

ESCUELA SALUDABLE. ESTRATEGIA DE UNA COMUNIDAD COLOMBIANA DE INDÍGENAS KANKUAMOS PARA LA AUTOGESTIÓN EN SALUD

Escola saludable. Estratègia d'una comunitat colombiana d'indígenes Kankuamos per a l'autogestió en la salut

Healthy school. Strategy of a Colombian community of indigenous Kankuamos for self-management in health

**Ruth Ester Ruiz Suárez
Gloria Elena Quijano Quiroz
Kellys Yelina Rodríguez Martínez
Laureth Leonor López Fuentes
Yadira Elena Montero Zuleta
Aquileo Aguilar Ortiz
Álvaro Sánchez Castillo
Martha Milena Silva Castro**

Correspondencia:
Gloria Elena Quijano Quiroz
glorenaq@hotmail.com

RESUM

A partir del cas d'una comunitat colombiana d'indígenes kankuamos que han desenvolupat estratègies per a l'autogestió de la salut individual i col·lectiva, es presenta aquesta revisió bibliogràfica contextualitzada on es pretén dialogar amb diversos autors que han estudiat temes sobre els processos de salut/malaltia/atenció en el context de la medicina tradicional indígena llatinoamericana. Ubicats en el context normatiu colombià, s'analitza si els processos d'autonomia són generadors de noves alternatives per evitar que els sabers de la medicina tradicional quedin marginats per l'hegemonia imperant del model biomèdic als sistemes de salut, entre ells, al sistema de salut colombià. Mentre es respon a aquesta qüestió, es revisa el paper dels professors com a promotors de salut i serveis de proximitat en un situació de suposada autonomia en la salut com passa en el context colombià. Considerant la complementaritat terapèutica i la interculturalitat, el diàleg de les institucions educatives amb les institucions prestadores de serveis de salut pot evitar el xoc entre models d'atenció (biomedicina – medicina tradicional). El projecte «escola saludable» té en compte la relació estreta de la comunitat amb el territori i la seva memòria ancestral. Des de baix, des de dins, segueix l'ordenament educatiu kankuamo (*Makú Jogúki*), per transitar la construcció col·lectiva de significats sobre el benestar físic, emocional, mental, ambiental i social lligat a l'espiritualitat pròpia del poble Kankuamo. Aquest projecte promou el diàleg intercultural de sabers avançant com a estratègia per brindar salut, educació i benestar integralment a la comunitat indígena kankuama.

PARAULES CLAU: processos de salut/malaltia/atenció; salut en contextos indígenes; identitat ètnica, antropologia de la salut; multiculturalisme.

ABSTRACT

Based on the case of a Colombian community of indigenous Kankuamos who have developed strategies for self-management of individual and collective health, this contextualized bibliographic review is intended to dialogue with various authors who have studied issues about processes of health/disease/care in the context of Latin American indigenous traditional medicine. Located in the Colombian regulatory context, it is analyzed whether the processes of autonomy are generators of new alternatives to avoid that the knowledge of traditional medicine is marginalized by the prevailing hegemony of the biomedical model in health systems, among them, in the Colombian health system. While this question is answered, the role of teachers as health promoters and proximity services is reviewed, in a situation of supposed autonomy in health as happens in the Colombian context. Considering therapeutic complementarity and interculturality, the dialogue between educational institutions and institutions that provide health services can avoid the clash between medical models (biomedicine - traditional medicine). The «healthy school» takes into account the close relationship of this community with its own territory and its ancestral memory. The Kankuamo educational system (Makú Jogúki) is followed bottom-up and inside-out, building on the collective construction of meanings about the physical, emotional, mental, environmental and social well-being linked to the spirituality of the Kankuamo people. This project promotes intercultural dialogue of knowledge, advancing as a strategy to provide comprehensive health, education, and well-being to the Kankuamo indigenous community.

KEY WORDS: processes of health/disease /care; health in indigenous contexts; ethnic identity; health anthropology; multiculturalism.

