONTEXTO TERRITORIAL.....	34
4.1. Región Bajo Cauca	34
4.2. El Municipio de El Bagre	36
4.2.1. Perfil epidemiológico del Municipio.....	39
4.3. Las veredas Villa Grande y El Pedral.....	40
4.3.1. Historia	44
4.3.2. Actividades económicas	46
4.3.3. Composición familiar	48
4.3.4. Actividades religiosas y recreativas	49
4.3.5. Problemas de las comunidades.....	51
4.3.6. Organización social	54
5. LA TRANSVERSALIDAD DE LA FIEBRE	60
5.1. El aspecto territorial de la fiebre.....	62

5.2.	Etapas del Itinerario terapéutico de la fiebre	63
5.2.1.	Activación	63
5.2.2.	Autoatención.....	65
5.2.3.	Liminalidad y sospecha	67
5.2.4.	Temporalidad y tipo de fiebre	69
5.2.4.1.	Fiebre por paludismo (externa)	69
5.2.4.2	Fiebre por gripa (externa).....	71
5.2.4.3	Fiebre por infección (interna)	72
5.2.4.4	Fiebre por resfriado (externa).....	73
6.	LOS SISTEMAS MÉDICOS Y LA CATEGORIA DE FRIO Y CALOR	75
6.1.1.	Frio y calor: sus implicaciones teóricas dentro de los sistemas médicos 75	
6.2.	El giro decolonial de frio y calor en el los sistemas médicos.....	78
6.3.	Itinerario terapéutico de la fiebre y su relación con los sistemas médicos	79
6.4.	La medicina tropical como obstáculo dentro del proceso salud/enfermedad/atención	84
7.	DISCUSIÓN.....	86
8.	CONSIDERACIONES FINALES.....	90
	BIBLIOGRAFÍA	95
	ANEXOS	107

LISTA DE FOTOS

	Pág.
Foto 1. Paso por el Rio Villa Grande	29
Foto 2. Vivienda de Villa Grande	30
Fotos 3 y 4. Centro de la vereda El Pedral	52
Foto 5. Kiosko Vereda Villa Grande	55

LISTA DE MAPAS

	Pág.
Mapa 1. Región Bajo Cauca	35
Mapa 2. El Bagre	37
Mapa 3. Vereda Villa Grande	41
Mapa 4. Vereda El Pedral	43

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado participante	107
Anexo 2. Consentimiento informado material audiovisual	111
Anexo 3. Visita domiciliaria y guía de observación	114
Anexo 4. Guía de entrevista semiestructurada	115

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelos explicativos	82

RESUMEN

El campo problemático de la presente investigación se centra en los itinerarios terapéuticos que los sujetos recorren en búsqueda de alivio cuando se presenta la fiebre, este es un trabajo de carácter cualitativo, con enfoque etnográfico, se privilegió el hacer presencia en el campo, con el fin de describir y comprender los itinerarios terapéuticos que siguen los pobladores las veredas Villa Grande y El Pedral del municipio de El Bagre Antioquia en relación al fenómeno de la fiebre.

Ello implicó indagar por las interpretaciones y clasificaciones que las personas le dan a la fiebre, los saberes y recursos que se despliegan para atenderla, si era posible distinguir a qué sistema médico pertenecen, o si estos sistemas se combinaban de forma armónica o en tensión, las relaciones que se establecen entre los sujetos, otras personas consideradas expertas y las instituciones de salud estatal que tienen presencia en las veredas o a las que acuden.

La fiebre en las dos veredas estudiadas de El Bagre es un fenómeno que involucra múltiples factores que influyen en su atención y cuidado que van desde las comunidades mismas con sus itinerarios terapéuticos, acervo de conocimientos, saberes en salud y enfermedad, el territorio y el medioambiente como agentes que participan activamente en la aparición o no del fenómeno, no solamente por ser quien alberga los nichos que garantizan la supervivencia de los vectores, sino porque pueden ser movilizador de importantes cambios derivados de la interacción humana; por ejemplo, la minería o la deforestación; y finalmente, la existencia y uso de sistemas médicos diversos comprometidos con el objetivo de recuperar óptimos estados de salud.

Este estudio devela la existencia de sistemas médicos populares e itinerarios terapéuticos de la fiebre en la zona, por lo que se requiere considerar que estos son de vital importancia para las comunidades ya que dan sentido a la experiencia de enfermedad y de salud de manera intersubjetiva, proveen modelos explicativos, dan cuenta y fortalecen el tejido social y comunitario, son además una alternativa a las crisis de legitimidad, cobertura y calidad en la red de servicios de salud oficial.

Palabras clave: Itinerario terapéutico, sistemas médicos, fiebre, El Bagre.

1. INTRODUCCIÓN

El interés en realizar este trabajo parte de una inquietud personal y académica por indagar en temas de salud desde una perspectiva social y un interés especial por visibilizar los saberes en salud con que cuentan las comunidades para atender procesos de enfermedad, atención y cuidado; tal interés nace, de mi experiencia profesional en proyectos de intervención en salud, principalmente la implementación de estrategias educativas para la prevención del paludismo en comunidades vulnerables de la zona del Bajo Cauca Antioqueño.

Es desde la maestría en salud colectiva que se me da la oportunidad de aprendizaje y acercamiento a otras miradas y discusiones que me han permitido investigar e indagar sobre la salud enfatizando en las prácticas sociales en contextos particulares.

La salud colectiva como posibilidad teórica para abordar el complejo proceso salud/ enfermedad /atención / cuidado, ha tenido un largo recorrido, enfrentado difíciles coyunturas y realizando debates que han permitido visibilizar, no sólo la riqueza en producción teórica a nivel de Latinoamérica, sino otras posibilidades de abordar la salud, no sólo desde la mirada obligadamente atada a la enfermedad, y en relación a ello el desarrollo de un pensamiento crítico que evalúa y problematiza la intervención del tema de salud siempre desde la atención y cura y no tanto desde la prevención (Breilh, 2012).

De ahí que bajo la sombrilla de la salud colectiva, desde el enfoque de la determinación social se haga un análisis de la situación de salud de una

población partiendo de sus componentes estructurales, de tal manera que se dé cuenta de cómo la división social del trabajo y reproducción social (Passos, 2015) influyen en el estado de salud de una comunidad específica.

Ya que el ejercicio de la salud colectiva es teórico – práctico, invita al debate para cuestionar el pensamiento, discurso y práctica positivista y biomédico que hasta ahora ha predominado en el abordaje del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/ muerte. Propone una visión más humanizada y no mercantilizada de la salud, invitando a reflexionar y a cuestionar la concepción de una visión de la salud que ha estado más amarrada a la enfermedad y por ende explicada y enfocada desde los factores de riesgo individual.

La salud colectiva muestra un particular interés por indagar y reconocer una estrecha relación entre los factores culturales, sociales y los ambientales que influyen en el proceso; sin embargo, desde la biomedicina no se propone realizar una interpretación de ese proceso con fines de cambio en el sentido de más beneficio para los individuos y colectividades, sino que se reconoce su valor en la medida que aporta a la optimización de recursos y a la racionalización de la intervención (Laurell,1994).

La Salud Colectiva contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos. (Almeida-Filh, Paim-Silva,1999, p. 25).

Es en este escenario donde la antropología realiza sus aportes, desde el acercamiento a las personas, comunidades y realidades para evidenciar e interpretar el conocimiento y los saberes populares, de tal manera que se pueda acercar al contexto biomédico y dar un nuevo sentido al proceso de salud / enfermedad / atención / cuidado, donde las personas tienen más voz en la resolución de sus dificultades de salud, pero también donde la salud colectiva asume una postura crítica y argumentada en la reivindicación de los conocimientos empíricos y los aportes que esta puede hacer a la biomedicina, de igual manera reivindicar las ciencias sociales como ciencias que aportan al conocimiento de los problemas de la humanidad y de las posibles soluciones que se pueden dar desde su quehacer.

La investigación antropológica ayuda a una comprensión transcultural de orientaciones referentes al cuidado de la salud, que posiblemente difieren del modelo biomédico tradicional, incluidas aquí las creencias populares sobre la salud que albergan las minorías étnicas que viven en una cultura occidental y proporcionan una perspectiva comparativa con la que podrá cotejarse el sistema médico occidental (Lupton, 2003, p.12).

Desde esta mirada el aporte que la determinación social en salud da a la salud colectiva, es propiciar el vínculo entre otros entes de la vida social y cultural, que tiene todo que ver con la situación de salud de las comunidades, como son la ciencia y la política motores indispensables en la transformación social.

La sinergia que se ha venido gestando entre la antropología médica y la salud colectiva, ayuda a despejar caminos por donde se puedan transformar las concepciones y prácticas institucionalizadas que han acallado la voz y la participación decidida de los sujetos.

El campo problemático de la presente investigación se centra en los itinerarios terapéuticos que los sujetos recorren en búsqueda de alivio cuando se presenta la fiebre, que ha sido interpretada en algunos casos como enfermedad, o como síntoma o alerta de algo más grave que puede acontecer, o en otros casos una simple molestia que incluso puede pasar inadvertida (García, 2007).

En este sentido estudiar los itinerarios terapéuticos en las veredas Villa Grande y El Pedral del municipio de El Bagre Antioquia, caracterizado por estudios epidemiológicos (Salas, Ríos, López & Gómez, 2014), como zona endémica para enfermedades tropicales y donde la fiebre puede presentarse regularmente, es acercarse a los modos como los sujetos y grupos explican y enfrentan un padecimiento cotidiano, y las formas específicas como los habitantes de este territorio, perciben, dan sentido a sus creencias en las prácticas sociales y vivencias cotidianas (Grimberg, 2009).

Todo ello en un territorio donde confluyen personas que llegan de diferentes departamentos como Córdoba, Bolívar, Chocó y otros municipios de Antioquia debido a circunstancias sociales como: el desplazamiento por la violencia, la búsqueda de oportunidades económicas en minería y/o en actividades agrícolas. Además de unas condiciones geográficas y bioclimáticas que caracterizan al municipio dentro de una zona caracterizada como endémica para muchas enfermedades, entre ellas las causadas por vectores como el paludismo, dengue entre otras.

En este sentido me pregunté por ¿Cuáles son los itinerarios terapéuticos que recorren los pobladores de dos veredas de El Bagre en búsqueda de cuidado, atención y tratamiento, y lo que saben acerca del fenómeno de la fiebre? y ¿Qué sistemas médicos interactúan y se articulan en estos tratamientos?

Este es un trabajo de carácter cualitativo, con enfoque etnográfico se privilegió el hacer presencia en el campo, con el fin de describir y comprender los itinerarios terapéuticos que siguen los pobladores las veredas Villa Grande y El Pedral del municipio de El Bagre Antioquia en relación al fenómeno de la fiebre. Ello implicó indagar con los sujetos y grupos, qué pasa cuando se presenta la fiebre, que interpretaciones y clasificaciones le dan, los saberes y recursos que se despliegan para atenderla, si era posible distinguir a qué sistema médico pertenecen, o si los sistemas médicos se combinaban de forma armónica o en tensión, las relaciones que se establecen entre los sujetos, otras personas consideradas expertas y las instituciones de salud estatal que tienen presencia en las veredas o a las que acuden.

Es un conocimiento con el que se busca contribuir a trabajar por mejores prácticas sociales y especialmente para que los programas institucionales y los profesionales de la salud comprendan las formas en que estas comunidades hacen, viven y resuelven de primera mano sus padecimientos, poder establecer espacios de diálogo y negociación entre diversos saberes y prácticas y poder construir conjuntamente programas para la prevención de enfermedades, prácticas más participativas y comprometidas de promoción de la salud, diversificar las prácticas de cuidado y tratamiento que procuren, sobretodo, el bienestar de los sujetos y las comunidades.

A continuación se aborda la autoatención, los itinerarios terapéuticos, la fiebre y los sistemas médicos como los principales referentes conceptuales del cuerpo de trabajo, más adelante, se hace mención a la memoria metodológica la cual le abre paso a las descripciones sobre el contexto territorial del estudio. Los hallazgos son abordados en los capítulos: La transversalidad de la fiebre, los sistemas médicos y el itinerario terapéutico de la fiebre. Finalmente, este trabajo concluye con la discusión y las consideraciones finales.

2. REFERENTES CONCEPTUALES

Para no considerar los hallazgos bajo la lupa de conceptos tales como retraso en la atención, automedicación y tratamiento en el hogar, nociones recurrentes en salud pública que se refieren a condiciones que interfieren con el tratamiento y cuidado de la enfermedad (Majaj, Nassar & De Allegri, 2013) y que interfieren con el objetivo mismo de este estudio, se decide hacer uso de paradigmas interpretativos que evidencian los conocimientos y saberes de los individuos y colectividades al estimar referentes conceptuales tales como **autoatención**, **itinerarios terapéuticos**, **sistemas médicos** y por supuesto **fiebre**, el cual se define acá para efectos conceptuales pero que se aborda con más detalle en los hallazgos.

2.1 Autoatención

Para Menéndez (2009), el concepto de autoatención se refiere a:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales. (p.52)

Es casi siempre la primera actividad que el sujeto o grupo social realiza respecto de los padeceres, situación que no incluye ningún curador profesional, más bien involucra una red inmediata que pueden ser los familiares, vecinos o compañeros de trabajo (Menéndez, 2009). Se limita entonces al ámbito de la persona y el grupo familiar o más inmediato, por tanto no ofrece la posibilidad de trascender a otros ámbitos de la vida comunitaria o a lo institucional, podría decirse, además, que la autoatención hace parte de los itinerarios terapéuticos.

2.2 Itinerario terapéutico

Usando la definición de Sindzingre (citada por Perdiguero, 2006) se asume que **Itinerario terapéutico** debe entenderse como:

Todos los procesos que se llevan a cabo para buscar una terapia, desde que aparece el problema, se ponen en marcha diversos tipos de interpretación y cura, y se utilizan diversas instancias terapéuticas, institucionales o no, todo ello en un contexto de pluralismo médico. (p.41)

Por su parte Gerhardt (2006) plantea que es necesario analizar los itinerarios terapéuticos desde los contextos donde toman forma, ya que estos tienen características propias y específicas. Es en ellos donde suceden los eventos cotidianos relacionados con lo económico, social y cultural desde los que se organiza la vida colectiva y que enmarcan la vida biológica, es en el espacio social donde las acciones, el cuerpo y los pensamientos de los individuos se definen.

En este mismo sentido, Urrea y Puerto (1994) refieren:

Los itinerarios terapéuticos de las familias encierran formas de clasificación de las enfermedades y de su etiología de parte de ellas, desde diferentes modelos del cuerpo, la salud y enfermedad, los cuales a su vez se entrecruzan e hibridizan unos a otros. Por qué se recurre primero a determinado agente y luego a otro, o simultáneamente a dos de campos distintos, tiene que ver con ese contexto de comunicación permanente intercultural entre universos simbólicos diferenciados sobre el cuerpo, la salud, y la enfermedad. (p. 10-11)

En cuanto a los contextos, Gerhardt (2006) encuentra una relación entre los itinerarios terapéuticos y comunidades de bajos ingresos, para el autor tal relación está marcada por la desigualdad social y la diversidad cultural que se da en la búsqueda de cuidado:

O termo itinerario terapéutico é aqui utilizado como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar as práticas individuais e sócio - culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos... A partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal, o indivíduo se encontra frente a uma rede complexa de escolhas possíveis pertencentes a camadas de baixa renda, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. (p.2449)

Sin embargo, es importante problematizar dicha afirmación, que la desigualdad social contribuya a buscar unas u otras formas de atención de la enfermedad es una cosa, pero los itinerarios terapéuticos no son exclusivos de una clase social.

Es por ello que para el objetivo de este estudio comprenderé por itinerarios terapéuticos los saberes, las prácticas y trayectorias que se refieren a la red de saberes y conocimientos desplegados en la búsqueda de atención y tratamiento y

que se ponen en marcha para la atención del fenómeno de la fiebre por las personas, por las familias y comunidades, así como los diversos elementos, personas y sistemas médicos que interactúan en la búsqueda del restablecimiento de condiciones de salud óptimas.

2.3 Fiebre

En cuanto a la fiebre se ha definido desde lo clínico, lo histórico o desde percepciones más subjetivas, aunque se podría decir que todas estas miradas obedecen a interpretaciones provenientes del modelo biomédico.

Entre 1859 y 1862 el médico Colombiano Vargas Reyes siguió el criterio nosológico ordenando las fiebres según la periodicidad clínica, realizó una tipificación dividiéndolas entre las continuas y las discontinuas, estas últimas, tenían también una división en diversas especies y variedades dependiendo de si se veían o no afectados ciertos órganos (García, 2007).

También desde una perspectiva histórica Laverde (2006) refiere:

La fiebre es una de las más antiguas manifestaciones de enfermedad, y consiste en aumento de la temperatura del cuerpo, aceleración del pulso y de la respiración, y sensación de malestar [...] Esta manifestación tan primitiva como antigua de enfermedad siempre ha preocupado al hombre porque desde un principio la asoció con un engendro del mal, casi siempre merecida por haber ofendido a la deidad, para espiar una culpa, o como resultado de agresiones de espíritus malignos. Y así, infinidad de explicaciones hasta que, pasados varios milenios, la interpretación mítica y la magia dieron paso al surgimiento de la ciencia y al tiempo de las comprobaciones, que en este campo de la medicina apenas tiene un siglo y medio. (p.136)

López (1998) nos presenta una perspectiva de la fiebre en la época de la conquista, esta ha sido asociada al territorio y a climas tropicales:

Es el mal que se sufre, genera calenturas, provoca alucinaciones, debilita los cuerpos, los vuelve Inservibles. Cualquier descripción las vuelve a citar: el gobernador, el maese de campo, el almirante, el teniente, el alférez, o el cura han sufrido fiebres, sus cuerpos se hallan tirados, convalecientes, o no se recuperarán nunca más de las fiebres que tomaron en las riberas de algún río, en su tránsito por las selvas o en las lagunas cenagosas que tuvieron que atravesar para llegar a La Margarita, al Nuevo Reino de Granada o al Perú. (p.91)

En la medicina contemporánea la fiebre se ha estudiado principalmente desde la perspectiva clínica y se afirma que se puede deber a múltiples causas: se ha asociado con síntomas previos a procesos virales, a enfermedades autoinmunes como la fiebre reumática, a enfermedades infecciosas como la malaria o el dengue. Así mismo se han reconocido diferentes tipos como la fiebre amarilla, la fiebre del Nilo, fiebre de Lassa, fiebre hemorrágica, fiebre del dengue, enfermedades pediátricas están vinculadas a la fiebre como la varicela, el sarampión, las paperas, entre otras (Farreras, 2000).

Desde una mirada salubrista, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, hizo una propuesta que consistía en modificar el sistema de vigilancia internacional de enfermedades de reporte obligatorio, bajo el concepto de vigilancia de síndromes, de tal manera que reconoció seis tipos de síndrome asociados a la fiebre, estos fueron: síndrome febril, síndrome febril icterico agudo, síndrome febril con manifestaciones hemorrágicas, síndrome febril respiratorio agudo, síndrome febril con manifestaciones neurológicas y síndrome febril con

erupción dérmica. Ello con el fin de hacer más sensible la vigilancia de los sistemas de salud y permitir detectar rápidamente los brotes o enfermedades que pongan en riesgo la salud de la población (Arroyave, Londoño, Quintero, Agudelo, Arboleda, Díaz, Francisco & Rodas, 2013).

Desde la perspectiva clínica la fiebre cobra interés como patología crónica (Muniain & Gálvez, 2015), asociada a enfermedades como la enfermedad de Still (Carrión, Pérez, Hernando, Menchén, Pajares, López, Valerio, Penalva & Marín, 2015), enfermedades transmitidas por vectores como el dengue (Restrepo, Piedrahita, Agudelo, Marin & Ramirez, 2015) y la malaria (Arroyave et al., 2013), en protocolos de diagnóstico para la fiebre aguda (Arizcorreta, Tinoco, De los Santos Moreno & Cornejo, 2014) y en situaciones de aparición de brotes como es el caso de chikungunya (Tovar, Bolívar & Maestre-Serrano, 2015).