RESUMEN

A partir del caso de una comunidad colombiana de indígenas kankuamos que han desarrollado estrategias para la autogestión de la salud individual y colectiva, se presenta esta revisión bibliográfica contextualizada en la cual se pretende dialogar con diversos autores que han estudiado temas sobre los procesos de salud/enfermedad/atención en el contexto de la medicina tradicional indígena latinoamericana. Situados en el contexto normativo colombiano, se analiza si los procesos de autonomía son generadores de nuevas alternativas para evitar que los saberes de la medicina tradicional queden marginados por la hegemonía imperante del modelo biomédico en los sistemas de salud, entre ellos, en el sistema de salud colombiano. En tanto que se responde a esta cuestión se revisa el papel de los educadores como promotores de salud y de los servicios de proximidad en una situación de supuesta autonomía en salud como sucede en el contexto colombiano. Considerando la complementariedad terapéutica y la interculturalidad, el dialogo de las instituciones educativas con las instituciones prestadoras de servicios de salud puede evitar el choque entre modelos de atención (biomedicina - medicina tradicional). El proyecto «escuela saludable» tiene en cuenta la estrecha relación de la comunidad con el territorio y su memoria ancestral. “Desde-abajo, desde-adentro” sigue el ordenamiento educativo kankuamo (*Makú Jogúki*), para transitar la construcción colectiva de significados sobre el bienestar físico, emocional, mental, ambiental y social ligado a la espiritualidad propia del pueblo Kankuamo. Este proyecto que promueve el dialogo intercultural de saberes, da cuenta de esto, avanzando como estrategia para brindar integralmente salud, educación y bienestar a la comunidad indígena kankuama.

PALABRAS CLAVE: procesos de salud/enfermedad/atención; salud en contextos indígenas; identidad étnica; antropología de la salud; multiculturalism.

*“Lo que hace **Makú Jogúki** es enseñar, formar.
Si no educa, es culpable de los problemas que se presente en la comunidad”*

*Ordenamiento Educativo del Pueblo Indígena Kankuamo, Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia.
Cabildo Indígena del Resguardo Kankuamo (2016:24)*

1. EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN-PREVENCIÓN EN EL INTERCAMBIO CULTURAL

Para poder enfocar en términos de salud las relaciones, las redes y rituales sociales de la vida colectiva indígena, Menéndez (2002; 2009) reconoce que todo sujeto o grupo social constituye inevitablemente su subjetividad y su identidad dentro de dichas relaciones, redes y rituales sociales que, relacionados cotidianamente con la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, conforman hechos frecuentes y recurrentes en la vida de los sujetos y los colectivos. Asimismo, enfermedades y padecimientos forman parte sustantiva de los procesos sociales ya que el sujeto desde su nacimiento – cada vez más biomedicalizado- se constituye e instituye al menos en parte, a través del proceso salud/enfermedad/atención. Desde una perspectiva antropológica, cuando se habla de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos, no sólo se piensa en la enfermedad entendida desde el punto de vista biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, de tal manera que se incorporen “las tendencias asistenciales de lo cotidiano que hacen parte fundamental en los procesos de salud/enfermedad/atención” (Menéndez, 2004:11-12; Menéndez, 2006:93-101).

El proceso «salud/enfermedad/atención» (Menéndez, 2002:309) “constituye un fenómeno universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos que la integran”. En toda sociedad no sólo se generan padecimientos, sino actividades de atención, de hecho, todo conjunto social necesita producir y reproducir representaciones y prácticas respecto de los dolores, angustias, malestares y miedos que lo afectan. En todas las sociedades este proceso sigue dominando la vida cotidiana en términos de enfermedades o ‘dolores de vida’, así como en términos de ideologías y de estrategias desarrolladas para potenciar la salud y demorar el envejecimiento”. En la obra de este autor se explica que los procesos de «s/e/a» van acompañados del concepto de “prevención” «salud/enfermedad/atención -s/e/a-p-», ya que existen varias diferencias entre la perspectiva antropológica y la perspectiva biomédica en tanto que aquellas diferencias más significativas, “se organizan en torno al reconocimiento, o no, de los saberes populares como mecanismos de prevención” (Menéndez, 2009:121). En este sentido señala que “la mayoría de los criterios preventivos que usan los conjuntos sociales son socioculturales y que las comunidades manejan “saberes preventivos” no solo para las enfermedades tradicionales sino para las que reconocen como amenazantes (Menéndez, 2009:125). En sí mismo, prevenir es atención desde un enfoque relacional, plural e intercultural.