Desde una perspectiva clínica la fiebre se define como:

Una elevación de la temperatura corporal que supera la variación diaria normal y se produce en combinación con una elevación del punto de ajuste hipotalámico, por ejemplo, desde 37 a 39°C, esta desviación del punto de ajuste desde un nivel "normotérmico" a otro febril... Una vez que el punto de ajuste hipotalámico se eleva, las neuronas del centro vasomotor se activan y comienza la vasoconstricción (Harrison, Kasper, Fauci, Braunwald & Hauser, 2009, p.194).

Algo en común entre la clínica y las personas, es que ambos entienden la fiebre como un cambio en la temperatura corporal. Sin embargo, la clínica precisa la fisiopatología de la fiebre como:

Alteraciones en la termorregulación del hipotálamo, donde existen neuronas termo sensitivas, que se estimulan por pirógenos endógenos que actúan directamente. Los pirógenos exógenos incluyen virus, bacterias, endotoxinas, liposacáridos, complejos inmunes y linfoquinas. La mayoría de las infecciones disparan una respuesta febril al estimular a los monocitos y macrófagos para sintetizar y secretar diversas citosinas pirogénicas, como: IL-1, TNF e IL-6. Estas proteínas entran a la circulación y llegan a las células endoteliales del hipotálamo, las cuales liberan en el cerebro la prostaglandina E2, que se une a su receptor tipo 3 en las células gliales, para estimular la síntesis y liberación de adenosín monofosfato cíclico. Este último actúa como neurotransmisor y activa las neuronas termo sensibles para elevar el termostato desde niveles normotérmicos hasta niveles de fiebre. El resultado es una serie de mecanismos periféricos de conservación del calor mediante vasoconstricción, así como un incremento metabólico para generarlo, hasta que la temperatura de la sangre que irriga el hipotálamo coincida con el punto del termostato, terminando en la respuesta final de fiebre". (Razón, 2011, p. 434).

Por su parte Arroyave *et al.* (2013) refiere la postura de la OMS:

Debido a que estos signos se presentan en forma frecuente y se asocian con sintomatología inespecífica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante el Reglamento Sanitario Internacional determinó que en todas las situaciones en las cuales se presente alguno de los síndromes mencionados, estos deben ser notificados obligatoriamente, sin esperar a que el agente causal sea identificado, para así poder lograr una detección precoz de los casos a fin de evitar las epidemias locales y la propagación internacional de la enfermedad. (p.100)

2.4 Sistema médico

En relación al concepto **sistema médico** Pedersen (1989) plantea: “Es un conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de la salud individual o colectiva” (p.293). Agrega además, citando a Leslie, quien manifiesta que los sistemas médicos deben ser tratados como estructuras pluralistas, en donde el conjunto de prácticas médicas mantienen una relación competitiva o complementaria en el manejo de la enfermedad (Pedersen, 1991).

Al respecto Sturzenegger (1994) manifiesta que este:

...concepto de sistema médico se presenta como una noción que no puede ser escindida del tejido y la modalidad de las relaciones sociales. Es un concepto que adquiere sentido en un mundo relacional. Es una herramienta que permite, trazando el esquema que los usos de cada grupo social plasman en itinerarios y demás hábitos terapéuticos, y buscando la significación de tales usos en el discurso y en actitudes no verbales, ver que detrás del fenómeno de la enfermedad hay una sociedad que funciona y una cultura que se expresa. (p. 12-13)

Por su parte Gutiérrez (1983) señala:

El modelo del sistema del cuidado de la salud también se obtiene del estudio de la manera como la gente actúa en él y usa sus componentes. Es tanto el resultado de y la condición de la manera, como la gente reacciona a la enfermedad en medio ambientes sociales y culturales locales y cómo ellos perciben, nominan, explican y tratan la enfermedad.

Entonces, incluyen las creencias de la gente (explícitas e implícitas) y los patrones de comportamiento, regidos ambos por reglas culturales. (p.6)

Por otro lado Pedersen (1989) refiere que los sistemas médicos pluralistas “ofrecen singulares ventajas para la supervivencia biológica y para la resolución de conflictos o tensiones psicosociales, por lo que representa un conjunto de estrategias adaptativas culturales valiosas para la sobrevivencia y el manejo de las enfermedades y dolencias” (p.311).

La relación del fenómeno de la fiebre y los itinerarios terapéuticos, abre el interrogante sobre lo que en la antropología de la salud se ha descrito como sistemas médicos. En toda sociedad se cuenta con un acervo de conocimiento sobre la enfermedad y los padecimientos, por tanto con formas de atención y cuidado de quienes, en cada grupo social, experimentan la enfermedad, las respuestas, los medios, los patrones de creencias, los roles, las relaciones de poder, las instituciones que intervienen son un entramado cultural, que es necesario comprender (Gutiérrez, 1983; Pedersen, 1991).

Gutiérrez (1983) refiere que específicamente en Colombia tenemos un triple legado cultural indígena, español y africano que se han mezclado en procesos de interculturalización, donde se dieron imposiciones, recortes, complementaciones y modificaciones, pero que de todas formas es posible diferenciar tres sistemas médicos: el tradicional (referido a los practicados por comunidades indígenas y negras, como el chamanismo, y dominio de la herbolaria nativa) el facultativo (referido al modelo biomédico institucional) y el mágico religioso (que combina creencias populares basadas en santos, brujos)¹.

¹ En el año 2002 – 2005, la OMS implementó una estrategia para el uso de medicinas tradicionales entendidas como un conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. En esta clasificación estaban las indígenas, la

Somos un país triétnico cultural, esta verdad repetida ahincadamente, proyecta peculiaridades específicas, sobre la medicina tradicional, suma depurada de estos tres aportes, que al pasar los años, fueron decantando los sistemas médicos, teoría, praxis y cabezas institucionales (Gutiérrez, 1983, p.2).

En este mismo sentido en la mayoría de países latinoamericanos los sistemas médicos son de carácter pluralista pues en ellos coexisten diferentes prácticas y tradiciones médicas (Pedersen, 1991), pero como dice Lupton (2012) “Mientras más comunes y menos graves las enfermedades, tanto más probable es que las teorías populares sobre causalidad y tratamiento acudan a modelos folclóricos tradicionales” (p.127), al respecto Menéndez señala que independiente del nivel educativo que posean los grupos sociales, cuentan con un acervo de saberes y criterios para atender los padecimientos, que como grupo o sujetos consideran afectan real o imaginariamente su salud, dichos saberes son básicos en su producción y reproducción biocultural (Menéndez, 2009).

Los sistemas médicos pueden combinarse entre sí, posibilitando relaciones entre sistemas, las cuales van de lo antagónico a la rivalidad o a la complementariedad o coexistencia, dando forma a estructuras más integrales y selectivas entre los elementos que los componen (Pedersen, 1989), de ahí que este ejercicio de investigación busque indagar por cómo se dan esas interacciones y coexistencia de sistemas médicos en la búsqueda de alivio de la fiebre en dos veredas de El Bagre.

medicina china y la ayurvédica o hindú. También se habló de las medicinas alternativas o complementarias que se utilizan como complementarias de la medicina tradicional, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición de un grupo o país y están o no integradas en el sistema sanitario principal, como acupuntura, homeopatía, entre otras.

Comprenderé entonces para este trabajo, los sistemas médicos como estructuras pluralistas que cuentan con un conjunto de conocimientos, prácticas terapéuticas y practicantes, a través de los cuales se da respuesta a las situaciones que vulneran la salud de las personas y comunidades.

3. MEMORIA METODOLÓGICA

3.1 Metodología cualitativa

La investigación que aquí presento la realicé desde el paradigma cualitativo, como enfoque metodológico empleé la etnografía, la cual privilegia el estar allí, tener presencia en el campo con el fin de acercarme al análisis de un elemento local desde el cual se pueda explicar procesos de amplio alcance (Geertz, 1989, 1994), de esta forma comprender el sentido de los hechos y las relaciones entre ellos (Mauss, 2009).

Para el desarrollo del trabajo de investigación establecí cinco momentos metodológicos: exploración del fenómeno de estudio, trabajo de campo, análisis de los datos, escritura del informe y socialización de resultados. En un primer momento realicé la exploración del fenómeno de estudio en la literatura académica y de las categorías que permitieron delimitarlo y guiar los primeros acercamientos al campo.

El segundo momento fue el trabajo de campo, previamente establecí contacto con personas de la comunidad (presidentes de acción comunal, organizaciones de base), referenciados por conocidos de otras veredas de la zona donde había trabajado años atrás, así mismo por algunos funcionarios de entidades del Estado, de tal manera que pude acercarme a quienes fueron mis porteros. Inicialmente por teléfono les conté quien era y de que se trataba, con las personas de Villa Grande fue mucho más fácil, mientras que con los líderes de El Pedral el contacto se dificultó ya que en la vereda no hay señal telefónica y el presidente de la JAC no sale mucho a la cabecera municipal, por lo que hubo que hacer una visita para realizar la presentación.

Las incidencias del trabajo de campo en este contexto fueron varias, entre ellas, no poder acceder a campo en los tiempos establecidos para las visitas, debido principalmente a problemas de orden público en el municipio, por lo tanto por recomendación de los mismos líderes se tuvo prudencia de viajar a las veredas en momentos que el desplazamiento a estas se hacía peligroso. Situación que retrasó la primera salida de campo y no permitió establecer los contactos en este primer momento con el líder de El Pedral. Sumado a lo anterior están las dificultades de acceso por el mal estado de las vías que son sin pavimentar, se deben cruzar varias quebradas que se crecen cuando hay invierno y además facilitan deslizamientos a lo largo de la vía.



Foto 1. Paso por el Rio Villa Grande (tomada por Marcela Orozco, mayo 2016)

Socialicé los instrumentos con antelación a los líderes (guía de entrevista y observación), ellos informaron a los habitantes antes de que yo llegara a la viviendas, de tal manera que lo primero al llegar a la vereda Villa Grande fue acercarme a las casas para que la comunidad me conociera, oportunidad que se aprovechó para empezar a hablar de fiebre y hacer algunas entrevistas donde previamente se les hablaba a los participantes sobre el consentimiento informado y la necesidad de grabar, se les hacia una breve introducción de lo que se trataba

la investigación, ante lo cual muchas personas empezaban hablar sobre lo que hacían cuando se sentían enfermos sin necesidad de hacerles una pregunta, las entrevistas consistían en cinco preguntas base y a partir de cómo se desarrollara la entrevista se iban incorporando otras preguntas; se llevaban a cabo en los patios de las casas o en el espacio común de la vivienda, muchas veces en presencia de varios miembros de la familia incluidos los niños, por lo que muchas de las entrevistas resultaron convertirse en conversaciones entre todos los que se encontraban presentes.

Las primeras entrevistas realizadas sirvieron para probar las preguntas y la manera de plantearlas. Claramente esto de hacer campo no es fácil, es cómodo planificar en la distancia pero al campo se llega con la premura de cumplir tiempos y presupuestos sin contar con las contingencias que acontecen estando allí.



Foto 2. Vivienda de Villa Grande (tomada por Marcela Orozco, enero 2016)

En las veredas realicé 33 entrevistas semiestructuradas en su mayoría en las viviendas de los entrevistados, en la mañana y en horas de la tarde, busqué cubrir la mayor cantidad de viviendas posibles, en Villa Grande las viviendas se

encuentran más cercanas y se podía ir de casa en casa con facilidad, mientras que en el Pedral al ser tan dispersas las viviendas, el transporte se hizo en moto.

En la cabecera municipal realicé cinco entrevistas a personal de salud (farmacias y médico), entrevistas que inicialmente no estaban planeadas, sin embargo, ya que las personas manifestaron que acudían a farmacias se decidió realizar algunas en la cabecera municipal, de manera aleatoria se socializaba al regente sobre la investigación y si estaba dispuesto a participar de la entrevista. Hice observaciones y llevé un diario de campo, de igual manera se llevaron a cabo dos encuentros con algunas personas de la comunidad donde realizamos un ejercicio de cartografía con el fin de plasmar los caminos (En términos de vecindad y familiaridad (ver mapas en contexto) que recorren las personas en búsqueda de alivio; se levantó un censo en cada vereda con la colaboración de una de las líderes de Villa grande, situación que se facilitó en esta localidad pero en el Pedral hubo dificultades por lo dispersas que se encuentran las casas y en el momento de realizarlo no se encontraban las personas.

El tercer momento consistió en el análisis de los datos, primero identifiqué grandes temas y a partir de allí categorías nativas, la interpretación de los datos como investigadora y la correlación con conceptos teóricos provenientes de la literatura académica (Hammersley & Atkinson, 1994), permitieron realizar la triangulación de la información.

El cuarto momento fue la construcción del informe, producto de las notas y apuntes analíticos, los conceptos emergentes, y su correlato con la teoría, lo cual es un proceso considerado como de embudo (Hammersley & Atkinson, 1994) ya que progresivamente se transformaron los datos en categorías que delimitaron y clarificaron el problema, hasta dar cuenta de una descripción densa (Geertz, 2006).

Un quinto momento consistió en realizar un taller en cada una de las veredas, donde participaron quince personas en la vereda el Pedral y trece personas en la vereda Villa Grande, para hacer una retroalimentación de la información y afinación de resultados, este momento permitió dar cuenta de lo aprehendido sobre cómo actúan las comunidades y los sujetos e hizo evidente su conocimiento y prácticas en relación a la fiebre.

3.2 Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas, este trabajo se basó en la propuesta de Emmanuel (2003), quien propone los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación, a saber la:

Proporción favorable de riesgo-beneficio en este punto la investigación se consideró de riesgo mínimo según se determina en la Resolución 8430 de 1993, específicamente en su artículo 11. Así mismo se adhirió al principio de no maleficencia pues no se causó daño físico, moral o psicológico a ninguno de los participantes. En cuanto al principio de beneficencia informé desde el consentimiento la importancia de la información aportada e hice la validación de la información a fin de que se pudieran incorporar sugerencias .

Evaluación independiente, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (CEI-FE) de la Universidad de Antioquia.

En cuanto a la *Selección equitativa de los participantes*, esta se realizó de manera voluntaria invitando principalmente a personas mayores de 18 años, hombres y

mujeres con capacidad de responder a las preguntas de las entrevistas y que pudieran participar en los talleres finales.

Asociación colaborativa, para la realización del estudio recibí recursos CODI (Comité para el desarrollo de la investigación) a través de una beca de pasantía en el Grupo de Investigación de Malaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Esta asociación colaborativa contempló la tutoría compartida de la profesora Berena Torres Marín (GIPECS) y el profesor Juan Gabriel Piñeros Jiménez (Grupo de investigación de Malaria).

Respeto por los sujetos inscritos, en todo momento se respetó la decisión de los participantes en cuanto a querer permanecer o no en el estudio. Los datos aportados en el marco del estudio fueron tratados bajo las disposiciones de confidencialidad a los cuales me acogí como investigador principal, con el fin de resguardar la información aportada por los participantes se usaron códigos, no los nombres propios definidos por así: Ent00, para las personas de la comunidad y EntF00 para los regentes de farmacia, EntM00 para el personal médico. Del material audiovisual (fotografías) se le solicitó a los participante consentimiento informado para su uso en la investigación y posible uso público.

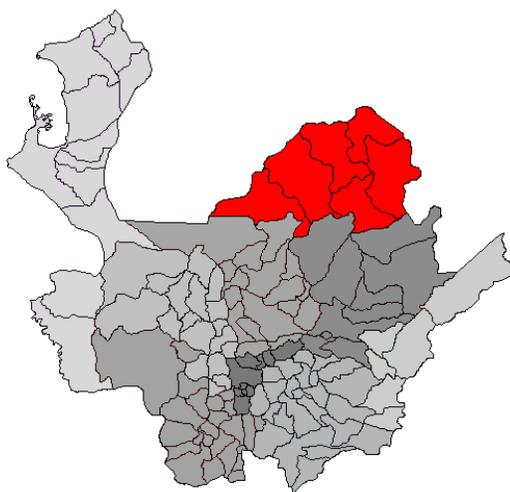
Consentimientos informados, utilicé en el proyecto dos consentimientos informados para las personas que aceptaron de manera voluntaria e informada participar de una entrevista y/o grupo focal y para el registro audiovisual (ver anexos 1 y 2).

4. EL CONTEXTO TERRITORIAL

4.1. Región Bajo Cauca

Antioquia es un departamento dividido en nueve regiones una de ellas es la región del Bajo Cauca, lugar donde se ubica el área de estudio del presente trabajo; considerada como la puerta de entrada y salida hacia la Costa Atlántica desde la ciudad de Medellín, el bajo Cauca es un punto de transición entre el territorio antioqueño y la costa caribe, lo cual la convierte en una región donde se han dado procesos de interacción sociocultural, con una gran riqueza étnica, económica y ambiental, la amalgama entre estos territorios ha dado origen a los “chilapos” así se llama a las personas oriundas de la zona, donde convergen y se hibridan las comidas, costumbres y saberes de antioqueños y costeños principalmente, pero que también se ha permeado de chocoanos y personas de diferentes partes del país.

Es así como el poblamiento se ha debido principalmente a migraciones históricas de personas venidas de otros departamentos como Bolívar, Córdoba y Sucre, afrocolombianos de la costa pacífica, indígenas de Antioquia y Córdoba, así como otros pobladores llegados del interior del departamento (Gobernación de Antioquia, 2009).



Mapa 1. Ubicación subregión del Bajo Cauca en Antioquia (www.antioquia.gov.co, recuperado 2016).

Como otras regiones del departamento, la región se caracteriza por tener condiciones de precariedad, relacionados con procesos de desplazamiento tanto por problemas de violencia como por la búsqueda de mejores oportunidades económicas en minería y actividades agrícolas, situación que ha alentado el crecimiento de asentamientos en áreas urbanas de los municipios de Caucasia y El Bagre, aumentando la demanda de servicios públicos, la atención en salud, cobertura educativa, así como fuentes de empleo; otros de los problemas sociales que se dan en la región están relacionados con el narcotráfico, explotaciones mineras ilegales, así como la débil presencia estatal e irregular manejo de los recursos públicos por parte de las administraciones locales (Gobernación de Antioquia, 2009).

En cuanto a lo económico las actividades principales giran en torno a la minería aurífera, ganadería, agricultura, pesca y el comercio. La minería ha sido en las últimas décadas la fuente de la dinámica tanto poblacional como económica,

opacando actividades como la ganadería, la agricultura, la pesca y la extracción forestal, que podrían ser alternativas para dinamizar, económicamente la región. (Gobernación de Antioquia, 2009).