En su estudio sobre pluralismo médico y procesos asistenciales, Muela Rivera (2007) plantea que la configuración de cada sistema médico plural variará de una sociedad a otra en función de los diferentes modelos médicos presentes, y de cómo se organizan los dispositivos formales de atención. Asimismo, el contexto político, social y cultural tiene un peso decisivo en la configuración del sistema asistencial específico. Sin ir más lejos, distintas políticas sociales y de salud pueden dar lugar a condiciones y prácticas diferenciadas de utilización de los recursos asistenciales que, articuladas en contextos socioculturales diversos, facilitan un abanico dispar de prácticas de uso y consumo de los distintos modelos asistenciales.

Según Velasco-Hurtado (2009:127-140), indudablemente del resultado de un fenómeno cultural -conocido como «aculturación» o «transculturación» que se ha ido produciendo en el tiempo, y la medicina practicada en pueblos indígenas fue integrando en su modelo distintos elementos. Este fenómeno ha operado en doble sentido, por cuanto también los españoles fueron adoptando algunos elementos de la medicina originaria. Por ejemplo, los médicos de los Andes aplicaban preparaciones de corteza del árbol de la quina para tratar la fiebre, procedimiento que luego empezaron a usar los europeos. De este modo, con el tiempo se fue estructurando una «medicina tradicional» (Menéndez, 1994:71-83) que ha ido integrando elementos que originalmente no les eran propios, junto con su acervo cultural netamente andino. Para situar estos elementos en los procesos s/e/a-p en comunidades indígenas colombianas, se referencian las narrativas recabadas por Pinzón, Garay y Suárez (1993:137-152) con chamanes y médicos tradicionales que ejercían este modelo de atención:

“Muchos indígenas hoy van a la escuela y las aprenden de otra manera, ven la foto de la planta como yo les mostré las fotos de las borracheras en Europa y las confunden con el espíritu de las plantas. Incluso las vuelven objetos y algunos las venden sin saber que están vendiendo. Otros ya ni siquiera creen en ellas y prefieren ir donde los doctores”. Relato de don Sebastián¹ citado por Pinzón, Garay y Suárez, (1993:138-151).

Consecuentemente, la división de la humanidad en grupos claramente diferenciados en función únicamente de su religión, su nacionalidad o el color de su piel no es sólo una manera simplista de aproximarse a la realidad de la diversidad humana, sino que representa una óptica peligrosa, sobre todo cuando esta representación se perfila como un trampolín para la violencia real o simbólica. Muchas personas que se identifican como indígenas están en la encrucijada de dos caminos, el ser blanco, por la educación recibida, por asimilación de la cultura hegemónica frente al ser indígena, por pertenencia a un grupo familiar, por su lugar de origen, por su conexión/desconexión con el territorio. Adicionalmente, el multiculturalismo está relacionado con la globalización, y los diferentes grupos utilizan los medios de transporte o los medios de comunicación para conocer o aspirar a otros tipos de servicios en salud. Si bien el supuesto modelo multicultural del sistema de salud colombiano que ha dado cabida como

¹ En las investigaciones de Pinzón, Garay y Suárez realizadas en comunidades indígenas colombianas (1993:137-138), son relevantes los relatos y las entrevistas a don Sebastián, médico tradicional indígena, hijo de un famoso chamán del Valle del Sibundoy, quien practicaba la medicina tradicional indígena en los territorios originarios y que también atendía en Bogotá a los indígenas desplazados.

buena y deseable a la diversidad cultural distaría por ser opuesto a un modelo asimilacionista que implicaría que las minorías abandonasen sus tradiciones culturales reemplazándolas por las de la mayoría de la población, no necesariamente está fomentando la práctica de las tradiciones étnico-culturales de los pueblos indígenas a los cuales atiende.

2. CUANDO EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN- PREVENCIÓN SUCEDE EN CONTEXTOS INDÍGENAS

Tal como sostiene Comelles (2004:22) “muy poca investigación se construye sobre etnografías de las relaciones entre los ciudadanos, los profesionales y las instituciones, y menos aún se plantea que el hecho de que la diversidad cultural y sobre todo la construcción de significados culturales en un contexto como en el que vivimos no puede hacerse sobre la base de protocolos de «identificación» cultural administrativa, sino comprendiendo la complejidad de las identidades múltiples de los ciudadanos de una sociedad moderna”. Es en este escenario basado en el mestizaje cultural y la hibridación donde pueden observarse cambios muy profundos y diversos, en la percepción de las amenazas de salud en las sociedades desarrolladas, en los patrones de uso de los servicios y en la retórica política que sustituye hoy la idea de enfermedad por la de salud, “menos médica y más política, menos particular y más universal en un contexto en el que se habla, precisamente de reducir el catálogo de prestaciones de enfermedad. Pero en un contexto en el que la diversidad cultural es un problema nuevo, crucial para el sector salud y para los antropólogos que nos confrontamos con él” (Comelles, 2004:22).

Con una mirada antropológica crítica, Pinzón, Garay y Suárez (1993) presentaban la relación existente entre cultura y salud, haciendo énfasis en “el sujeto social en América Latina”. En su compilación sobre políticas y experiencias sobre la construcción de las Américas, atienden al entremado social entre “actores-institución, actores-comunidad y actores-investigadores” que constituían las etnografías atravesadas por el discurso de la modernidad, a su vez, interpelada por la capacidad de resistencia de los grupos étnicos para diseñar contradiscursos. Conscientes de la multiplicidad de tramas, Pinzón, Suárez y Garay (1993:135-152) se enfocan en “lo cotidiano cultural, una modalidad chamánica de curar” brindando elementos relevantes para analizar el proceso salud/enfermedad/atención en contextos indígenas.

2.1. Descentrando el drama chamánico

Los investigadores sociales se han acostumbrado a buscar en las culturas indígenas la dimensión de la terapéutica como un lugar privilegiado en donde terapeuta y paciente se entrelazan en la búsqueda del proceso curativo. El hospital, el consultorio, la iglesia, el lugar ceremonial sirven como modelos para buscar el «drama estelar del proceso de curación». Si bien, algunas culturas espectacularizan el momento culminante de la curación como una forma de convalidación social y el paciente es sacudido por un trance o una crisis cuyo drama revela

la intensidad de la vivencia, este episodio nunca está separado del mundo de eventos ordinario donde surgió la enfermedad como tampoco está separado del mundo cotidiano donde continuará su vida una vez curado (Pinzón, Suárez y Garay, 2003).

Según el relato de las investigaciones etnográficas de Pinzón, Garay y Suárez (1993), en el Valle del Sibundoy en Colombia, se puede comprender la retroalimentación entre lo ritual sagrado y el recurso cotidiano cultural formando el eje alrededor del cual gravita el proceso de curación. En este ejemplo etnográfico los autores afirman que “el aporte singular se despliega sobre el espacio de lo cultural cotidiano como «locus de reorganización» de la vida del enfermo”. Indican que se trata de penetrar más profundamente lo que de ordinario se llama tiempo y espacio profano para demostrar que, al contrario de lo que comúnmente se piensa, “la esfera de lo sagrado no se constituye en «drama estelar» de una manera exclusiva. Junto con el drama ritual coexiste el silencioso drama de la vida cotidiana, del cual el chamán obtiene un sinnúmero de recursos que le permiten que la terapia no se aleje del tiempo y del espacio en los cuales hay que vivir siempre”. A través de este análisis antropológico, Pinzón, Garay y Suárez (1993:143) desvelan lo que denominan «descentramiento del drama chamanístico» como un aspecto trascendental al tratar de comprender los procesos de salud/enfermedad/atención en contextos indígenas. Advierten que la espectacularidad ritual no cesa de ser descrita y reescrita en las etnografías sobre chamanismo o de aparecer bajo una forma colectiva en las grandes fiestas. La majestuosidad de la parafernalia colectiva sigue cautivando la atención etnográfica y convirtiendo la vida de las comunidades en una yuxtaposición de sucesos espectaculares. Reconocen que a través de una larga experiencia con esta búsqueda de los dramas rituales de la terapia estelar “habrían de encontrarse con la fuerza obstinada de la realidad que, desde sus primeras enmudecidas apariciones, terminaron por llamarlos a gritos para descentrar el drama chamanístico” (Pinzón, Garay y Suárez, 1993:143). En este sentido, y siendo de gran interés para la antropología de la salud y la investigación asistencial, como describen la cotidianización de la salud en la vida diaria.