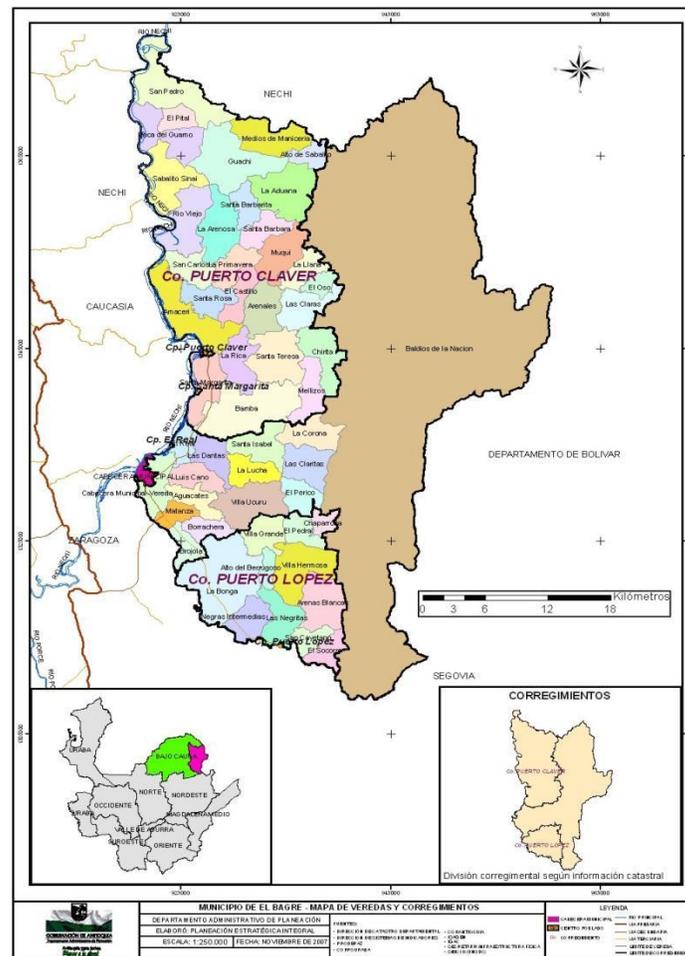
4.2. El Municipio de El Bagre

El municipio de El Bagre en sus inicios fue un corregimiento, para 1979 fue elevado a la categoría de municipio, funcionó como puerto intermedio en la ruta Río Magdalena, Cauca y Nechí, uniendo a la Costa Atlántica con el interior del País; ubicado según coordenadas geográficas a: 7°, 35' y 25'' de latitud Norte y 74°, 48' y 27'' de longitud Oeste este municipio del Bajo Cauca Antioqueño cuenta con una extensión territorial de 1.563 km² (Municipio de El Bagre, 2008), se encuentra a 50 msnm, con una temperatura media de 37°C, su cabecera municipal se encuentra ubicada a orillas del río Nechí, en la confluencia con el río Tigüí (Alcaldía de El Bagre, 2015).

Es una zona de bosque húmedo tropical, características bioclimáticas que convierten al territorio en un contexto propicio para que se presenten gran variedad de enfermedades y dolencias relacionadas con la fiebre (Salas et al. 2014).

El Municipio cuenta con dos corregimientos y 53 veredas, la proyección poblacional a 2016 se estimó en 49.913 habitantes (DANE, 2016), el promedio de personas por hogar es de 4.6, el 16,6% de la población de 5 años y más y el 18,1% de 15 años y más no sabe leer y escribir (DANE, 2010), en infraestructura

educativa cuenta con 64 centros rurales y 7 Instituciones educativas con 22 sedes (Plan de desarrollo, 2012-2015).



Mapa 2. Municipio de El Bagre. (www.antioquia.gov.co, recuperado 2016).

Según datos del DANE (2010) en El Bagre el 50,75% de la población presenta necesidades básicas insatisfechas (NBI). Situación que es mucho más evidente en las zonas rurales, que carecen de servicios básicos como agua potable y sistemas de alcantarillado, las viviendas son construidas con materiales como madera, techos de paja y/o zinc, pisos de tierra, muchas veces de manera

provisional pues algunos habitantes son itinerantes principalmente por la búsqueda de sustento en la minería, actividad que por sus características los lleva a desplazarse, en otros casos la familia se asienta en un lugar y quienes salen por días son hombres y mujeres responsables del hogar.

El Bagre es un municipio de gran actividad comercial, por ser uno de los centros poblados alrededor del cual se mueve la minería, abundan almacenes de ropa, electrodomésticos, compraventas de oro, almacenes de abarrotes, discotecas y bares.

Como sucede en varias regiones del país, el Bagre ha sido duramente golpeado por el conflicto armado entre diferentes actores: frentes guerrilleros, grupos paramilitares, y de autodefensa, se han disputado históricamente el control del territorio por su ubicación estratégica, tanto para el tráfico de coca como para la explotación minera. El conflicto ha llevado a desplazamientos, constantes asesinatos de líderes y población civil en general, aunque el conflicto toca todos los sectores del municipio, se podría decir que se vive más intensamente en la zona rural donde la presencia estatal es mínima y quienes ejercen el poder y reglamentan la cotidianidad son los grupos armados al margen de la ley (Verdadabierta.com, 2016).

Dado que es una zona de conflicto armado, hay una alta presencia institucional, que ejecutan acciones encaminadas, por ejemplo, a la atención a víctimas del desplazamiento forzado, proyectos productivos, de cuidado y recuperación del medio ambiente, proyectos de desarrollo y acompañamiento en temas de violencia, restitución de tierras y reparación de víctimas, dentro de las instituciones que hacen presencia se encuentran la Cruz Roja Internacional, la Defensoría del Pueblo, la Organización de Naciones Unidas –ONU- a través de sus diferentes

organismos y programas como el Programa para el Desarrollo (PNUD), la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO); así como la Organización mundial para las Migraciones (OIM), Corporación Autónoma Regional del Centro de Antioquia CORANTIOQUIA, Gobernación y Gobierno Nacional quienes también hacen presencia en el territorio con diferentes programas.

4.2.1. Perfil epidemiológico del Municipio

En 2014, según el Anuario Estadístico de Antioquia, los eventos en salud pública de las enfermedades transmisibles que se presentaron en el municipio fueron: 7 casos de hepatitis B, tuberculosis pulmonar 3, extrapulmonar 4, HIV – sida 11 casos, sífilis gestacional 14, los casos dengue fueron 73 clásico y 1 grave, malaria se presentaron 1.415 casos de Vivax, 670 de falciparum y 13 mixta, 27 casos de leishmaniasis, 29 casos de varicela, en exposición rábica 73 casos y 21 casos de accidente ofídico.

De otro lado, El Municipio de El Bagre ha sido por sus características sociales, culturales, ambientales y económicos un lugar propicio para adelantar diferentes tipos de estudios como: el manejo y exposición al mercurio por parte de quienes practican la minería (Buritica, Rivas & Suárez, 2012), (Tirado, García & Moreno, 1999), estudios sobre Malaria (Blair, 1998), sobre medicamentos antimaláricos (López, 1999), sobre desarrollo social y ambiental sostenible (Gómez & Restrepo, 2014), y estudios relacionados con planes de manejo ambiental (Vinales & Taborda, 2007), que me permitieron refrendar el contexto descrito.

4.3. Las veredas Villa Grande y El Pedral

El Pedral y Villa Grande, veredas donde se ha centrado el trabajo de campo de la investigación, están ubicadas hacia el sur-oriente de la cabecera municipal de El Bagre, a 30 y 20 km respectivamente, por la vía que comunica al corregimiento de Puerto López.

Al transitar por las carreteras hacia las veredas, se observan algunas explotaciones mineras, carreteras en mal estado, el insoportable calor, pero también paisajes hermosos, largos trechos sin casas, y por ahí empieza a aparecer una que otra vivienda. La mayoría de casas son al bordo de la carretera, en general se usan los mismos materiales, algunas tienen en su techo palma, o plásticos, paredes de madera y piso de tierra, de dos o tres espacios, la cocina siempre afuera en otro rancho o al lado, lo que está encerrado generalmente son las o la habitación para dormir, y todas tienen un espacio afuera a manera de sala, donde generalmente se reúne la gente a conversar, ver televisión o comer, también algunas casas disponen en este espacio hamacas, sillas y bancas de madera que ellos mismos construyen, en las casas no cuentan con mayor mobiliario, es la cama o camas y las sillas rusticas de madera, el fogón también es artesanal de barro sobre una mesa de madera y tierra (diario de campo, enero 2016).

Dejando la vía a Puerto López en el punto la Bonga y después de 15 minutos más de camino en moto, comienza la vereda Villa Grande, allí habitan 57 personas, que se distribuyen en 28 viviendas², algunas de ellas en el momento deshabitadas ya que los ocupantes se desplazan a otras zonas en búsqueda de oportunidades de trabajo; cuenta con un centro educativo rural (CER), hay una iglesia Cristiana,

² Según censo realizado por la investigadora durante el trabajo de campo.

un kiosco comunitario, una cancha para practicar fútbol, una cantina y tres pequeñas tiendas.



Mapa 3. Vereda Villa Grande (realizado por habitantes de la vereda, mayo 2016)

Muchas de las casas están dispersas, mientras que unas pocas se concentran en la parte sur de la vereda, donde se encuentra la iglesia cristiana, el C.E.R. (Centro educativo rural) que atiende niños en los niveles de preescolar a quinto de primaria, la cancha y el kiosco símbolo de reparación entregado en 2012 por el programa de Unidad de Víctimas del gobierno nacional, esta gran estructura fue hecha en madera y teja, cuenta con baños y un pequeño salón donde se guardan equipo de cómputo, video beam, menaje de cocina, además les entregaron tablero, sillas y mesas, fue una dotación muy completa como dicen sus habitantes.

Este sector de la comunidad se podría decir que es el centro, hay además unas 14 casas, en la mañana se siente mucha tranquilidad en la vereda, la mayoría de casas están solas porque las personas salen a trabajar al monte. A lo largo de la vereda y la carretera hay riachuelos y pequeñas quebradas que aprovechan las

mujeres para lavar, refrescarse del intenso calor, algunos niños también se divierten bañándose. Esporádicamente motos y carros que se dirigen a otras veredas pasan por el centro de Villa Grande.

La vereda cuenta con un acueducto que fue gestionado ante la Alcaldía y con recursos del Programa Colombia Responde, tiene una planta de tratamiento y el agua es llevada a las viviendas a través de mangueras, ya en las viviendas se llenan canecas y recipientes puesto que el suministro de agua en la vereda no es constante y depende de la gestión de una persona que pueda bombear el agua. Las viviendas tienen pozo séptico para el depósito de las aguas residuales; sin embargo, en el caso del manejo de las basuras hay dificultades, en las viviendas se observa que lanzan los desperdicios en la parte posterior, en el patio o áreas abiertas, algunas personas las queman, en muy pocos casos es enterrada.

El límite con la vereda El Pedral es un río que también lleva por nombre Villa Grande y de este se surte parte del acueducto de El Bagre, para atravesar e ir a otras veredas se pasa en una canoa, la cual transporta también la moto, la ida y el regreso cuestan tres mil pesos y durante todo el día hay un señor prestando este servicio. Hay un sector del río más bajo y es por esta parte donde pueden atravesar los carros como jeeps, volquetas o camiones.

A diez kilómetros de Villa Grande se ubica la vereda El Pedral, luego de transitar por varios arroyos y terrenos abandonados por la minería, se llega a esta vereda, algunas casas dispersas se van encontrando y finalmente como ocurre en Villa grande el centro de la localidad, enmarcado por un potrero que hace las veces de cancha y carretera, alrededor están las casas, una proveedora³ que sirve de abastecimiento para varias veredas por el lugar estratégico donde se ubica, la

³ Almacén de abastecimiento de víveres, alimentos, herramientas y suministros para la agricultura y minería.

escuela se encuentra antes de la cancha, después de este sector las casas ya son más dispersas y adentradas en el monte.



Mapa 4. Vereda El Pedra (realizado por Lina Orozco, junio 2016)

El pedral contaba a mayo de 2016 con 95 habitantes y 27 viviendas, de las cuales cuatro no se pudieron censar, hay un Centro Educativo Rural –CER- que atiende estudiantes de 1° a 5°, una iglesia cristiana, dos cantinas y la proveedora donde se pueden encontrar víveres como sal, azúcar, café, enlatados, así como gasolina y herramientas como palas y alambre, este es un punto importante de reunión de la localidad y para quienes por allí transitan.

En este punto se puede observar las recuas⁴ de mulas y caballos que vienen del monte con sus cargas de madera, hasta allí llegan camiones a recoger las cargas,

⁴ Rebaños de mulas o caballos que son utilizados para transportar madera, provisiones o gasolina.

al medio día algunos hombres se reúnen para conversar mientras pasa la hora más calurosa o mientras se reposa el almuerzo, es una hora donde parece que todo se detiene, las personas están en sus casas, todo se siente muy quieto y silencioso como si se detuviera el tiempo (Diario de campo, mayo 17 de 2016).

4.3.1. Historia

La comunidad de Villa Grande se conformó hace aproximadamente 60 años cuando varias personas provenientes de diferentes lugares de la costa se instalaron en este territorio buscando mejores oportunidades económicas ya fuera en minería o en agricultura, una de las familias más tradicionales son los Toro, de los primeros habitantes que llegaron a esta región.

...entonces empezaron a abrir estos territorios, y ya a trabajar la minería que en ese tiempo trabajaban con agua, hacían unas pozas y metían el agua para trabajar, no había motores en ese entonces y de ahí lo que llaman mazamorreo, que es el bareque, en ese tiempo había mucho oro. Y salían a mercar, que se echaban para el pueblo. A veces se les daba hasta dos días para llegar al pueblo, dos días. Porque tenían que salir de aquí y llegar hasta borrachera que le dicen. Era caminito, no había carretera. Entonces iban, traían su mercado. Mi mamá cuenta que ella salía y hacia un mercado de cinco pesos en el Bagre, donde solo había una proveedora que vendían por ahí las cositas y lo demás eran puras cajitas de bijao que es una hoja ancha, iban y compraban allá y bueno, otra vez se regresaba (Ent10).

Poco a poco más personas se fueron asentando en este territorio, con el tiempo llegaron personas de Chocó, otros lugares de Antioquia y la costa atlántica, actualmente el tema de movilidad en la vereda es muy frecuente debido a algunos

campamentos que se establecen de manera transitoria detrás de las explotaciones mineras que se dan en los alrededores.

Los primeros habitantes de El Pedral venían de Córdoba, no es una historia muy diferente a la de Villa Grande. Encontraron grandes retos, selva, no había caminos, básicamente eran agricultores, en un principio la agricultura se les torno difícil y debieron aprender a trabajar la minería, las condiciones para tener la familia en estas tierras no eran las mejores, pero de eso ya hace 50 años, algunos de esos primeros habitantes todavía permanecen y cuentan cómo fue ese inicio:

Esto era selva. No había camino, de a pie no había porque la gente que vivía allí donde el difunto E. Z. Salían era por la quebrada, por aquí no había camino por tierra en ninguna parte. Nosotros teníamos que venir por aquí por la quebrada... En todo caso que así fue que la gente hizo la quema, nosotros nos vinimos en el sesenta y siete. Ya se vino el hombre conmigo a quemar, a meter candela y a sembrar las matas para ir a buscar a la familia (Ent21).

La historia de estas veredas es muy similar, territorios colonizados por personas venidas de otras regiones siempre con la esperanza de encontrar mejores oportunidades de trabajo, y aunque en la actualidad las personas todavía se mueven en la región por este motivo, se dice que hace sesenta o cincuenta años la minería estaba en pleno apogeo y el oro abundaba, hoy en día grandes extensiones de tierra han sido explotadas, lo que ha afectado la realización de otras actividades como la agricultura y ganadería.

4.3.2. Actividades económicas

El motor de la economía en la zona es la minería, aquella que se practica de manera informal es en la que se ocupan las personas de estas veredas, tanto hombres como mujeres, jóvenes y adultos, ellos le llaman barequear, utilizando una batea de madera circular la que se usa para relavar la tierra que ya ha sido removida por una retroexcavadora y pasada por un proceso más industrial, las personas que trabajan por horas o días de esta manera, deben pedir permiso al dueño de la mina, o en otros casos se van a lugares que ya han sido abandonados o a los ríos.

Además hay una variedad de oficios que las personas alternan, cuando lo de la minería se pone difícil, se tiene sembrados en la parcela que cada uno posee, los cultivos son de pan coger (para el propio consumo), aunque algunas personas aprovechan para vender sus excedentes en las veredas cercanas o a sus vecinos, se siembra ñame, arroz, maíz, plátano de diferentes clases (hartón, dominico, popocho, manzano, bocaite de la reina, mafufo), yuca, batata, en la zona se encuentran árboles frutales como la guayaba, mango, guama, limón (mandarino, criollo y bejuco). Se crían animales como gallinas, cerdos, patos y pavos, si bien algunas mujeres cultivan su tierra, este es un trabajo principalmente de hombres, lo de las mujeres es la crianza y cuidado de los animales, las labores del hogar y el cuidado de los otros, sin embargo, hay mujeres que por ser cabeza de familia o al estar su marido lejos se ocupan de la siembra y también de barequear.

Algunas personas se ocupan en agricultura, o sea, siembran yuca, plátano, ñame, maíz y otras personas son mineros a pequeña escala que se dedican al bareque, o sea mazamorreo también que les dicen, es como una batea y pala. Y otros se dedican a sacar madera, pero entonces se van a sacar madera por allá por Nueva Esperanza, son madereros, pero se van toda la semana a la Esperanza y vienen los fines de semana...también lo hacen las

mujeres... mi persona también nos gusta, también cogemos machete, sembramos, limpiamos, fumigamos con una bomba en la espalda y todo eso también lo hacemos nosotras las mujeres. (Ent34)

Otras ocupaciones tienen que ver con proyectos productivos que instituciones como Corantioquia traen a la región, la apicultura es uno de ellos, así como el de rastrojeras (cuidado de las fuentes hídricas a partir de la arborización de cuencas). Sin embargo, algunos habitantes no le ven ganancia inmediata a proyectos como este, que tardarían muchos años, y no podrían sacar provecho de la tierra de otra manera:

Igual la rastrojera, uno mete dos pedazos de tierra a las rastrojeras, sembramos los árboles y ya más nunca volvieron... ya eso sembrado hay que hacerle mantenimiento y ya más nunca volvieron... para mí eso en parte es un perjuicio, porque en la tierra se puede hacer otra cosa... (refiriéndose a los árboles maderables) Pero para yo sembrar un árbol que me va a producir dentro de treinta años y si no hay acompañamiento yo no voy a dejar esa tierra treinta años. Entonces no le gusta a uno. Pero cuando iniciamos si porque le iban a dar subsidios, subsidios por las tierras le iban a ayudar, se iba a beneficiar en algo, pero mejor dicho, yo qué hago con ese árbol sembrado y esperar treinta años... ese proyecto era de una asociación y varias entidades. Esa asociación yo creo que desapareció, se llamaba "sobregan"... Entonces yo no le veo beneficio a eso. Y así muchos, que llegan los beneficios o los proyectos y no lo llevan a cabalidad. (Ent15)

Instituciones como Asobosques (Asociación de Productores de Familias Guardabosques de la Cuenca del Río Nechí) promueven proyectos productivos

como el de apicultura, las familias tienen abejas en algunas de sus parcelas donde hay árboles, para lo cual recibieron capacitación e insumos, la miel la comercializan de manera informal, fenómenos como el largo y fuerte verano han afectado la producción de la miel, por lo tanto algunas personas han desistido de continuar con el proyecto.

(la miel) en las botellas, Y así la vende uno. Aquí en el campo la vendemos a diez mil. Y ya como a veces uno tiene que sacar eso para afuera ya la deja a quince mil la media...es purita y ha salido de buena calidad. (ent33)

Otros habitantes son pequeños finqueros que tienen la posibilidad de tener ganado y mulas para la arriería, que se ocupan principalmente en el transporte de madera, dan empleo a personas de la zona que trabajan por el jornal, en actividades de la finca en el cuidado del ganado y de cultivos.

4.3.3. Composición familiar

Las familias de Villa Grande tienen en promedio cuatro integrantes, aunque hay algunas viviendas donde viven los padres con hijos y nietos, sin embargo, cuando una pareja joven decide iniciar su propia familia construyen o consiguen donde vivir independientemente, se inicia la convivencia muchas veces en un solo cuarto que arman con madera y techo de zinc en el predio de los padres de uno de los dos, la unión libre es frecuente. Las personas pueden tener varios compañeros o compañeras a lo largo de su vida, y se evidencia sobre todo en las personas mayores permanencia con la pareja de hace muchos años. En Villa Grande podría decirse que la mayor parte de la población son mayores, los niños son pocos y los jóvenes cuando ya pasan al bachillerato, se van al pueblo estudiar y viven donde familiares.