Cuando se pretende integrar en el análisis las tendencias asistenciales de lo cotidiano (Menéndez, 2006:93), este autor advierte que especialmente los grupos subalternos “tienen interés en solucionar sus problemas específicos de enfermedad en forma inmediata”, por lo que la participación en prácticas de salud/enfermedad/atención sucede en la esfera microgrupal, incluso solo a nivel individual (Menéndez, 2006:97). Como ocurre en zonas indígenas latinoamericanas, en aspectos que tienen que ver con la salud, se articula el rol de “curador tradicional”, quien apela a aspectos identitarios y quien, a veces, se convierte en líder local desarrollando “tipos de participaciones alternativas que a veces están relacionadas con proyectos políticos” (Menéndez, 2006:101). Los promotores de salud local juegan un papel fundamental en el diálogo de saberes. A través de este intercambio se busquen los factores protectores, los factores de ruptura, los campos comunes de los saberes. Una vez establecida esta intención los promotores de salud son los protagonistas de un refuerzo efectivo de la cultura tradicional indígena y frente a una disminución de elementos impuestos arbitrariamente por los modelos hegemónicos para que una vez equilibrados, verdaderamente contribuyan a la solución de problemas de salud. En este sentido las intervenciones de los servicios de

proximidad deben adecuarse a las características de cada grupo indígena que se convierten en apropiados aprovechando la gran oportunidad que supone el proceso participativo y de autogestión de los mismos cabildos en la prestación de servicios en salud. Arias Valencia (1993:59-84), en su trabajo acerca de la apropiación del proceso salud enfermedad con la comunidad recomienda a los profesionales de la salud que “solo se puede respetar lo que se conoce y se comprende”, por lo tanto, se deben conocer, comprender y respetar a partir de su lógica para las acciones de salud.

2.2. Comprendiendo la racionalidad de grupos indígenas latinoamericanos para comprender las prácticas cotidianas de salud

Según los estudios de casos realizados con indígenas Saraguros del Ecuador descritos por Martín López (2007) los principios de la racionalidad indígena andina que explican en gran parte su cosmovisión son: la relacionalidad, la correspondencia, la complementariedad y la reciprocidad. Bajo estos principios que explican su cosmovisión se construyen los grandes elementos de identidad indígena: el territorio y sobre todo su particular relación con la tierra y la forma de trabajar con ella.

... “todos nos estábamos tristes de estar lejos de la familia, de no poder recibir cariño, de no poder levantarse y caminar, ni comportarse como una persona viva... Yo no estaba enfermo ni de los brazos, ni de la cabeza y no me dejaban usarlos. Cuando estaba hospitalizado no me dejaban salir a cuidar las matas, a desgranar semilla...” Relato de Don Sebastián citado por Pinzón, Garay y Suárez (1993:138-151).

En este sentido, una de las principales características del mundo indígena es la consideración de la superficie de la tierra como una entidad viva, la Madre Tierra (*la Pachamama*), la que da vida. Como entidad viviente debe ser considerada como una unidad, y por eso mismo debe ser alimentada y cuidada. Responde al trato que se le da; y esto es muy importante, porque si se toma en cuenta a la Madre Tierra, si se la alimenta y respeta, si se le da lo que necesita, ella responde con buena vida, sustento, tranquilidad y equilibrio.