En el Pedral por su parte las familias son más grandes llegando a contar viviendas con hasta nueve habitantes, las viviendas son mas tipo finca aisladas las unas de las otras, donde viven los padres con sus hijos y nietos, otros hermanos o familiares de edad avanzada.

Como se mencionó antes, los hombres se ocupan de las actividades agrícolas, en minería o jornaleando, mientras las mujeres permanecen más en la vivienda ocupadas de los quehaceres de la cría de animales y el cuidado de los hijos.

Al entrevistar a algunas mujeres se evidencia timidez y se nota que en presencia de sus maridos se abstienen de hablar abiertamente y gestualmente parecen pedir consentimiento de lo que dicen a ellos, también hay una aprehensión por dar su opinión, manifiestan no saber, que no han estudiado, se debe aclarar que son opiniones de acuerdo a su propia experiencia, he notado que la grabadora pasa a un segundo plano, la timidez es más por las primeras causas mencionadas, sucede esto más con mujeres jóvenes, los hombres son más abiertos para hablar sobre estos temas (Diario de campo, mayo 2016).

4.3.4. Actividades religiosas y recreativas

En esta región las personas son muy creyentes, principalmente en el cristianismo, en las veredas hay más presencia de iglesias cristianas y evangélicas que católicas, aun así, hay cierto sincretismo, pues quienes practican el catolicismo hacen parte en ocasiones de los rituales de la iglesia evangélica, a los cuales acuden cuando hay alguna situación negativa para la comunidad, como lo comenta una líder:

...Por lo menos se escucha, dicen que en tal vereda llegó cierto grupo armado e hicieron masacre, o que están haciendo salir la gente, entonces ya llegan los rumores a Villa Grande, el pastor empieza a decir: “bueno, vamos a convocar a toda la comunidad”. Y nos dice: “vamos a ayunar por este propósito así, y así”, y todos nos vamos. Y en Villa Grande como te puedes dar cuenta casi en todas las comunidades han matado gente y en Villa Grande gracias a Dios nunca. Lo mismo en todas las comunidades colocan los grupos al margen de la ley sus pendones, y en Villa Grande no porque cuando nosotros nos enteramos de que vienen los grupos armados colocando los pendones ayunamos para que eso no se dé, y no se da (ent34).

La religión en este caso, propicia la unidad comunitaria, a través de ella, se pide a la divinidad por la ayuda para afrontar situaciones de temor, de protección del terruño y de quienes en el habitan. La iglesia cristiana pertenece a la corriente cuadrangular evangélica, en cada vereda hay una iglesia cristiana, en el Pedral el pastor vive ahí mismo con su familia, mientras que en Villa Grande el pastor visita la vereda tres veces por semana.

El tiempo libre en la vereda se pasa de diferentes maneras, sentarse hablar en la parte de afuera de las casas con los vecinos y familiares, tirarse en la hamaca, en el día salir a pescar, los chicos y mujeres gustan de irse a refrescar en las quebradas, es común que los hombres se vayan para la cantinas o tiendas de las veredas o de otras veredas cercanas, el fin de semana los hombres jóvenes se reúnen a jugar fútbol, conversar. En las noches las personas que tienen televisor y cuentan con televisión pagada, ven programas como realities, noticias y novelas, algunos vecinos se pasan donde los que tienen televisor para ver los programas de la noche, son espacios de socialización para comentar las noticias, los problemas propios y los colectivos, espacio para enterarse de los “chismes” de la localidad (diario de campo, 16 de mayo de 2016).

Hay eventos familiares que terminan siendo de carácter comunitario como son la celebración de cumpleaños, los bautizos y matrimonios, se realizan campeonatos de fútbol interveredales que se juegan los domingos, de tal manera que las personas puedan desplazarse de una vereda a otra a apoyar a su equipo.

4.3.5. Problemas de las comunidades

Parte de las necesidades más urgentes de las comunidades de Villa Grande y el Pedral es la mejora de las viviendas, la necesidad de que sean construidas con mejores materiales, como se describía antes, los actuales no brindan una adecuada protección frente a fenómenos naturales, animales o enfermedades.

Bueno en gran parte las viviendas, la mayoría tenemos la vivienda muy mala, si porque el plástico es una cosa que no aguanta los Huracanes que hacen por aquí, porque uno está dormido fresqueramente en su casa y viene un huracán de esos y deja a uno ahí en la intemperie llevao, y uno va a buscar el plástico cuando lo quiere poner, ya uno se mojó ya. (Ent09)

Otro de los problemas tiene que ver con los recursos hídricos, por un lado la afectación que genera la actividad minera que se realiza en la zona en el caso de Villa Grande, si bien la comunidad tiene la ventaja de contar con varios riachuelos y quebradas que la cruzan, algunos de ellos ya están contaminados, se trabaja actualmente en el cuidado de las cuencas, sobretodo aquella que surte el acueducto veredal. En este sentido, hasta hace poco la tala de árboles se había convertido en un problema, ahora se trabaja en un proyecto que ellos llaman de rastrojeras, a la vez que se reforestan zonas antes afectadas por la explotación maderera, se cuidan las cuencas de quebradas y nacimientos:

La tala de los bosques porque la gente empezó talando indiscriminadamente tumbando mucha madera. Pero ya ahora la gente está consiente. Decidieron por si mismos ya dejar de talar los árboles porque se dieron cuenta de los desiertos que estaban creando (Ent34).

En el caso de El Pedral, no se cuenta con acueducto propio, sus habitantes deben traer el agua de una quebrada cercana a través de mangueras, por lo tanto, recogen agua cuando se puede, pero en épocas de verano la situación se pone más difícil para obtener líquido. Tampoco se cuentan con tazas sanitarias contrario a Villa Grande donde hace tres años se gestionó un proyecto que instaló en casi todas las viviendas de la comunidad unidades sanitarias con pozo séptico.



Fotos 3 y 4. Centro de la vereda El Pedral (tomada por Marcela Orozco, mayo 2016)

De otra parte, el tema de las vías es preocupante, las carreteras son muy erosionadas por el constante paso de transporte pesado, el invierno y la falta de mantenimiento las hace a veces intransitables teniendo en cuenta que la mayoría de personas que por ellas se movilizan lo hacen en moto. De otro lado como las vías son a travesadas en varias partes por quebradas, en época invernal estas se

crecen y hacen imposible la salida de las veredas, las comunidades han ideado puentes de madera para poder pasar en moto o a pie las quebradas, aun así, se crecen se debe esperar a que baje la corriente (diario de campo, mayo 2016).

En tanto las necesidades en salud, los líderes manifiestan lo siguiente:

Aquí debería haber si quiera un centro de salud, pongamos siquiera allá en la Bonga que nos quedaba a nosotros más cerquita porque es que muchas veces uno no va al pueblo por el problema de los pasajes que son costosos, si uno tiene 50 mil pesos se le van a uno 40 mil en pasajes y eso porque le rebajan los conocidos y le deja a uno en eso, le quedan a uno 10 mil pesos, en cambio si hubiera un centro de salud aquí en Villa o allá En la Bonga, entonces uno se va bien madrugaito llega uno y lo atiendan, no estando uno pues tan mal, porque ya estando muy grave ahí si le tengan que llevar al pueblo, este usted con plata o este sin plata, porque ahí si es necesario. (Ent09)

Las dificultades económicas determinan las decisiones que las personas deben tomar alrededor de su salud, en este contexto se deben sortear por un lado los costos de transporte, que son altos, además de los tiempos de espera en el hospital para poder acceder a una cita, por tanto esto se traduce en tiempo que las personas deben pasar en el pueblo y por ende los gastos de alimentación y estadía en caso de que la cita se demore o ir a la vereda y regresar.

...De pronto no hay pasaje para ir ¿cierto? ... Hay sesenta para ir y venir, fuera del agüita o la sopita o la gaseosa y se necesita... Cuando vaya al médico o cuando vaya al hospital, pero la mayoría de las veces se paga particular...porque es que uno vive muy ocupada para ir (Ent13).

En este sentido el acceso a los servicios se convierte en un reto para los habitantes de las zonas rurales, como se mencionó, la calidad de las vías, los recursos económicos, hacen que las personas inicialmente recurran a lo que tienen a mano para solucionar sus problemas de salud.

4.3.6. Organización social

Inicialmente Villa Grande estaba organizada como una Junta de Acción Comunal (JAC), luego de 2006 se iniciaron las gestiones para constituirse como una entidad territorial afrocolombiana, es decir que son poseedores de manera colectiva de su territorio, auto reconocidos como Consejo Comunitario Afrocolombiano obtuvieron el título en el 2011 tal como lo dispone la ley 70 de 1993, la cual reconoce derechos a grupos étnicos en los ámbitos cultural, organizativo y territorial (Gallo, Gallo & Carmona, s.f.).

En el 2006, ya empezó a hablar de consejo comunitarios y a decir que si nosotros queríamos era mejor que nos conformáramos como consejo comunitario porque el Estado iba a declarar todas esas tierras parque nacional. Entonces que la única forma que a nosotros no nos quitaran nuestras tierras era constituyéndonos como consejo comunitario. Y entonces empezamos a hacer las vueltas, ya dijimos que no iba a haber junta sino consejo comunitario... Que ya nos dieron un título, tenemos una resolución y todo lo tenemos al día y lo tenemos en orden... Y entonces con eso que nosotros tenemos ya el Estado no puede declarar los terrenos de nosotros como parque nacionales, porque ya nosotros somos dueños de la propia tierra (Ent34).



Foto 5. Kiosko Vereda Villa Grande (tomada por Marcela Orozco, enero 2016)

Es así como la comunidad define la distribución del territorio y la forma de gobernar en él, a través de una junta directiva y un representante legal quienes se rigen por un reglamento; cuando se presenta algún asunto que pueda perjudicar a la comunidad, se hace una asamblea: inicialmente solo la junta directiva, luego se cita la comunidad y se socializan los puntos acordados por la junta, en este punto la comunidad en general es informada y pueden votar para tomar una decisión final; un caso por ejemplo es que otras personas de afuera pueden llegar a vivir a la vereda, previa autorización de la junta, se consideran las intenciones del solicitante, quien puede cultivar la tierra y vivir ahí si se ha acogido al reglamento.

Nosotros nos volvimos consejo comunitario, pero en si, cada uno tiene su finca, cada uno tiene su terreno. Por lo menos la señora C G. tiene una finca que tiene 162 hectáreas y los Toro que dice uno, que son los hijos del señor Santana Toro que es difunto, tienes un terreno que tiene casi 300 y así cada quien tiene su pedazo de tierra. Y entonces el que no tiene, nosotros le damos tierra para que siembre, nosotros no le regalamos la

tierra si no que le damos un pedazo de monte para que él lo mande a organizar y entonces pueda sembrar su comida para poder coger como arroz, yuca, ñame, plátano. (Ent34)

Las personas que viven por temporadas en la localidad y han sembrado, pueden negociar con la junta directiva las mejoras al terreno, la compra de productos fruto de lo que ha cultivado, también si alguien de afuera quiere montar algún negocio en la localidad, o realizar explotaciones mineras en el territorio, debe someterse a la aprobación de la comunidad a través de la junta directiva; en este último punto, se ha presentado un dilema para la comunidad y de responsabilidad ya que al contar con un título de tierra como consejo comunitario, según la ley no puede ser explotado y al contrario debe ser cuidado en lo ambiental por quienes lo habitan; sin embargo, al faltar en la zona fuentes de trabajo, algunos líderes han permitido el tema de la minería para beneficio de la comunidad:

Por decir para la minería también deben pedir el permiso y ahí también como es una comunidad que falta de recursos ...para la alimentación, o sea, una comunidad bastante pobre, aunque pobre ya no porque digamos la gente ha surgido ya, ha vuelto a coger y a trabajar y a pensar en salir adelante y conseguir sus cosas. De todas maneras, una maquina llega y pide tres millones a la persona, se le paga un porcentaje, y esa persona recibe eso. Bueno, entonces a la comunidad también se les da un porcentaje. La persona le da un incentivo a la comunidad. (Ent10)

Si bien la vereda se ha conformado con personas que han llegado de diferentes puntos del país y del departamento, ellos han decidido en el contexto donde actualmente viven, autoreconocerse como afros, tal como lo comenta una líder:

...bueno, tú sabes que eso es como tú te auto reconozcas, por lo menos yo soy negra... y si yo digo que yo no soy afro si no que soy mestizo, es como yo me auto reconozca. A ellos se les hizo la reunión y se socializaron las cosas como iban a hacer, y uno mismo sin haber hablado con ellos antes, uno les pregunta: “¿y usted cómo se considera?”. –“pues yo soy afro, porque yo vengo de una mezcla, y además soy moreno y nuestros antepasados eran de África, eran africanos”, y así...no todos se ven morenos porque como usted se pudo dar cuenta, hay unos que son indígenas allá, y ellos dicen que son afro, que ellos no son indios porque ellos no quieren pertenecer a esa etnia ni se reconocen como eso. Entonces nosotros los acogimos como afros porque como te puedes dar cuenta hay una libertad en ese caso, es como uno se auto reconozca. (ent34)

Actualmente hay diez consejos comunitarios en el Municipio, los cuales se vienen organizando para conformar un consejo mayor de comunidades étnicas, de tal manera que fortalecidos colectivamente puedan gestionar recursos para diferentes proyectos en la zona rural del municipio, como un primer proyecto vienen trabajando en la creación de una emisora comunitaria.

En el caso de El Pedral están organizados de manera diferente, a través de una Junta de Acción comunal que contaba (para el momento en que se hizo el trabajo de campo, primer semestre de 2016) con un presidente, vicepresidente, tesorera y secretaria; los habitantes manifestaban la necesidad de gestionar más proyectos y recursos para la comunidad, sin embargo, las comunidades se enfrentan a la voluntad política de las administraciones de turno para poder desarrollar proyectos:

Lo que pasa es que eso también es gestionar y otra que lo puedan ceder. Eso es una cantidad de cosas, esa es una necesidad que hay en esta vereda o en muchas veredas las necesidades que hay. Y viene esta administración y viene la otra y eso es lo uno y lo otro y este promete y no cumple y viene el otro: “no, yo si hago lo que el otro no hizo”. Y seguimos en las mismas. (Ent15)

También es cierto que la falta de liderazgo y acompañamiento de comunidades cuando se hacen propuestas hace que aunque lleguen proyectos y programas a la vereda estos no tengan permanencia y continuidad debido al poco interés de los propios habitantes quienes serían los mayores beneficiarios.

Depende en gran medida de la gestión de los líderes y como estén organizadas las comunidades, en municipios como El Bagre la presencia institucional es muy alta, sobretodo de entidades o programas nacionales que buscan la autosuficiencia de las comunidades en términos alimenticios, así mismo proyectos ambientales y productivos como la cría de pollos y cerdos, que muchas veces no encuentran eco en las comunidades para su permanencia.

En este momento llegó a la comunidad un programa del PNA, en este momento no me acuerdo qué significan esas siglas, como plan nacional de alimentos, fueron a visitar a Villa Grande y dijeron que nos van a apoyar con unos mercados a partir del mes de julio, a todo el que se encontró ese día en la comunidad se le dio el beneficio, porque a los que no estaban no pudieron entrar porque necesitaban a la propia persona... Porque como en Villa Grande se ha puesto muy costosa la fuente de empleo y eso, entonces la gente se va para otras partes y en el momento no estaban ahí, entonces no pudieron entrar. También ha habido programas y proyecto de

rastrojeras, de caucho. En Villa Grande ha habido muchos programas. También llegó un programa de siembra de yuca y ñame, ese fue por parte de la Gobernación de Antioquia. (Ent34)

Así mismo proyectos que buscan la mejora de las viviendas y otro de piscicultura son algunos de los que están en espera de ser aprobados por parte de la administración municipal; la cantidad de proyectos que llegan a Villa Grande hablan de la importancia de tener líderes que trabajen en la gestión, pero sobre todo de comunidades receptivas y comprometidas, es tal vez esta una de las grandes diferencias con el Pedral, donde aún hay una comunidad poco apropiada y organizada de sus necesidades y de cómo pueden organizarse para resolverlos.

5. LA TRANSVERSALIDAD DE LA FIEBRE

La fiebre es un fenómeno antropológico. Esto quiere decir que como experiencia humana, se vive, se describe y se interpreta individual y colectivamente, considerar el fenómeno desde este paradigma, requiere visualizar los caminos, las guías, la ruta, el derrotero; finalmente el itinerario que da inicio con la aparición de la fiebre en las veredas de El Pedral y Villa Grande. Podemos entender entonces que la fiebre trasciende la comprensión estricta del aspecto clínico y se sumerge como objeto de conocimiento y significación para los sujetos y colectivos. Examinar esta perspectiva epistémica, significa valorar las narrativas de los sujetos y colectivos, las relaciones entre experiencias, vivencias, contextos socioculturales (simbólicos) y búsqueda de atención y cuidado (Gerhardt, Burille, & Leite, 2016).

Considerando lo anterior y relacionándolo con los hallazgos, se puede entender por itinerarios terapéuticos de la fiebre (ITF) (Silva, Sancho & Figueiredo, 2016; Nunes & Esteves, 2006; Iorio, 2005; Gerhardt, 2006) los saberes, las prácticas y personas que se ponen en marcha para la atención del fenómeno de la fiebre y los caminos que recorren en búsqueda de cuidado, atención y tratamiento para recuperar un estado óptimo de salud dentro de los sistemas médicos que les están disponibles en su entorno y que operan para lograr dicho objetivo.

Dicho esto, el itinerario terapéutico de la fiebre en dos comunidades rurales del municipio El Bagre, Bajo Cauca antioqueño comienza con su aparición. La fiebre es un indicador para que la gente se active y diga que algo está pasando (Silva et

al., 2016; Iorio, 2005). Itinerario es un proceso que comienza en el momento en el que las personas empiezan a sentir algo y dicho malestar es compartido, esto es, manifestado o expresado y en donde se busca ayuda inicial en el contexto hogar y priorizando el género femenino. Si con la ayuda inicial no se resuelve, se despliega una serie de posibilidades como recurrir a criterios de vecindad, que bien puede ser parte de la red parental o no, pero que también hace parte de las posibilidades. En situaciones donde no se pudo resolver la fiebre con las primeras ayudas, se da inicio a un estado liminal⁵, indeterminado o indefinido, en donde la espera a la aparición de otros síntomas o desaparición de otros permita abandonar dicha liminalidad y adherirse a sospechas; finalmente, se activa una nueva etapa de procedimiento que puede involucrar la toma de la muestra (puntos de toma de gota gruesa), y/o tratamiento farmacológico, tratamiento tradicional, tratamiento etnobotánico o una combinación de estas según lo determinen las guías y rutas del itinerario y que hacen parte de la oferta de los sistemas de salud en el territorio.

Cuando la fiebre hace su aparición en El Pedral y Villa Grande, comienza una etapa de identificación de los posibles motivos y origen:

Porque vea como uno tenga el estómago indigesto con comida o esas cosas, es decir le produce a uno muchas cosas como dolor en el cuerpo y esas cosas y viene la fiebre, también tomar uno mucho sol y de ahí uno meterse al agua fría también le produce fiebre, de la gripa principalmente también, el paludismo, de muchas cosas le da a uno fiebre, pero nosotros tenemos en cuenta que hay muchas cosas que producen la fiebre. (ent09)

⁵ Victor Turner (1980), retomando las ideas de Arnold Van Gennep (1967) propone que los “Los ritos de pasaje pueden ser considerados, ante todo, como un proceso de transformación... Un sujeto (individual o colectivo) atraviesa las fases de: separación (acto simbólico para indicar que ya no pertenece al estado en que se encontraba), margen (o limen; período de transición en la que la posición social se hace indefinible) y agregación (se hace efectiva la nueva situación social)”. (p.104). Este tipo de analogías empezaron a utilizarse en las áreas de la salud, pe., con Eving Goffman (1972) con su *carrera moral* del paciente (psiquiátrico).

5.1. El aspecto territorial de la fiebre

Considerar la zona rural del municipio de El Bagre como zona endémica para Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), significa pensar en condiciones territoriales que tienen que ver con estereotipos relacionados con el trópico: los insectos, precariedad en la red de servicios de salud, dificultades para el transporte y movilidad en general, desigualdades socioeconómicas y para la mayoría del contexto rural colombiano, de violencia asociada al conflicto interno. Estas condiciones encasillan con limitaciones reales en bienes y servicios, materializados principalmente en dificultades en el transporte, en la infraestructura y en especial de la red de servicios de salud.

Vivir en una zona endémica también significa que el medioambiente y el territorio son un actor importante en la aparición de la fiebre en las veredas. Al ser territorio propicio para la proliferación de enfermedades tropicales, las personas a través de su cotidianidad, identifican una variedad de factores que intervienen en sus entornos para favorecer la aparición de la fiebre, en especial, aquellas relacionadas con vectores y de gran protagonismo el paludismo. Algunas enfermedades que están “al aire”, pasajeras pero que llegan a un lugar por temporadas, le da a muchas personas e incluso a varias en una misma vivienda. Están en el entorno y todo el mundo habla de ellas, porque les ha dado tanto a ellos mismos como a algún familiar o vecino. Considerar el medioambiente como un actor se entiende entonces como un agente que participa activamente en la aparición o no del fenómeno, no solamente por ser quien alberga los nichos que garantizan la supervivencia de los vectores, sino porque puede ser movilizador de importantes cambios derivados de la interacción humana, por ejemplo, la minería.

5.2. Etapas del Itinerario terapéutico de la fiebre

5.2.1. Activación

Todas estas condiciones se mencionan por el hecho que una vez aparece la fiebre en El Pedral y Villa Grande se activa una alarma en las personas que los motiva a buscar ayuda siguiendo un patrón en el cual se recurre primero a la madre o alguna otra mujer de la familia, seguido de personas mayores aludiendo manifestar síntomas de fiebre. En este momento, se activa una red de conocimiento, atención y sospecha.

La respuesta ante la aparición de la fiebre se inscribe en una red parental y de vecindad (y puede ser común que una no excluya la otra) y se compone por lo general de un tratamiento mixto farmacológico y botánico; este último, no necesariamente entendido como la ingesta de infusiones de plantas sino también puede ser baños con hierbas (plantas medicinales) en esos casos se cogen siete plantas.

Cuando uno se moja así sofocado y le da fiebre, coge siete plantas y las cocina y le hecha tres cucharas de sal de cocinar y se baña, con ese baño [...] la sal es el que saca el pasmo. Porque eso es un pasmo [...] Y esta es la hora que todavía siento un poquito pero yo cojo plantas y me hago mis baños y ya se me quita [...] tuve una planta que se llama Santa María y otra que se llama Cordoncillo y otra Gavilán. Y esas tres, yo cogí tres, más la sal y lo hierve y ya lo que hace es aplicárselo, la cantidad que uno ve [...] para echarse de agua y ya [...] Pero uno coge limoncillo, la “verserosa”, el toronjil. Que son cinco plantas [...] Y uno coge y antes de echarse la primera totuma de agua, se toma tres tragos de esa (Ent03).

Con respecto al tratamiento farmacológico inicial, comienza con la ingesta de acetaminofén o ibuprofeno ante la aparición de la fiebre y la inclusión de otro tipo

de medicamentos tanto farmacológico como botánico depende de la respuesta de mejoría. “Si la fiebre me empezó y yo me tome acetaminofén es porque me iba a dar gripa o algún otra afección que no trascendió” (Diario de campo, Marzo 2016).

Una vez tiene aparición la fiebre y tras el consumo de acetaminofén y algunos tratamientos botánicos, si la fiebre continúa, se inicia una etapa liminal caracterizada por la espera de la desaparición de la fiebre o la emergencia de otros síntomas; posterior a esto, se da una etapa de sospecha en el que la red de personas y conocimientos intenta identificar el tipo de fiebre. La fiebre como objeto de itinerario terapéutico aparece como un importante factor de intersubjetividad. La familia como escenario social y terapéutico primario (Leite & Vasconcellos, 2006) es el primer lugar de asistencia del enfermo, primer escenario del itinerario terapéutico: “en la práctica cotidiana, las madres, y sus familias, utilizan informaciones de sectores biomédicos y populares para la constitución de su estructura de apoyo en la sobrevivencia del grupo” (Leite & Vasconcellos, 2006, p.117).

Se despliega entonces una serie de rutas que van desde la posibilidad de padecer una Enfermedad Transmitida por Vectores ETV en donde tiene un lugar protagónico el paludismo, a algo incluso considerado más grave y que requiera de atención en el Hospital de la cabecera municipal. En todos los casos, la experiencia de enfermedad (Rabelo, Alves & Souza, 1999) juega un papel importante en la red de construcción de conocimientos del ITF a través de las referencias personales y familiares (Leite & Vasconcellos, 2006) o porque bien ya lo ha padecido.

5.2.2. Autoatención

Como he venido mencionando con la activación del ITF se despliegan varios periodos, etapas o momentos que están relacionados con la desaparición o no de la fiebre y con la emergencia de otros síntomas. El segundo momento del ITF guarda estrecha relación con lo que Menéndez (2009) define como la autoatención:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales. (p.52)

Es la segunda actividad que el sujeto o grupo social realiza respecto de los padeceres, situación que no incluye ningún curador profesional, más bien involucra una red inmediata que pueden ser los familiares, vecinos o compañeros de trabajo (Menéndez, 2009; Leite & Vasconcellos, 2006) y que también es conocida como “Formas de entre-ayuda” (Gerhardt, 2006, p. 724). Se limita entonces al ámbito de la persona y el grupo familiar o más inmediato, por tanto no ofrece la posibilidad de trascender a otros ámbitos de la vida comunitaria o a lo institucional. Frente a los hallazgos, encuentro que ambas veredas tienen redes parentales extensas. Las características son pluriétnicas: muy poca presencia indígena (Zenúes) aunque territorialmente limitando con algunos resguardos, y en su mayoría colonos mestizos y afrodescendientes quienes tienen cierta representatividad política en Villa Grande. Podría decirse que ante la aparición de la fiebre hay una etapa de autoatención que recurre a la red parental y a criterios de vecindad, sin embargo, es difícil explicar en estos contextos, la imagen de un curador profesional, por varios motivos.

Primero, es difícil establecer una vara de medida para determinar la especialización del curador cuando el conocimiento es tanto distribuido por características territoriales y cotidianas, como escalado, esto es, cuando se llega a los límites en los conocimientos y prácticas de quien lo padece en primera instancia, seguido de la búsqueda de ayuda de preferencia una mujer y en la mayoría de los casos la madre, para la identificación y tratamiento de la fiebre, se recurre a quien “sabe” conoce y puede ofrecer ayuda que bien puede ser un vecino que puede ser familiar o no.

Y segundo al ser un contexto pluriétnico, hay presencia de sistemas médicos, lo que posibilita la presencia de diferentes tipos de especialistas y tratamientos y la identificación de estos es patrimonio local. Debido a esto, considero que esta segunda etapa es una autoatención difusa, ya que el itinerario siempre está en búsqueda de tratamiento, de un especialista, considerando que el mismo febril es sabedor por las condiciones territoriales anteriormente descritas. Difusa o no, una vez terminada la etapa de autoatención se abren varias rutas posibles que están determinadas por la desaparición de la fiebre, la identificación de otros síntomas y la elección y ejecución de tratamientos.

Para la medicina biomédica, son factores negativos el retraso en la búsqueda de atención, la automedicación y el tratamiento en el hogar. Esto puede ser producto de la falta de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como de las condiciones políticas de quienes se inscriben bajo estos términos (Majaj et al., 2013). Sin embargo, ninguna de estas condiciones son las que se observan en la ruralidad bagreña estudiada. Por un lado, la región ha tenido presencia institucional por ser región endémica en acompañamientos como por ejemplo el programa regular de ETV de la Secretaría Seccional de Salud y protección social de Antioquia (SSSPSA), incluso en estrategias de vanguardia

como la comunicación para la movilización social (COMBI)⁶, por lo que no podríamos hablar de un asunto de ignorancia; por otra parte, considerar estos conceptos significa desconocer e ignorar todos los conocimientos y saberes en relación al fenómeno de la fiebre de los pobladores de las veredas estudiadas, ya que esto nos aparta de la perspectiva de itinerario terapéutico de la fiebre al desconocer las realidades contextuales que están amparadas bajo dimensiones socioculturales y territoriales que la mirada miope de la medicina biomédica peyorativiza y vela (Menéndez, 2005).

5.2.3. Liminalidad y sospecha

Considerar la fiebre como un fenómeno antropológico no solamente significa la transversalidad del fenómeno sino también la posibilidad de visualizar características que permite esta perspectiva. La etapa de sospecha, posee una vasta similitud con lo que en la antropología simbólica se ha denominado liminal. El estado liminal se caracteriza porque no hace parte ni de lo uno ni de lo otro. Para efectos del caso significa que durante el itinerario terapéutico de la fiebre ITF, el estado de sospecha posee características liminales, esto es, que es un periodo donde el colectivo involucrado en el tratamiento, identificación y ejecución de procedimientos según los síntomas manifestados de la fiebre, sitúa a quien padece la fiebre en un estado que no es el que puede ser considerado como óptimo en salud, pero tampoco es alguien que tiene un padecimiento o enfermedad definida, en este caso, sospecha de una ETV principalmente de paludismo o de enfermedades asociadas al consumo de agua no potable y asociado a todas las condiciones llamadas endémicas de los individuos y colectivos que desenvuelven su cotidianidad frente a la exposición y eventual aparición de fiebre.

⁶ Combi, ver: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75170/1/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf

Al respecto, es importante mencionar que frente a la fiebre existe un comportamiento que puede ser metaforizado con una proxemia. Esto es, que así como existe la fiebre-fobia como un comportamiento de miedo excesivo ante la fiebre (Razón, 2011), en las veredas estudiadas hay lo que podríamos llamar una *filofiebre*⁷, caracterizada por la poca atención que se le da a esta durante el periodo inicial de aparición. Se trata de una cuestión de distancia, ya que en situaciones de fiebre fobia se desea la fiebre lo más alejada posible, al punto que su presencia genera conductas de excesiva alarma, para una situación de filofiebre la presencia de ésta por el contrario, no genera mayor signo de alarma ya que puede ser algo que puede hacer parte de su experiencia cotidiana.

Yo no soy amante a la fiebre tampoco, yo he sido más del dolorcito de cabeza o a veces cuando sufría de la presión, aunque si me ponía mal. Imagínese a mí me da paludismo y no me siento fiebre (ent33).

La siguiente etapa del ITF viene posterior a la sospecha. Esto quiere decir que es un periodo de circunscribir la sospecha a un proceso en el cual los sujetos febriles buscan, seleccionan, usan y evalúan rutas, medidas y tratamientos acordes a su padecimiento. Y, más que un proceso inmóvil y unidireccional es un proceso cambiante en el cual se incluyen los procedimientos y peculiaridades como los individuos organizan y responden a su estado febril y demás síntomas emergentes, teniendo en cuenta las posibilidades de atención existentes en su entorno territorial así como los recursos económicos, sociales y simbólicos que disponen. Este es un momento coyuntural, debido a que se trata a un momento en el que intervienen las interpretaciones tradicionales, el bioclima y la microbiología.

⁷ Si lo nombramos como fiebrefilia tergiversaría la idea al estar asociado el sufijo con las parafilias.

5.2.4. Temporalidad y tipo de fiebre

La principal característica en la identificación del tipo de fiebre es la temporalidad (frecuencia) con la cual aparece. Durante el periodo de sospecha, comienza a observarse como la fiebre puede estar asociada a algo más: “fiebre en relación a” (fiebre nocturna, fiebre de riñones, fiebre de paludismo). En el análisis de los hallazgos, me fue posible agrupar esta información en dos grandes categorías, la primera, una fiebre interna, profunda, entrañada, que está relacionada con el mal funcionamiento del cuerpo, un “fogonazo”⁸ que viene de adentro. La segunda en cambio, es una fiebre que está relacionada con factores externos, entre los que se destacan el clima, la polarización térmica, y microbios, bichos o virus para usar la referencia de Lupton (2012).

5.2.4.1. Fiebre por paludismo (externa)

Se caracteriza “porque da por días y a ratos”, además se acompaña de “escalofrío y dolor de cabeza”; caso en el cual, las personas esperan dos o tres días y en caso de no desaparecer los síntomas visitan un sitio de toma de muestras o acuden al hospital.

Como cuando uno tiene paludismo...cuando uno no tiene paludismo le da y se le pasa y no le queda nada a uno, cuando uno tiene paludismo se le pasa pero le queda el dolor de cabeza que no se le pasa a uno (Ent02) [...] hay veces que uno le da fiebre dos, tres o cuatro días se le hace cualquiera

⁸ Las metáforas tienen la misma fuerza analítica que la de los conceptos, debido a su articulación entre la experiencia del cuerpo, las significaciones que emergen y los elementos performativos característicos de la metáfora y del habla popular, un material y herramienta de gran riqueza investigativa, metodológica y creativa, que permiten entrelazar puntos de vista singulares y sociales expresadas discursivamente en las narrativas, de ahí las palabras finales: “Las metáforas se sitúan y operan en un dominio próximo a la experiencia de los sujetos, articulándola en su transcurso y trayendo algunos de sus elementos a situaciones de interlocución y acción colectiva” (Alves & Rabelo, 1999, p.185).

cosa se le quita, pero hay otras que no, hay que ir al médico porque ya una infección o porque es paludismo (Ent03) [...] Si, la fiebre del paludismo, si le da una infección también y hay veces que una gripa, si las personas se han infectado también les da fiebre. (Ent23)

El comportamiento en búsqueda de tratamiento, se ha sedimentado a través de la experiencia:

Más que todo cuando no tienen sintomatología respiratoria se la achacan a la malaria como sabemos por el lugar endémico en el que nos encontramos y por la cultura porque se les ha tratado de darle a ellos acerca de esta enfermedad que se presenta mucho por la tala de árboles, por la minería ilegal por esto, entonces una de la principales causas es por lo de malaria, y vienen directamente a hacerse una prueba de paludismo (EntM38) [...] cuando ya sienten los síntomas y saben que es paludismo ahí si van a que les tomen la muestra para saber qué tipo de paludismo es. Hay muchos que no, empiezan con el acetaminofén pero cuando ya ven que son síntomas de paludismo se hacen la prueba, y cuando ya les dicen es tal paludismo ya ellos vienen y se compran sus medicamentos, aunque dicen que a veces se los dan en el hospital (EntF36) [...] si ellos saben, porque eso es muy recurrente por acá la gente ya sabe sobre paludismo, ya saben cómo es la dosis algunas veces. (EntF37)

El acumulado de conocimientos sobre la fiebre de los bagreños, considera aquella fiebre repetitiva, esa fiebre que no desapareció, esa “que va y viene”, como una fiebre de paludismo que hay que tratar. Para ello, van es búsqueda de tratamiento farmacológico y su primera opción son las farmacias. Al respecto, el personal de salud menciona:

La lejanía de las veredas al municipio, el difícil acceso, que las quebradas están crecidas, que las personas desgraciadamente son humildes [y] tiene que bajar en caballos o en mulas, y otra es el servicio no oportuno en el centro de salud u hospital más cercano, entonces no hay consulta, a ellos les da cosa venir desde tan lejos pagando [para] llegar acá y que la cita se la den para 3 o 4 días después (EntM38). [...] porque dicen que allá no mandan nada, que mandan lo mismo entonces no van a ir a perder plata en la mototaxi, algunos viven muy lejos o porque no tienen acceso al servicio de la salud, no tienen EPS. Acuden porque a veces no quieren ir a pedir un ficho (EntF37): si, como ya saben qué clase de medicamentos son los que mandan entonces ya vienen acá, se automedican, a veces preguntan y uno les sugiere, pero siempre recomendándole que vaya donde el médico.. “ahh es que allá me mandan lo mismo acetaminofén, ibuprofeno, jarabe para la gripa”. Entonces mejor ellos antes de irse hacer esa larga espera en el hospital mientras los atienden, vienen a la farmacia. (EntF36)

5.2.4.2 Fiebre por gripa (externa)

Si la fiebre se presenta de forma continua se puede pensar en una gripa, en este caso las personas distinguen gripas normales de gripas infecciosas y aún si las descripciones son ambiguas, se aprecia que estas últimas son más severas e incluso llegan a tener asociaciones afectivas:

Hay fiebres que son ocasionados por la gripa que da una infección pero uno tiene que ir es al médico [...] Y también la gripa de infección también es más conocida porque le da más duro a uno y esa lo quiere como [...] bueno. Ya es muy conocido la gripa de infección ya uno trata, ya entiende que: “ah, esta fiebre debe ser porque tengo una infección y entonces voy a ir al médico”. Porque la fiebre normal se calma con acetaminofén, con un baño, una planta. Yo tengo un dolor de cabeza impresionante, eso me da hasta

fiebre y vomito porque me da jaqueca. Mi mamá me hace esto: me mete la rodilla, de aquí de las rodillas para debajo me hecha agua tibia (Ent03) si le da seguido, seguido, carajo, le da fiebre todos los días, qué será, será alguna infección, será gripa. Ya uno no va al médico porque ya uno no le tiene miedo [...] ent33) el paludismo le da fiebre, esa seria fiebre del paludismo, una inflamación que uno tenga también le da su fiebre, pongamos uno viene sudao del monte, bien sudao y se mete en esas aguas frías eso también le da fiebre, también uno se pega por ahí un machucón por ahí y ya uno se entristece (Ent09) [...] si, hay una fiebre que a uno se le disgusta el cuerpo y al rato está bien otra vez, pero hay otras que no. (ent31)

5.2.4.3 Fiebre por infección (interna)

Es cuando la fiebre da por alguna afección de los órganos internos, al que más se refiere las personas son los riñones, que se afectan por el trabajo bajo ciertas condiciones como el uso de botas de caucho todo el día para las labores agrícolas.

O sea yo tengo idea de que la fiebre a veces se da por infección, a veces por paludismo, a veces tiene uno problemas en los riñones también le causan fiebre, la gripa (Ent22) [...] de los riñones...esa no da todos los días, pero es súper alta y además huele mal, la fiebre.(Ent22) [...] como de un inflamación que uno tenga, puede ser en los riñones, infección de gripa también le da a uno fiebre, de varicela también le da a uno fiebre (Ent08). [...] cuando los riñones están inflamados ...también cuando la fiebre es de infección, también es un poco conocida. Porque la fiebre de infección uno se revienta, uno se revienta. Se le revienta los labios. (Ent03) [...] “puede ser una infección en los riñones, una infección en una herida u otras

infecciones del cuerpo que ocasionan fiebre, en parte. Y otras fiebres son producidas por otras enfermedades como el paludismo” Ent15 [...] de infecciones, pues, uno puede estar normal y de un día para otro le puede dar fiebre. Puede ser una infección, puede ser en los riñones que es la que abunda más, en los riñones... será por el calor, como uno usa mucho bota de caucho. (Ent15)

5.2.4.4 Fiebre por resfriado (externa)

Fiebre por resfriado no es una fiebre derivada de una gripe. Es una categoría folk, esto es, una forma de expresión cultural característica de una comunidad (Barfield, 2000, p. 286). Se trata entonces del desenlace de un acontecimiento predecible y es un cambio transgresor de calor a frío. La temperatura promedio es de 37°C (El Bagre, 2017) y bajo tales condiciones no se trata de una acción abrupta sino por el contrario, refrescante pero de conocido riesgo porque tiene como consecuencia una fiebre por resfriado, la cual no es pasajera y se le presta poca atención, siendo esta la típica conducta relacionada con la mencionada filofiebre.