“A veces lo importante no son las plantas como usted las ve sembradas o puestas en un remedio. Hay con ellas una comunicación más vital, tan vital que mucha gentecita de la nuestra, se olvida de ellas. Y ahí es cuando uno pierde esos hilos invisibles que toda la vida le han dado un mundo, una vida que llevar. Uno se extravía de las plantas”. Relato de don Sebastián citado por Pinzón, Garay y Suárez (1993:138-151).

No se puede omitir que las poblaciones indígenas se han desarrollado en condiciones ambientales sumamente rigurosas. En ellas, la idea de la montaña² es paradigma de la organización comunitaria, de la naturaleza y del cuerpo humano.

² Como menciona Velasco-Hurtado, la **metáfora de la montaña** refleja el control vertical de la naturaleza y el concepto de ecología que construyeron los andinos. Se divide tres partes: la cabeza o la zona más alta de la montaña (*uma pacha*), esencialmente fría, con escasa vegetación y donde moraban muchas deidades; el tronco o cuerpo (*uku pacha*), zona intermedia, de clima templado y con mayor abundancia de animales y vegetales; y las extremidades o región inferior (*manqhapacha*), donde se hallaban la mayor parte de las comunidades.

También es relevante incorporar que, la noción de enfermedad en el mundo indígena andino se extiende a los animales y a la tierra, es decir, la dolencia de la Pachamama puede ocasionar la de los seres vivos. Se trata de una cultura altamente integrada con el medio ambiente. En ella el ser humano es un elemento de un todo, de modo que animales y humanos forman una comunidad en la que existe un equilibrio que involucra a todos. En ese sentido, la cultura indígena andina implica la idea de unidad ecológica; al menos una parte de las enfermedades tiene que ver con transgresiones del equilibrio entre persona y entorno. Mientras una persona tenga en cuenta a la Pachamama y ésta forme parte de sus vivencias cotidianas todo irá bien. Pero en el momento en el que se falte el respeto a las costumbres aparecerá un castigo que puede adoptar diversas formas (fracaso, ruina, enfermedad).

“Él era una planta con las raíces afuera, como desenterrado. Nosotros no hemos hecho sino ayudar a que vuelva a sembrarse en su sitio. Él está recobrando su cuerpo. Y es que estar enfermo, de alguna manera, es estar enemistado con uno mismo, con su gente”. Relato de don Sebastián citado por Pinzón, Garay y Suárez (1993:138-151).

Hay un mundo invisible de deidades, pero no están fuera del ámbito del ser humano, sino que intervienen directamente en su estado de salud o enfermedad. Actualmente se están mostrando las formas peculiares en que las culturas indígenas de América Latina y de otros continentes conceptualizan la situación del cuerpo, que no está vinculado únicamente con la personalidad y el ámbito físico, sino también con el cuerpo ecológico y con las organizaciones sociales. Por tanto, cualquier alteración del orden de esos distintos niveles del entorno puede ocasionar daños, enfermedades o castigos en el ámbito del cuerpo biológico. Alteraciones en la unidad de la montaña, en el cuerpo ecológico, en la integración del ser humano con los pisos ecológicos al que el *ayllu* pertenece, pueden producir daños a veces irreparables en el cuerpo fisiológico del individuo.

Otro concepto que es importante tener en cuenta es el de la reciprocidad, que debe reflejarse en los distintos niveles vivenciales de la cultura indígena. En primer lugar, en la relación entre el ser humano y el mundo sobrenatural que lo rodea, y que obliga al ser humano a observar una serie de deberes rituales que le permiten devolver a la Pachamama o a los dioses un don originario que ha habilitado a cada grupo humano para establecerse como tal y buscar formas de adaptación del medio ambiente, cumpliendo una serie de reglas que tienen una expresión en el ritual. En la relación armónica que deben mantener entre sí todos los individuos, ya sea en el interior de la familia o en los distintos niveles que caracterizan el cuerpo social. La transgresión de las normas, en la medida en que rompe el ciclo de la reciprocidad, e interrumpe la armonía en cada uno de los niveles de la vida humana en las culturas indígenas, ya sea en el ámbito ecológico, ya sea en el ámbito del cuerpo social, es un elemento que puede causar la aparición de la enfermedad. Tal como plantea Esteban (2004:27) las relaciones entre el yo y el cuerpo no son las mismas en las diferentes sociedades, y que en Occidente se da una individualización de yo, y por tanto, de la experiencia corporal que no se encuentra en otros lugares. En el caso de los grupos indígenas, la particular forma de conceptualizar el cuerpo individual, ecológico, social y religioso, supone asentar la reciprocidad y armonía como elementos del equilibrio dinámico necesario para poder generar armonía con la vida humana, y también en el proceso de salud/enfermedad.