De pronto acá en el campo no sé si será que se tiene resistencia. Porque si, la gente del campo tiene mucha resistencia. No sé por qué será, porque come mucha fruta y eso y muchas cosas así, en cambio los del pueblo apenas les da una fiebrequita se van para donde el médico, no resiste. (ent26)

Es producto de la cotidianidad misma, y este cambio abrupto puede presentarse cuando una persona o grupo, se refresca en un río bajo condiciones de bochorno:

También tomar uno mucho sol y de ahí uno meterse al agua fría también le produce fiebre [...] ahora con estos días que están así, con ese sol tan grande, hay veces que digo yo que no sería fiebre natural sino fiebre producida del clima de la temperatura, así que la fiebre es una de las cosas que más ataca por aquí (Ent09). Si uno se baña y se baña, cada ratico bañándose, como los muchachos salen de la escuela y sofocados salen de allá y caen a la quebrada, esa quebrada es fría, entonces ahí, aquí está un bisnieto mío el otro día le dieron como cinco fiebres pero yo le hice ese baño de las cinco cucharadas de sal y se le quito muy bien [...] ese pasmo es, hay algo que yo no entiendo y es que ese pasmo es frío. Porque uno se resfría. No ve que uno viene sofocado de allá y al mojarse uno se resfría ... el agua es lo hace sentirse como así ¿cierto?. [...] (Ent04) [...] El resfriado, esa es otra de las enfermedades que también ocurren mucho, porque uno acá se sofoca y no se cuida, entonces muchas veces coge resfriado...Por ejemplo viene de por allá lejos caminando y se mete al agua, por aquí hay mucha agua, Entonces eso le da como un dolor en las coyunturas a uno. Uno dice que en los huesos pero esos son las coyunturas, las articulaciones de uno son las que reciben todo eso. Entonces le da tiradera. (ent26) [...] Esa es otra de las enfermedades que también ocurren mucho, porque uno acá se sofoca y no se cuida, entonces muchas veces coge resfriado [...] puede ser también un problema del agua [la fiebre...] porque yo a veces digo que es por el agua [...] Si uno se baña y se baña, cada ratico bañándose como los muchachos salen de la escuela y sofocados salen de allá y caen a la quebrada, esa quebrada es fría, entonces ahí, aquí está un bisnieto mío el otro día le dieron como cinco fiebres pero yo le hice ese baño de las cinco cucharadas de sal y se le quito muy bien. (Ent03)

6. LOS SISTEMAS MÉDICOS Y LA CATEGORIA DE FRIO Y CALOR

6.1.1. Frio y calor: sus implicaciones teóricas dentro de los sistemas médicos

Lo que he denominado un cambio transgresor, abre un debate que inicia en los cimientos de la medicina facultativa. Los pares de oposición entre lo seco y lo húmedo, el frio y el calor, son la materia prima del modelo explicativo de los antiguos galenos. La interacción entre el individuo y su entorno, a escalas grandes o pequeñas, lo que ocurre al interior del cuerpo se precisa que se encuentra en estrecha relación con todo lo que lo rodea y que puede además encontrarse influenciado por él. “En efecto, la vida humana fue entendida por Galeno como una serie de mecanismos fisiológicos que tenían un punto de contacto e influencia mutua con los fenómenos del macrocosmos” (Moreno, 1985, p. 22). Es una idea galénica que se ha sedimentado a través de la historia con el apoyo del microscopio al telescopio, pero que se aleja de la ciencia misma y se convierte en dominio público, especialmente, cuando hablamos de la aparición de una anomalía, de una dolencia, de una enfermedad: “yo misma fui. Y yo me fui para allá, yo como siempre me voy para hacer sembrado y limpiar y vine de aquí para allá y me vine como a las doce y ya el sol estaba muy caliente. Y como tengo que pasar la quebrada, me mojé. Entonces, eso me dio una dolencia” (Ent04).

En el caso de la fiebre, estos “desequilibrios” son más evidentes y el principal síntoma, revelación es el calor, o más bien, en su incremento: “ahora con estos días que están así, con ese sol tan grande, hay veces que digo yo que no sería

fiebre natural sino fiebre producida del clima de la temperatura, así que la fiebre es una de las cosas que más ataca por aquí” (Ent09). A ojos de un galeno estamos hablando de una fiebre terciaria:

Por ello pudo decir de las fiebres tercianas que: se daban en las naturalezas biliosas, al comienzo de la vida y -con mayor relevancia para lo que estamos tratando- en el verano pues «en todas estas condiciones domina el humor bilioso». Igualmente, y en lo que se refiere al país, era mayor su incidencia en tierras y climas calientes y secos, y afectaba preferentemente a personas de vida sufrida y laboriosa, que se alimentaban poco y padecían de frecuentes insomnios (Moreno, 1985, p.22).

Galeno distinguió entre fiebres efímeras y fiebres humorales y hécticas, “relacionadas con las tres estructuras materiales existentes en el organismo humano, respectivamente, aire, sólidos y líquidos (K. VII, 276-281, citado en: Moreno, 1985, p. 20). Para la primera:

Galeno dejó dicho de las fiebres efímeras que eran debidas a una causa productora de calor [...] Esta podía ser múltiple y se corresponde totalmente a la causa aducida en la explicación de cualquier discrasia caliente. Se exceptúa el incremento de calor debido a la putrefacción de los humores ya que era el origen del segundo grupo de fiebres que describimos. En la producción de la fiebre efímera- habría existido, por tanto, una estenosis de poros de la piel; una sobreabundancia de residuos no cocidos, pero que no entraban en putrefacción; determinado exceso en el ejercicio gimnástico o en el trabajo; el contacto con un cuerpo caliente; alteraciones del ánimo, o una condición excesivamente caliente del aire inspirado” [...] La efímera debida a un exceso de trabajo tendría su fisiopatología en una hipertermia ocasionada en el exceso de frotamiento de músculos, nervios o articulaciones [...] Desde estos lugares, la *themsúz* llegaría al corazón por

contigüidad, es decir, transmitiéndose la cualidad caliente. Ese mismo tipo de transmisión explica la aparición de la fiebre por contacto con un cuerpo caliente [...] Por último es el mismo calor innato el que se veía calentado cuando la causa productora de calor era una afección mímica o el aire ambiental (Moreno, 1985, p. 20).

Para las segundas, las humorales y héticas, es cuando

El humor putrefacto estaba circulando, a través del sistema arterial por todo el organismo. La aceptación de este hecho es el único dato del que disponemos para comprender la aparición de los «síntomas a distancia» que aparecen en el estudio de las fiebres, pues, a pesar de la separación del foco séptico, esas alteraciones seguían siendo características de un tipo de humor. Insomnios, penas, reflexión con angustia de espíritu, informaban de la existencia de una fiebre terciana, etc. [...] El tercer tipo de fiebres que estamos viendo, las héticas, creemos que nombraba, tanto la consecuencia de otras fiebres «cuando se cronifican» [...] como una enfermedad en sí misma producida por una alteración en la propia sustancia del corazón (Moreno, 1985, p.24).

Cuando consideramos entonces que la relación existente entre el frío y el calor relacionado con la fiebre como una tradición humérica, se entienden que son un modelo explicativo que tiene lugar en las resumidas ideas expuestas arriba por Galeno y que los médicos españoles divulgaron en el Nuevo Mundo, y esto, es claramente una idea difundida por Foster (1972):

Con el transcurso del tiempo [la teoría humoral...] se incorporó a la cultura popular de la Nueva España. Sin embargo, la asimilación popular de la teoría europea de los cuatro humores no fue completa. Ésta contemplaba las siguientes categorías: frío, caliente, húmedo y seco. Las combinaciones posibles para determinar un estado patológico, un recurso terapéutico o un

órgano del cuerpo eran: frío - seco, frío - húmedo, caliente – seco y caliente - húmedo. Además, la teoría médica española presentaba las cualidades térmicas en cuatro grados de intensidad. Foster argumenta que los conceptos de seco y de húmedo, así como la estricta graduación en cuatro intensidades, se perdieron cuando la doctrina humoral se incorporó a las prácticas médicas populares (Biblioteca digital de la medicina tradicional Mexicana, 2009).

6.2. El giro decolonial de frío y calor en el los sistemas médicos

Cuando Pedersen (1989) habla de la vigencia de la medicina humoral en América Latina, se refiere a que el frío y el calor son mediaciones culturales que se utilizan para establecer relaciones “no solo con estados corporales, enfermedades, alimentos y hierbas medicinales, [...] medicamentos patentados” (p.15), sino también como evidencia de modelos explicativos sustentados en la presencia de sistemas médicos.

Por su parte, López Austin (1980) reconoce influencia ibérica, sin embargo, posee una postura más sincrética, afirmando que el frío y el calor:

Hacen parte de la cosmovisión prehispánica, donde el cosmos se encontraba dividido por un plano horizontal que separaba al gran padre, el cielo y el Sol, de la gran madre, la tierra; el primero abarcaba todo lo caliente, y la segunda (que incluía las lluvias y los aires) era concebida como fría (2 y 3). Los datos de la literatura etnográfica actual señalan que esta dicotomía en el entorno natural del hombre sigue vigente. Además, López Austin retoma la argumentación de Foster y plantea una interrogante, la cual constituye un poderoso argumento a favor del origen americano de lo frío y lo caliente: si el binomio fue introducido, y después degeneró,

perdiéndose las nociones de lo seco y lo húmedo, ¿cómo es posible que tal degeneración fuera tan perfecta y tan uniforme en todo el territorio de la Nueva España? (Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana, 2009).

Más allá de esta discusión, lo que me interesa rescatar acá a la luz de los hallazgos es, primero, la correspondencia con algunos trabajos que reportan el siguiente proceso que conduce a un malestar: estar caliente y exponerse a lo frío (es interesante observar que casi no se reporta lo contrario: estar frío y exponerse a lo caliente) (Young, 1982). Y segundo, las condiciones territoriales y culturales donde se desarrolló el estudio, me permite pensar que dentro del modelo explicativo de los habitantes, no se caracteriza por discriminar aseveraciones galénicas ni tampoco indígenas. Se trata más bien del desarrollo de las singularidades en donde el intercambio de ideas y de saberes es nutrido por medio de *la popularización del modelo médico profesional* transversalizado por *un modelo explicativo folk*, tomando como referencia, los postulados de Pedersen (1989, p. 14-17).

6.3. Itinerario terapéutico de la fiebre y su relación con los sistemas médicos

La ponderable del ITF es que se presenta como una apropiación de los conocimientos que se adecúan al sistema de salud, a las condiciones socioculturales, económico político, religiosas, a las interacciones territoriales y a las experiencias cotidianas. Se vuelve tan del conocimiento de la gente el desenvolvimiento ante la búsqueda de tratamiento y de salud, que más que ser visto como un comportamiento negativo, es una respuesta *sui generis* de un modelo del sistema de cuidado de la salud (Kleinman, citado en Gutiérrez, 1983)

que integra conocimientos de medicina facultativa, en este caso la toma de muestra (serología) y el tratamiento farmacológico mediante un aprendizaje experiencial. A tal punto llega el conocimiento de algo que se vuelve popular. Es una respuesta social que tienen las comunidades y que les ha funcionado para recuperar su estado de salud, en términos de percepción social de la capacidad que tienen para adquirir un estado de salud óptimo (Menéndez, 2009;). Son una serie de vivencias intersubjetivas que constituyen realidades dotadas “de un significado reconocido y legitimado socialmente” (Alves; 2016).

Sin embargo, la búsqueda de tratamiento farmacológico no es exclusivamente biomédico, en las comunidades estudiadas hay un amplio *conocimiento botánico tradicional* (Cotton, 1997) y las personas no solamente identifican y usan plantas medicinales en estado silvestre, además buscan terapias alternativas con medicamentos de origen natural y homeopáticos.

La gente que ya ha tenido los episodios de paludismo, ellos normalmente ya no quieren volver al hospital. Entonces dicen: ah no, venga. Me hace el favor y me vende...- ah ¿cuál? Entonces yo le pregunto: ¿ya se hizo el examen? Normalmente si dice: si, ya me lo hice y ya me tomé el tratamiento pero quiero reforzar el tratamiento con el de acá [...] ahora la gente confía mucho en medicina natural, y más en esta zona que la gente igual está muy acostumbrado a las plantas, entonces ya viene buscando medicamentos de pronto que tengan plantas específicas. Porque de pronto ya por los abuelos, por la costumbre se confía mucho en la medicina natural (EntF35) [...] EntM38 bueno más que todo en adultos y como por acá hay muchos resguardos indígenas y eso, ellos [la] costumbre de sembrar un árbol que ellos lo llaman de quinina, entonces cogen la concha de ese árbol, la hierven y se toman el agua de esa bebida, o sea la corteza del árbol [y] muchos pacientes refieren mejoría. (EntF36)

El ITF se despliega en un amplio sistema médico, que involucra no solamente tradiciones medicas tradicionales y facultativas como lo describe la literatura (Pedersen, 1989; Gutiérrez, 1983), sino que los hallazgos muestran que dentro de la estructura tradicional de paciente/tratado – especialista/tratante, lo que se desata como un fogonazo en las veredas de Villa Grande y El Pedral, se desarrolla a través de una *red de conocimientos y saberes locales* que son *transmitidos y experienciados* y donde no existe una figura de profesionalización estrictamente piramidal, sino más bien opera por medio de un conocimiento escalado que es compartido, referenciado y aprendido. Se recurre a otro sabedor, al cuerpo médico y al yerbatero para fortalecer, hay un conocedor que da el diagnóstico pero también participa otro que sabe que se puede ir haciendo y si llega el momento en el que hay que buscar ayuda externa, que bien puede ser la farmacia pero también puede ser el “médico”:

El otro Hernán, porque creo que lee los orines pero el otro señor le manda exámenes y ya (Ent13) [...] él (Médico Hernán) es muy bueno para los niños y para uno también. Se me enferma el hijo mío y rarito que lo lleve al hospital, yo mejor lo llevo donde él porque no cobra tan caro y uno no pierde el tiempo, porque uno va al hospital y tiene que sacar las citas de hoy para mañana. De hoy para mañana tiene que sacar la cita, ya son dos días y pida usted el día allá esperando que lo llamen a ver qué le dicen [...] le toca a las ocho de la mañana y vienen a atenderlo a uno a las dos, tres, cuatro de la tarde. Entonces uno que vive en el campo no le sirve, va uno donde Hernán, se consigue diez mil pesos, va donde Hernán, lo lleva y él le receta a uno y ya sabe que tiene que comprar. Y uno compra a medida del bolsillo de uno. (Ent04).

Los hallazgos van más allá de un “sistema social” que opera para la integración del enfermo cuya estructura basada en los roles de Médico-Paciente y que funciona para el mantenimiento del orden y equilibrio social de Parsons (Villarreal,

2012). La jerarquía existente de la biomedicina no es evidente, y la institucionalidad aparece más bien fracturada o mejor, cargada de incertidumbre:

Esto conduce [estrategias de supervivencia en torno a los circuitos económicos formal y popular] a una creciente incapacidad del Estado para ejercer control sobre el aparato productivo y de servicios [...] aculturación, crisis generalizada, demanda insatisfecha, se produce e intensifica el fenómeno de impregnación e interpenetración entre el saber científico y el saber popular, generando y ampliando el modelo explicativo popular sobre la salud y las enfermedades, el que está determinado y a su vez modificado por este contexto (Pedersen, 1989, p.13).

**Figura Nº 1:
Modelos Explicativos: Tradicional
o "Folk", Profesional y Popular⁴**

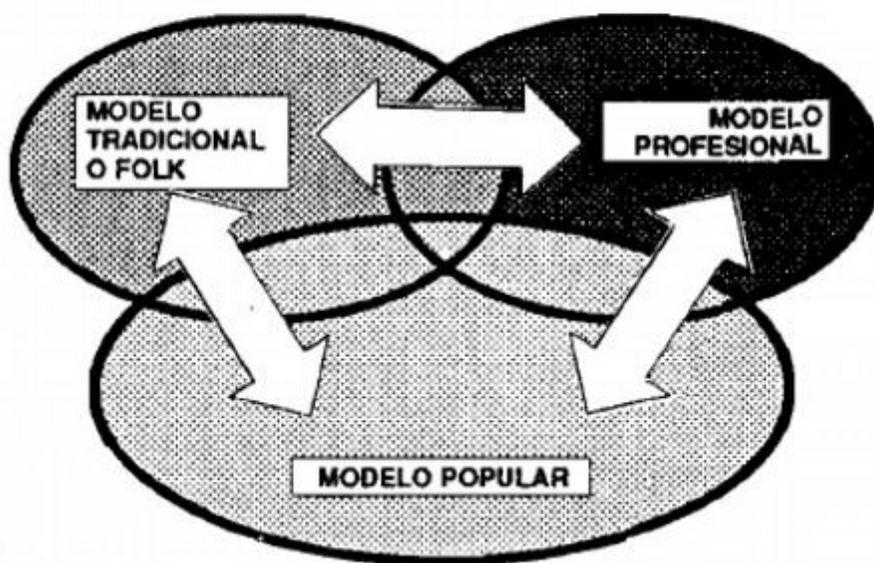


Figura 1. Tomado de (Pedersen, et al. 13).

Esto quiere decir que más allá de un modelo de sociedad ideal de Parsons donde el modelo biomédico asume el control de la reintegración social del enfermo,

encontramos comunidades que como describe Pedersen (1989) ante las dificultades económicas, la demanda en salud insatisfecha y la convivencia pluriétnica, asumen el control de un modelo popular que “está en continuo proceso de producción, acumulación, intercambio y transformación del conocimiento médico, por lo que constituye no solo un patrimonio cultural ni el producto de una crisis, sino también una estrategia vital para la supervivencia” de las comunidades. Esto no quiere decir que los sistemas se encuentren unidos como lo entiende Kleinman (citado en: Alves & Souza, 1999), sino más bien, hay a disposición unos modelos explicativos y a partir de ellos, la experiencia individual y colectiva operan para que, “tanto la enfermedad como la cura [sean] experiencias construidas intersubjetivamente” (p. 135).

Comúnmente, la literatura aborda como una comunidad elige uno u otro sistema médico (Ahmed, Petzold, Kabir & Tomson 2006; Essé, Utzinger, Tschannen, Raso, Pfeiffer, Granado, Koudou, N'Goran, Cissé, Girardin, Tanner & Obrist, 2008; Thorsen & Pouliot, 2016) y por lo general, la elección de un sistema médico tradicional tiene consecuencias negativas en la salud de las comunidades (Oberländer & Elverdan, 2000), sin embargo, las comunidades elijen dichos tratamientos porque el mal servicio en el tratamiento biomédico influye en la elección de la medicina tradicional (Gyasi Asante, Yeboah, Abass, Mensah & Siaw, 2016), o por dificultades de acceso al sistema (Davy Davy, Sicuri, Ome, Lawrence-Wood, Siba, Warvi, Mueller, & Conteh, 2010), por falta de disponibilidad de profesionales (Singh, Yadav & Pandey, 2005) y aunque estas situaciones se presentan como se ha referenciado, no se trata de un asunto de elección de un tratamiento tradicional o un tratamiento biomédico o uno mixto (Febir, Asante, Afari-Asiedu, Abokyi, Kwarteng, Ogutu, Gyapong, Owusu-Agyei, 2016), se refiere mejor a la existencia de una *red de conocimientos y saberes locales que son transmitidos y experienciados* que se han tejido a partir de la existencia de unos conocimientos provenientes de los modelos biomédico y

tradicionales, y cuya red más que influir negativamente en la salud de las comunidades es su soporte: un exaltado sistema de conocimientos y saberes, prácticas y trayectorias terapéuticas e individuos donde se resalta la figura de lo femenino cuidador, componen una respuesta no solamente racional y efectiva sino también necesaria y digna para la recuperación de estados óptimos en salud.

6.4. La medicina tropical como obstáculo dentro del proceso salud/enfermedad/atención

Ya desde la época de la conquista, la fiebre ha sido asociada al territorio y a climas tropicales, en el siglo XIX, la medicina moderna consideraba las fiebres como enfermedades por sí mismas (López, 1998), por el contrario, la medicina contemporánea la asumió como un síntoma inespecífico de casi todas las enfermedades; también se describió desde la relación causal por el clima, la etnia y las costumbres, y en este sentido entre 1850 y 1880 los médicos de la época formularon y utilizaron la noción de fiebres del Magdalena, la cual servía para explicar las enfermedades febriles del valle del río Magdalena para referirse a enfermedades de territorios bajos y ardientes cercanos a las riveras de los ríos en donde se multiplicaban infecciones palúdicas y fiebres perniciosas (García, 2007). “Para los siglos XVI y XVII en su experiencia con América las fiebres son enfermedades extrañas, son patologías que atacan, son acompañantes desagradables de los procesos de conquista, son presencias implícitas y cuentan en las penurias del viaje” (López, 1998, p.92-93).

A partir del siglo XX, de acuerdo con López (1998) todo esto quedó bajo el manto de una nueva denominación la llamada “Medicina tropical” donde la constitución de etiologías permitirá diferenciar fiebres y definir las como enfermedades específicas con vectores delimitados. La medicina tropical opera como perfil

biomédico debido a las características territoriales de la zona, sin embargo, tanto en la atención primaria en salud como la atención hospitalaria no contempla y considera superficial las realidades socioculturales de quienes finalmente son sus pacientes, desconociendo y en muchos casos ignorando que la persona que está siendo atendida a nivel clínico, no solamente posee todo un bagaje en lo que respecta a sus condiciones de salud y enfermedad, sino que también lleva un recorrido terapéutico que le ha sido efectivo hasta cierto punto para controlar tanto los síntomas como las enfermedades mismas, y que finalmente está haciendo uso del sistema oficial de salud porque realmente llegó a los límites de la red, o mejor, llegadas las circunstancias en que el itinerario terapéutico le indica que es el momento de recurrir a dicho tratamiento. La medicina tropical no contempla todos los aspectos culturales de la fiebre que se han descrito en este trabajo, y que no solamente existen fuera de la realidad biomédica, también son tratadas y tienen diversos trayectos terapéuticos. Se centra principalmente en las acciones intervencionistas que apuntan principalmente a atacar los vectores, realizando fumigaciones y control larvario; poco más en el trabajo conjunto con las comunidades. De ahí la importancia de los enfoques socioantropológicos para la salud colectiva, ya que ellos permiten evidenciar el pluralismo asistencial por medio del enfoque de itinerarios terapéuticos, profundizando en los significados y usos sociales de la enfermedad y sus interrelaciones con lo biológico, lo social y lo cultural.

7. DISCUSIÓN

Cuando en este ejercicio de investigación me pregunté por los saberes que tienen los pobladores de las veredas de El Pedral y Villa Grande en relación al fenómeno de la fiebre, teniendo por objeto si los pobladores hacían clasificaciones y tipologías sobre la fiebre y sus consecuencias y finalmente si el fenómeno involucraba la participación de sistemas médicos que interactúen en la atención de la fiebre, abrió la ventana para la visualización de cómo individuos y colectivos participan no solamente en la búsqueda de salud, además poseen unos derroteros diversos pero que definen una serie de horizontes que son elegidos a partir una serie de conocimientos tradicionales, biomédicos y experienciales que están a su disposición y que son un elemento importante para su supervivencia. A esto lo llame *itinerarios terapéuticos de la fiebre* (ITF) y comprende específicamente cómo se desenvuelve dicho fenómeno en los territorios observados.

Este modelo de interpretación me permitió abordar la fiebre como experiencia humana que se vive, se describe y se interpreta individual y colectivamente, trasciende la comprensión estricta del aspecto clínico y se sumerge como objeto de conocimiento y significación para los individuos y colectivos. Examinar esta perspectiva epistémica, requiere valorar las narrativas de los individuos y colectivos, las relaciones entre experiencias, vivencias, contextos socioculturales (simbólicos) y búsquedas de atención y cuidados (Silva et al., 2016; Nunes et al., 2006; Iorio, 2005; Gerhardt 2006) que atesoran las comunidades y que hacen parte importante en sus vidas porque significa para ellos recuperar un estado óptimo de salud.

Es preciso en este momento plantear algunas discusiones desde los hallazgos antes presentados.

En primera instancia y como ya se ha mencionado, la fiebre en este contexto puede provenir de múltiples causas, sin embargo, varias de ellas amarradas al territorio, que presenta unas características particulares del orden bioclimático pero también de orden social, las cuales influyen de manera directa en las decisiones de atención y cuidado que eligen las personas a la hora de atender un problema de salud.

La determinación social de la salud reconoce que hay una interacción de suma importancia entre lo social y lo biológico, que develan factores clave del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado, como son la relación entre pobreza, enfermedad, condiciones laborales, situación que generan patrones de salud que se dan en lo macro y condicionan lo micro (Morales, Eslava, Borde & Concha, 2013).

En un contexto como el de las veredas de Villa Grande y el Pedral, se deben enfrentar varias situaciones, de la más evidentes y ya mencionadas, aquellas relacionadas con el acceso a los servicios de salud, sea por lejanía y costo para desplazarse a un centro de atención, o por las condiciones mismas de las vías, incluso para estas veredas en particular dificultades relacionadas con el clima, por el crecimiento de quebradas cuando llueve que obstaculizan el desplazamiento. Sin embargo, más allá de estas situaciones lo que se evidencia es la falta de presencia estatal por un lado en cobertura en salud y por otro en infraestructura, siendo esta una zona en su mayoría rural que implica para las personas largos y costosos desplazamientos, ya que la atención prácticamente se encuentra centralizada en la cabecera municipal; como lo refieren Laurell & Herrera (2010):

Se reconoce ahora que la cobertura universal en salud es una exigencia de los ciudadanos a sus gobiernos, que debe ser resuelta para favorecer la cohesión social. Es en este contexto donde el aseguramiento emerge como el mecanismo preferente de financiamiento para lograrla y para reducir gastos catastróficos e incrementar la equidad, además con la finalidad de mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, incrementar la eficiencia y eficacia, abatir la corrupción y contener los costos. (p.138)

De otro lado el territorio es propicio para la proliferación de enfermedades tropicales, como aquellas relacionadas con vectores, tal como se presentó anteriormente el paludismo cobra gran importancia en la aparición de la fiebre, una enfermedad que es ampliamente conocida en estas veredas, y que es una de las primeras causas de sospecha cuando aparece la fiebre, es que más allá de la presencia histórica de esta enfermedad en la zona, hay unas explicaciones que si bien tienen que ver con las condiciones bioclimáticas, también tienen que ver con la explotación minera a cielo abierto, que deja grandes pozos que terminaran siendo depósitos de agua propicios para la cría del mosquito transmisor de la enfermedad. Situación que no es regulada y controlada, pues quien explota un territorio, al terminar, solo abandona la zona y pocos son los que cubren nuevamente el territorio excavado. En la transmisión además del paludismo tiene injerencia la migración poblacional constante que se da en la zona; así lo señalan Brehil & Tillería (2009): "...las transformaciones aceleradas de los espacios rurales y urbanos, que se observan desde inicios y mediados de la década de los ochenta, y que los han convertido en ecosistemas contaminantes, donde se reproducen modos de vida malsanos". (p. 139)

El despliegue de conocimientos, de una red de vecindad y familiaridad tanto para el diagnóstico, como para la atención y cuidado de las enfermedades, en este

caso puntual de la fiebre, dando cuenta de las prácticas y caminos que siguen las personas en los primeros momentos para atender un problema de salud; la sinergia que se ha venido gestando entre las ciencias sociales y la salud colectiva, ayuda a despejar caminos por donde se puedan transformar las concepciones y prácticas institucionalizadas que han acallado la voz y la participación decidida de los sujetos; aun así, es también un llamado a la reorganización de los movimientos anti sistémicos, que como manifestaría Wallerstein (2003) son quienes tendrían una tarea decisiva en las transformaciones sociales de nuestra época; y ahí el sustento crítico y el debate que las ciencias sociales deben aportar, como lo señala López (1999): “abrir las ciencias sociales, reestructurarlas y construir su futuro y el de la región entre todos”.

Cabe entonces colocar de manifiesto en este punto, cómo debe ser ese diálogo o confrontación con las estructuras estatales, aquellas que son coercitivas e impositivas, que funcionan de acuerdo a un paradigma arraigado y deshumanizado; el debate académico debe ser visibilizado en espacios que posibiliten la acción, que ayude a develar en los niveles más vulnerables de la sociedad la necesidad de acción de los sujetos, no solo del activista académico, sino más importante, una actuación transformadora de quienes son más atropellados con las disposiciones institucionales de la salud; situaciones que se deben gestarse en escenarios de aprendizaje y debate.

Es importante resaltar el carácter revolucionario del discurso de la determinación social, pues este va más allá de dar explicaciones desde la relación de los individuos con su entorno y enfatiza que las relaciones de poder dadas en un mundo impregnado por la acumulación del capital tiene graves consecuencias en

la situación de salud de los individuos y grupos, en tanto los patrones de trabajo y consumo, determinan las maneras de enfermar, atender y cuidar de las comunidades, donde entonces las más vulnerables serán las más afectadas y con menos oportunidades de tener una vida más saludable.

8. CONSIDERACIONES FINALES

El ITF se activa en el momento en el que las personas empiezan a sentir algo y dicho malestar es compartido, esto es, manifestado o expresado y se busca ayuda inicial en el contexto hogar, priorizando el género femenino y las redes familiares, fenómeno ya referenciado en los itinerarios terapéuticos como un aspecto potencial dentro de las redes sociales en salud (Gerhardt, 2006; Leite y Vasconcellos, 2006).

Esta primera etapa se caracteriza entonces por la autoatención (Menéndez, 2009) y las “Formas de entre-ayuda” (Gerhardt, 2006), y al igual como menciona la literatura citada, más que ser procedimientos que no responden a los ideales de la medicina oficial, se trata por el contrario de modelos de respuesta a las insatisfacciones que este deja (Gyasi *et al.*, 2016). Se hace hincapié en el potencial y dignificación de las terapias populares como un actor conocedor e indispensable para la supervivencia de las comunidades (Silva *et al.*, 2016; Iorio, 2015, Gerhardt *et al.* 2006; Nunes *et al.*, 2006) y no como comportamientos en búsqueda de tratamientos inadecuados que interfieren en el modelo biomédico por no ser el tratamiento adecuado (Smith, Bruce, Gueye, Helou, Diallo, Gueye, Jones & Webster, 2012; Dixit, Lee, Goettsch, Afrane, Githeko & Yan, 2016), por tratarse de autotratamiento (Thorse & Pouliot, 2016; O'Connell, Samandari, Phok, Phou, Dysoley, Yeung, Allen & Littrell, 2012; Ruebush, Kern, Campbell & Oloo, 1995),

como consecuencia a condiciones socioeconómicas (Anyanwu, Fulton, Evans & Paget, 2017; Karyana, Devine, Kenangalem, Burdarm, Poespoprodjo, Vemuri, Anstey, Tjitra, Price & Yeung, 2016; Onwujekwe, Hanson & Uzochukwu, 2011), al contexto sociocultural (Oberländer *et al* 2000; Rahman, Kielmann, McPake & Normand, 2012), o la falta de disponibilidad de profesionales (Singh *et al.*, 2005).

En las ocasiones donde la fiebre no se resuelve con las primeras ayudas, se da inicio a un estado liminal, indeterminado o indefinido, en donde se da espera a la aparición de otros síntomas o desaparición de otros, lo cual permita abandonar dicha liminalidad y adherirse a sospechas; es un periodo frente a la fiebre en el que existe un comportamiento que puede ser ambiguo, esto es, que así como existe la fiebre-fobia como un comportamiento de miedo excesivo ante la fiebre (Razón, 2011), en las veredas estudiadas hay lo que podríamos llamar una *filofiebre*, caracterizada por la poca atención que se le da a ésta durante el periodo inicial de aparición.

Más tarde, se activa una nueva etapa del ITF la cual es de sospecha y las rutas pueden comprender desde la toma de la muestra (puntos de toma de gota gruesa en caso de paludismo), y/o tratamiento farmacológico, tratamiento tradicional, tratamiento etnobotánico hasta una combinación de éstas según lo determinan los trayectos del itinerario y que hacen parte de la oferta de los sistemas de salud en el territorio.

Finalmente, el ITF abre paso a un periodo posterior a la sospecha. Allí, los sujetos febriles buscan, seleccionan, usan y evalúan trayectos, medidas y tratamientos acordes a su padecimiento. Y, más que un proceso inmóvil y unidireccional es un proceso cambiante en el cual se incluyen los procedimientos y peculiaridades como los individuos organizan o responden a su estado febril y demás síntomas emergentes, teniendo en cuenta las posibilidades de atención existentes en su entorno territorial así como los recursos económicos, sociales y simbólicos que

disponen. Este es un momento coyuntural, debido a que se trata de un momento en el que intervienen las interpretaciones tradicionales, el bioclima y la microbiología y se trata entonces de la popularización del modelo médico profesional transversalizado por un modelo explicativo folk, acorde a la literatura (Pedersen 1989: 14-17).

Lo importante aquí, respecto a esta etapa es el deseo de los individuos y colectivos de adquirir y aplicar conocimientos en salud que le sean útiles para resolver sus problemas. Esto es de suma importancia para ser considerado para cualquier tipo acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención y atención de la enfermedad, debido a que las comunidades visualizan en la medicina oficial barreras de acceso que son sorteadas básicamente a través del acceso a una red de conocimientos que comprenden información proveniente tanto de las ciencias biomédicas, como lo es la identificación y uso de medicamentos farmacológicos, conocimientos botánicos tradicionales, modelos explicativos populares y finalmente, la referenciación de boticarios y médicos tradicionales y oficiales.

La fiebre en las dos veredas estudiadas de El Bagre es un fenómeno que involucra la participación de múltiples factores que influyen en su atención y cuidado que van desde las comunidades mismas con sus itinerarios terapéuticos, acervo de conocimientos, saberes en salud y enfermedad, el territorio y el medioambiente como agentes que participan activamente en la aparición o no del fenómeno, no solamente por ser quien alberga los nichos que garantizan la supervivencia de los vectores, sino porque puede ser movilizador de importantes cambios derivados de la interacción humana, por ejemplo, la minería o la deforestación; y finalmente, la existencia y uso de sistemas médicos diversos y que están comprometidos con el objetivo de recuperar óptimos estados de salud.

Este estudio devela la existencia de sistemas médicos populares e itinerarios terapéuticos de la fiebre en la zona, por lo que se requiere considerar que estos son de vital importancia para las comunidades ya que dan sentido a la experiencia de enfermedad y de salud de manera intersubjetiva, proveen modelos explicativos, dan cuenta y fortalecen el tejido social y comunitario, son además una alternativa a las crisis de legitimidad, cobertura y calidad en la red de servicios de salud oficial.

Es necesario considerar esto para tomar medidas que no solamente contemplen e involucren la participación de sistemas médicos populares e itinerarios terapéuticos en los programas de prevención, promoción y atención, sino también para que tanto los sistemas médicos populares como el biomédico sean permeados por sus conocimientos de manera asertiva con el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones. Se trata de apuntar a políticas, programas y planes de salud que sean más democráticos por medio de la construcción que involucre las comunidades con el fin de establecer nuevos valores en los cuidados en salud y en la búsqueda permanente de la integralidad en el cuidado.

Desde la salud colectiva se busca hacer eco para que se comprenda la salud, su atención y abordaje como un aspecto transversal a todas las otras áreas de la vida individual y grupal; teniendo en cuenta que el discurso y la práctica sobre la salud, la enfermedad, el cuidado y los sistemas médicos deben afrontarse partiendo de las características y particularidades de cada contexto reconociendo en él la diversidad de sistemas culturales y sociales, por tanto diversas maneras de asumir la salud, la enfermedad y el cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, S., Petzold, M., Kabir, Z. & Tomson, G. (2006) Targeted intervention for the ultra poor in rural Bangladesh: Does it make any difference in their health-seeking behaviour?. *Soc Sci Med.* 63(11), 2899-911.
- Alcaldia de El Bagre. (2017,06,30). Información general del municipio. Recuperado de http://www.elbagre-antioquia.gov.co/informacion_general.shtml
- Alcaldia de El Bagre. (2012). Plan de desarrollo “De palabra, gestión y hechos” 2012-2015. Recuperado de http://cdim.esap.edu.co/BancoConocimiento/E/el_bagre-antioquia-pd-2012-2015/el_bagre-antioquia-pd-2012-2015.asp
- Alcaldía de El Bagre. (2015,14,10). Mapas. http://www.elbagre-antioquia.gov.co/mapas_municipio.shtml?apc=bcxx-1-&x=2865966
- Almeida-Filho, N. & Paim-Silva, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75, 5-30. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>
- Aluísio Gomes da Silva, S., Pinheiro, R., Guimaraes., P. & Marinho P. (2016). Prácticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. En: Gerhardt, T., Pinheiro, R., Ruiz, T., Francescato, E. & Aluísio Gomes da Silva, S. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (93-123). Rio de Janeiro: CEPESC, ABRASCO.

- Alves, P. & Souza, I. (1999) Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. En: Rabelo, M., Alves, P. & Souza, I. *Experiência da doença e narrativa* (125-138). Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de <http://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>
- Alves, P. & Rabelo, M. (1999) Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade.. En: Rabelo, M., Alves, P. & Souza, I. *Experiência da doença e narrativa* (171-186). Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de <http://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>
- Alves, P. (2016). Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. En: Gerhardt, T., Pinheiro, R., Ruiz, T., Francescato, E. & Aluísio Gomes da Silva, S. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro. CEPESC;ABRASCO.
- Anyanwu, P., Fulton, J., Evans, E. & Paget, T. (2017). Exploring the role of socioeconomic factors in the development and spread of anti-malarial. drug resistance: a qualitative study. *Malaria Journal*, 16(1), 203.
- Arizcorreta, A., Tinoco, I., De los santos Moreno, A. & Cornejo, M. (2014). Protocolo diagnóstico diferencial del paciente con fiebre aguda sin focalidad infecciosa. *Medicine*, 11(50), 2973-2976.
- Arroyave, E., Londoño, A., Quintero, J., Agudelo, J., Arboleda, P., Diaz. M., Francisco, J. & Rodas, J. (2013). Etiología del síndrome febril no palúdico en Urabá. *Biomédica*, 33(Supl.1), 99-107.
- Barfield, T. (2000) Diccionario de antropología. México. Siglo. XXI Editores. Recuperado de <https://docs.google.com/file/d/0Bw-3yPOp2B3dbE9Zckx4T1lyY2s/edit>

Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Recuperado de <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=fr%C3%A9Docalor>

Blair, S. (1998). Detección de anticuerpos antimaláricos en un grupo de escolares del municipio de El Bagra, Antioquia. *Iatreia - Revista Médica Universidad de Antioquia*, 11(1), 27-31.

Breilh, J. (2012). Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte. Congreso Alames. Ecuador.

Breilh, J. & Tillería, M. (2009). Aceleración Global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Ecuador.

Burítica, R., Rivas, A., & Suárez, A. (2012). *Percepción, conocimientos y prácticas en el manejo de mercurio en los compradores de oro en el municipio de El Bagra, Antioquia*, (Tesis de especialización). Universidad de Antioquia. Medellín.

Carrión, L., Pérez, G., Hernando, A., Menchén, L. Pajares, J. López, F. Valerio, M. Penalva, M., & Marín, I. (2015). Fiebre persistente en paciente con enfermedad de Crohn: enfermedad de Still del adulto. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día*, 14(3), 105-108.

Cotton, C. (1997). *Ethnobotany. Principles and applications*. Chichester. England. John Wiley and Sons.

Davy, C, Sicuri, E, Ome, M, Lawrence-Wood, E, Siba, P, Warvi, G; Mueller, I & Conteh, L. (2010) Seeking treatment for symptomatic malaria in Papua New Guinea. *Malaria J.* 9: 268.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. (2010). BOLETÍN Censo General 2005 Perfil municipal El Bagre. Recuperado: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/05250T7T000.PDF

Departamento administrativo nacional de estadísticas. (2016). Proyecciones nivel nacional departamental por sexo y edades simples hasta 80 años y más. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Dixit, A., Lee, M-C., Goettsch, B., Afrane, Y., Githeko, A & Yan, G. (2016) Discovering the cost of care: consumer, provider, and retailer surveys shed light on the determinants of malaria health-seeking behaviours. *Malaria J.* 15: 179.

Emmanuel, E. (2003). ¿Que hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolás, F. & Quezada, A. (Editores). *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*, (83-95). Chile: OPS – OMS.

Essé, C., Utzinger, J., Tschannen, A., Raso, G., Pfeiffer, C., Granado, S., Koudou, B., N'Goran, E., Cissé, G., Girardin, O., Tanner & Obrist, B. (2008). Social and cultural aspects of 'malaria' and its control in central Côte d'Ivoire. *Malaria Journal*, 7, 224.

Farreras, P. (2000). *Medicina Interna. 14Ed.* España: Harcourt.

Febir, L., Asante, K., Afari-Asiedu, S., Abokyi, L., Kwarteng, A., Ogotu, B., Gyapong, M. & Owusu-Agyei, S. (2016). Seeking treatment for uncomplicated malaria: experiences from the Kintampo districts of Ghana. *Malaria Journal*. 15, 108.

- Foster, G. (1972). *Tzintzuntzan: los campesinos mexicanos en un mundo de cambio*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gallo, L., Gallo, A. & Carmona A. (s,f). *Tejiendo experiencias construyendo memoria, colectivo de comunicaciones por el derecho a la tierra El Bagre Antioquia*. Medellín: Corantioquia.
- García, C. (2007). Las 'fiebres del Magdalena': medicina y sociedad en La construcción de una noción médica Colombiana, 1859-1886. *História, ciências, saúde – manguinhos*, 14(1), 63-89.
- Geertz, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona: ediciones Paidós.
- Geertz, C. (1994). *Conocimiento Local*. Barcelona: Editorial Paidós Iberoamérica.
- Geertz, C. (2006). *La interpretación de las Culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Gerhardt, T. (2006). Itinerarios terapéuticos en sus situaciones de pobreza: la diversidad y pluralidad. *Salud Pública*, 22 (11), 2449-2463. doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019
- Gerhardt, T., Burille, A. & Müller, T. (2016). Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. En: Gerhardt, T., Pinheiro, R., Ruiz, T., Francescato, E. & Aluísio Gomes da Silva, S. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*, (27-97). Rio de Janeiro. CEPESC;ABRASCO.
- Gobernación de Antioquia. (2009). Dirección de planeación estratégica integral. . Perfil de la subregión del bajo cauca. Recuperado de <http://antioquia.gov.co/images/pdf>
- Gobernación de Antioquia. (2014). Departamento Administrativo de Planeación. Anuario Estadístico de Antioquia. Medellín: Departamento Administrativo de

Planeación. Recuperado de
<http://www.antioquia.gov.co/index.php/estadisticas-e-indicadores>

Goffman, E. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez, J., & Restrepo, T. (2014). *Ríos de oro: desarrollo social y ambiental sostenible, prioridades para la consecución y preservación de una vida digna en la vereda Villa Grande - El Bagre*, (tesis de pregrado). Universidad de Antioquia. Medellín.

Grimberg, M. (2009) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras-UBA- Antropofagia. (Coed)

Gutiérrez, V. (1983). *Triple legado en la medicina tradicional Colombiana*. Bogotá.

Gyasi, R., Asante, F., Yeboah, J., Abass, K., Mensah, C & Siaw, L. (2016). Pulled in or pushed out? Understanding the complexities of motivation for alternative therapies use in Ghana. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 11(2).

Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Harrison, T., Kasper, D., Fauci, A., Braunwald, E., Hauser, Stephen L, (2009). *Harrison Principios de Medicina Interna*, México: Mc Graw Hill education.

Iorio, S. (2015). Plural therapeutic itineraries. *Med Secoli*. 27(1), 51-76.

Karyana, M., Devine, A., Kenangalem, E., Burdarm, L., Poespoprodjo, J., Vemuri, R., Anstey, N., Tjitra, E., Price, R & Yeung, S. (2016). Treatment-seeking

- behaviour and associated costs for malaria in Papua, Indonesia. *Malaria Journal*. 15(1), 536.
- Laurell, AC. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez MA, compilador. *Lo biológico y lo social*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 101. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Laurell, C. & Herrera, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva*, 6 (2), 137-148. DOI: 10.18294/sc.2010.362
- Laverde, E. (2006). Algunas referencias a la fiebre a través de la historia de la medicina. *Acta Médica Colombiana*, 31(3), 136-139.
- Leite, S. & Vasconcellos, M. (2006) Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 13(1) 113-128. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000100007>.
- López Austin, A. (1980). *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos Nahuas*. Mexico. Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, O. (1998). Las fiebres: varios niveles discursivos. Sobreposición de ideas de larga duración. *Historia y sociedad*, 5, 91 – 99.
- López, Y. (1999). Evaluación de la resistencia in vivo a medicamentos antimaláricos, El Bagre, Antioquia, 1998. *Revista Epidemiológica de Antioquia*, 24(03-04), 181-194.
- Lupton, D. (2012). *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

- Majaj, L., Nassar, M. & De Allegri, M. (2013). It's not easy to acknowledge that I'm ill: a qualitative investigation into the health seeking behavior of rural Palestinian women. *BMC Womens Health*. 24, 13-26. doi: 10.1186/1472-6874-13-26.
- Mauss, M. (2009) *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires: Katz. Recuperado de <http://www.katzeditores.com/images/fragmentos/Mauss.pdf>
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. 14, 33-69.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morales, C., Elis, J., Eslava, J. & Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista salud pública*, 15(6), 797-808. Recuperado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/35624/46272>
- Moreno, R. (1985). Acerca de la cualidad del calor innato en las fiebres, según Galeno. En: DYNAMIS. *Acta Hispanua ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 5(6), 11-30.
- Muniain, M. & Gálvez, J. (2015). Fiebre Q o la fiebre de las incógnitas ¿Podemos prevenir las formas crónicas?. *Revista Clínica Española*. (5), 274-275.
- Nunes, B. & Esteves, M. (2006). Therapeutic itineraries in rural and urban areas: a Portuguese study. *Rural Remote Health*. 6(1), 394.

- Oberländer, L. & Elverdan, B. (2000). Malaria in the United Republic of Tanzania: cultural considerations and health-seeking behaviour. *Bull World Health Organ.* 78(11), 1352-7.
- O'Connell, K., Samandari, G., Phok, S., Phou, M., Dysoley, L., Yeung, S., Allen, H & Littrell, M. (2012). "Souls of the ancestor that knock us out" and other tales. A qualitative study to identify demand-side factors influencing malaria case management in Cambodia. *Malaria Journal*, 11, 335.
- Onwujekwe, O., Hanson, K. & Uzochukwu, B. (2011). Do poor people use poor quality providers? Evidence from the treatment of presumptive malaria in Nigeria. *Trop Med Int Health*, 16(9), 1087-98.
- Organizacion mundial de la salud, OMS. (2012). Communication for behavioural impact (COMBI). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75170/1/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf
- Passos, R. (2015). Determinantes versus determinación de la salud: raíces históricas y teóricas de un debate siempre pertinente. En: Morales, C. & Eslava, J. (Editores), *Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario interuniversitario de determinacion social de la salud* (pp. 77 -85) Bogotá: Universidad Nacional.
- Pedersen, D. (1989). Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos. *Enfoques en atención primaria*, 4(1), 6-24. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/346462593/Duncan-Pedersen-Sistemas-Medicos-pdf>
- Pedersen, D. (1991). *Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de sistemas médicos*. En: Otra América en construcción: medicinas

tradicionales, religiones populares. Memorias del simposio identidad cultural, medicina tradicional y religiones populares. Bogotá: Colcultura.

Perdiguero, E. (2006). *Una reflexión sobre el pluralismo médico*. En: salud e interculturalidad en América latina (antropología de la salud y critica intercultural). Quito: Abya Yala.

Rabelo, M., Alves, P. & Souza, I. (1999) *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de <http://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>

Rahman, S., Kielmann, T., McPake, B. & Normand, C. J (2012) Healthcare-seeking behaviour among the tribal people of Bangladesh: Can the current health system really meet their needs?. *Health Popul Nutr*, 30(3), 353-65.

Razón B. (2011). Fiebrifobia. *Revista Cubana de Pediatría*, 83(4), 431-441. doi: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312011000400011&lng=es&tlng=es

Restrepo, B., Piedrahita, L., Agudelo, I., Marin, K. & Ramirez, R (2015). Infección por dengue: una causa frecuente de síndrome febril en pacientes de Quibdó, Chocó, Colombia. *Biomédica*, 35(1), 131-7. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2345>

Ruebush, T K., Kern, M., Campbell, C & Oloo, (1995) A. Self-treatment of malaria in a rural area of western Kenya. *Bull World Health Organ*. 73(2), 229-236.

Salas, W., Ríos, L., López, L., & Gómez, R. (2014). Análisis de sostenibilidad de la política de control de malaria del municipio de El Bagre, Colombia. *Rev. Gerencia Políticas de Salud*, 13(27), 128-146. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.aspc>

- Silva, N; Sancho, L & Figueiredo, W. (2016). Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. saúde coletiva*. 21(3), 843-852. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>.
- Singh, P., Yadav, R & Pandey, A. (2005). Utilization of indigenous systems of medicine & homoeopathy in India. *Indian J Med Res*. 122(2), 137-142.
- Smith, L., Bruce, J., Gueye, L., Helou, A., Diallo, R., Gueye, B., Jones, C & Webster. (2010). From fever to anti-malarial: the treatment-seeking process in rural Senegal. *J. Malaria Journal*, 9, 333.
- Sturzenegger, O. (1994). El camino a tientas. reflexiones en torno a un itinerario terapéutico. *Suplemento Antropológico*, 29(1-2), 163-227.
- Thorsen, R. & Pouliot, M. (2016). Traditional medicine for the rich and knowledgeable: challenging assumptions about treatment-seeking behaviour in rural and peri-urban Nepal. *Health Policy Plan*. 31(3), 314-324.
- Tirado, V., García, M., & Moreno, J. (1999). *Alteraciones neuropsicológicas que genera la exposición ocupacional a vapores tóxicos de mercurio en pobladores del municipio de El Bagre, Antioquia*, (tesis de pregrado). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tovar, Z., Bolívar, S. & Maestre-Serrano, R. (2015). Chikungunya: aspectos generales de una enfermedad emergente en Colombia. *Biociencias*. 10(1), 75-88.
- Turner, V. (1980). *La selva de los simbolos. Aspectos del ritual Ndembu*. México. Siglo XXI.

- Urrea, F. Puerto, F. (1994). Itinerarios terapéuticos y comunicación médica intercultural en dos poblaciones urbanas de Cali y Buenaventura. En: Pinzón, C., Suárez, R. & Garay, G. (Compiladores), *Cultura y salud en la construcción de las Americas. Políticas y experiencias*, (185-124). Bogotá.
- Verdadabierta.com. (07,2016). El Bagre, Antioquia, ya nadie contabiliza los muertos. Recuperado de <http://www.verdadabierta.com/victimas-seccion/los-resistentes/6329-en-el-bagre-antioquia-ya-nadie-contabiliza-los-muertos>
- Villarreal, J. (2012). Fundamentos de la teoría sociológica general para el estudio de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad. *Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo*. Recuperado de <http://atlante.eumed.net/problemas-relacionados-salud-enfermedad/>
- Vinales, H., & Taborda, L. (2007). *Apoyo en plan de monitoreo y seguimiento El Bagre Antioquia informe de diagnóstico*. Empresa de Mineros S.A. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Wallerstein, I. (1999). *Impensar las ciencias sociales. Límites de los paradigmas decimonónicos*. México: Siglo XXI.
- Young, A. (1982) The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of Anthropology*, 11, 257-285.

ANEXOS

Anexo1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO N°

Proyecto: Itinerarios terapéuticos que siguen los pobladores de dos veredas de El Bagre- Antioquia en relación al fenómeno de la fiebre 2015 - 2016

Responsable - investigador principal: Lina Marcela Orozco Dávila. Contacto 3113406334. linamarceorozco@gmail.com. Estudiante maestría salud colectiva, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

Señor (a) participante:

Actualmente realizo una investigación sobre las prácticas y saberes que tiene la gente sobre la fiebre; con el fin de comprender los caminos que recorren las personas para buscar alivio y hacer visibles las prácticas y saberes que tienen sobre la fiebre. De tal manera que esta información pueda contribuir a mejorar las propuestas en programas y proyectos que busquen prevenir la enfermedad y promocionar la salud, que sean acordes a las necesidades de las comunidades y sus entornos.

Según las normas que regulan la investigación en Colombia esta se considera de riesgo mínimo, pues si bien no representa riesgos físicos ni psicológicos para usted, al hablarse de temas de salud desde una perspectiva personal puedan darse situaciones emocionales que lo afecten, en este caso, la investigadora principal suspenderá la entrevista y sólo será analizada la información, hasta ese momento recolectada, si usted lo autoriza.

Lo hemos invitado a usted porque el trabajo se desarrolla en una zona donde se presentan diversas enfermedades que se relacionan con la fiebre. Los datos

aportados por usted serán de gran importancia para el logro de los objetivos de este trabajo. En cuanto a los beneficios estará usted aportando a brindar conocimiento que permita comprender como están asumiendo la salud y enfermedad las comunidades y como este conocimiento se puede articular a las propuestas realizadas por instituciones para proyectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Su participación en este estudio es voluntaria y es libre de negarse a participar si así lo considera, usted tiene derecho a recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los asuntos relacionados con el estudio. En caso de querer participar, si en algún momento desea retirarse podrá hacerlo sin ningún tipo de represalia que pueda afectarlo.

Se espera que usted participe en el estudio por espacio de un año, sin embargo, será por cortos periodos y en momentos puntuales previamente definidos y acordados con usted.

Su participación será la de brindar información en momentos puntuales como son visitas domiciliarias, entrevistas y/o grupos focales. Usted puede acceder a la información que haya suministrado en el momento que lo requiera, es importante que tenga en cuenta que la información dada por usted será tratada de manera confidencial por el investigador principal, en acuerdo con usted se establecerá si desea que su nombre aparezca o el uso de un seudónimo. La información será resguardada por el investigador principal en todo momento, el análisis y resultados preliminares serán socializados a usted y las personas participantes a fin de que realicen las sugerencias, correcciones o comentarios que consideren pertinentes, antes de que los resultados finales del estudio sean presentados.

Esta investigación es acompañada por la Universidad de Antioquia desde dos instancias la Facultad de Enfermería y la Facultad de Medicina.

En ningún momento el investigador principal brindará servicios de atención médica a los participantes.

Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Agradezco su aceptación para participar en estudio.

Aceptación de la participación

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, no me encuentro bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, lo hago consciente y libremente.

Soy consciente de que las entrevistas serán grabadas para facilitar su transcripción, que la información será resguardada de manera confidencial por el investigador principal y que podré tener acceso a ella cuando así lo requiera.

Fui informado (a) claramente de todo lo concerniente al estudio, es claro que en cualquier momento puedo suspender la entrevista o retirarme del estudio.

De igual manera autorizo para hacer registros audiovisuales (filmaciones, tomar fotografías), así como el uso público de este material audiovisual **Si___No__**

Autorizo la publicación de resultados con el resguardo de la confidencialidad **Si___No__**

Firmo en conformidad con lo anterior:

Nombre del participante: _____

c.c: _____

Teléfono: _____

Firma: _____ o Huella: 

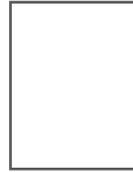
Fecha: _____

Testigo 1, firma: _____ o Huella:



C.C. _____

Testigo 2, firma: _____ o Huella:



C.C. _____

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO FOTOGRAFÍAS Y MATERIAL AUDIOVISUAL N°

Proyecto: Itinerarios terapéuticos que siguen los pobladores de dos veredas de El Bagre- Antioquia en relación al fenómeno de la fiebre 2015 - 2016

Responsable - investigador principal: Lina Marcela Orozco Dávila. Contacto 3113406334. linamarceorozco@gmail.com. Estudiante maestría salud colectiva, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

Señor (a) participante:

Actualmente realizo una investigación sobre las prácticas y saberes que tiene la gente sobre la fiebre; con el fin de comprender los caminos que recorren las personas para buscar alivio y hacer visibles las prácticas y saberes que tienen sobre la fiebre. De tal manera que esta información pueda contribuir a mejorar las propuestas en programas y proyectos que busquen prevenir la enfermedad y promocionar la salud, que sean acordes a las necesidades de las comunidades y sus entornos.

Las fotografías serán usadas para ilustrar el trabajo realizado en campo, las comunidades y entornos donde se desarrolló la investigación y las personas que participaron, se realizaran fotografías del paisaje, de la vivienda, así como de personas, su cara y cuerpo, en caso de que las fotografías vayan a ser publicadas se volverá a pedir consentimiento a las personas que aparezcan en la fotografía para refrendar su autorización.

La toma de las fotografías no representa riesgos físicos ni psicológicos para quienes aparezcan en ellas, por eso antes de ser publicadas se pedirá consentimiento.

Se filmará vídeos cortos previo consentimiento de los participantes, de prácticas relacionadas con los tratamientos de la fiebre, o entrevistas a personas especialistas en la curación de la fiebre, en caso de ser utilizadas para presentaciones se volverá a pedir consentimiento a las personas que aparezcan en el vídeo para refrendar su autorización.

Su participación en este estudio es voluntaria y es usted libre de negarse a participar si así lo considera. En caso de querer participar, si en algún momento desea retirarse podrá hacerlo sin ningún tipo de represalia que pueda afectarlo.

Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Aceptación de la participación

He sido informado acerca de la toma de material fotográfico o video gráfico, que el Proyecto: Itinerarios terapéuticos que siguen los pobladores de dos veredas de El Bagre- Antioquia en relación al fenómeno de la fiebre 2015 - 2016- requieren para llevar un registro de su trabajo en la comunidad a la cual pertenezco.

Me han informado de los riesgos, ventajas y beneficios de la toma de registro fotográfico y video gráfico.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

En consecuencia de forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se realice el registro fotográfico necesario, que apoye la labor del investigador principal en mi comunidad

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, no me encuentro bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, lo hago consciente y libremente.

Autorizo para hacer registros audiovisuales (filmaciones, tomar fotografías), así como el uso público de este material audiovisual **Si__No__**

Firmo en conformidad con lo anterior:

Nombre del participante: _____

c.c: _____

Teléfono: _____

Firma: _____ o Huella:

Fecha: _____

Testigo 1, firma: _____ o Huella:

cc _____

Anexo 3.

Visita domiciliaria y guía de observación

de la visita y/o de la observación :

Propósito:

Fecha:

Lugar:

Participantes:

Duración de la observación (horas)

Tema de la observación:

Elementos observados:

Notas de lo observado:

Bosquejos y/o dibujos:

Fotografías: Nro. Asignado y características de la fotografía.

Anexo 4.

Guía de entrevista semiestructurada

Entrevista N°:

Fecha:

Lugar:

Hora:

Seudónimo Participante:

- ✓ ¿Qué es la fiebre?
- ✓ ¿Qué hace usted cuando tiene fiebre o cuando alguien en su casa tiene fiebre?
- ✓ ¿Cree usted que hay diferentes tipos de fiebre?
- ✓ ¿Cree que la fiebre es frecuente en esta zona?
- ✓ ¿Se asocia la fiebre con otras enfermedades, cómo cuáles?

Nota: Se indagará como es llamada la fiebre en las veredas para poder hacer las preguntas en el lenguaje de las personas.