“Justico en ese punto lo agarré yo. Yo tenía que hacerlo entrar con suavidad, sin culpa, al mundo que había abandonado. En el fondo, el muchacho sentía miedo, rabia, confusión, y de ahí era que había que recogerlo... Él estaba desgarrado... Para poderlo volver, para regresarlo al mundo de la vida, sin miedo, había que quitarle la vergüenza, la yerba mala que se alimentaba de él...” Relato de don Sebastián citado por Pinzón, Garay y Suárez (1993:138-151).

Por otro lado, la transgresión a cualquier nivel, no solamente en el ámbito estrictamente del cuerpo fisiológico sino en el ámbito de la normatividad y en la ética de los comportamientos, puede ser causante del padecimiento y que hace que las personas busquen formas para resolver las distintas enfermedades eventualmente originadas a raíz de dicha infracción.

“A veces lo importante no son las plantas como usted las ve sembradas o puestas en un remedio. Hay con ellas una comunicación más vital, tan vital que mucha gentecita de la nuestra, se olvida de ellas. Y ahí es cuando uno pierde esos hilos invisibles que toda la vida le han dado un mundo, una vida que llevar. Uno se extravía de las plantas. A veces la ambición, otras veces la vergüenza rompe esos hilos, y cuando uno menos se da cuenta, uno ya no pertenece a nada”. Relato de don Sebastián citado por Pinzón, Garay y Suárez (1993:138-151).

En este orden de ideas, comprender a *grosso modo* la visión de estas comunidades a la luz de las nuevas teorizaciones acerca de la salud en contextos indígenas, que insisten en la necesidad de hacer más compleja y diversa la visión dominante sobre la construcción de identidad y los procesos de individualización y personificación, aportaría a la exploración de los procesos de salud/enfermedad/atención en estas comunidades. De hecho, justifican análisis concretos de casos con esta perspectiva y enfocar la atención en los cambios históricos que sufren los colectivos y, por supuesto, a la variabilidad interna de cada grupo indígena integrado en regiones avocadas a la multiculturalidad. Los mismos procesos de socialización a través de la educación, los medios de comunicación hacen que los mismos integrantes de las comunidades indígenas hayan perdido sus referentes de sus propios sistemas de curación ancestrales. De hecho, los indígenas han “emigrado” a pueblos, cabeceras municipales para “obtener salud” y en para obtener esos cuidados deben integrarse al Sistema de Salud.

3. ENTORNO DE SALUD PARA LOS INDÍGENAS EN EL CONTEXTO COLOMBIANO

En el entorno sanitario colombiano, una Entidad Promotora de Salud Indígena (EPS-I) es una entidad pública de carácter especial sin ánimo de lucro, autorizada y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, comprometida con la salud, progreso y desarrollo de la comunidad (Decreto 0330, 2001). La legislación colombiana da marco legal al desarrollo de entidades de salud mixtas (recursos públicos y privados) para la gestión de los recursos para la salud que les otorga el Estado (Ministerio de Protección Social, 2005). La ley establece que pese a que los resguardos indígenas están sometidos a un régimen especial, mientras no se constituyan en entidades territoriales, pueden crear Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena (IPS-I), que hacen parte de la red pública como unidades prestadoras del servicio de salud a nivel territorial según lo dispuesto en los artículos 25 de la Ley 691 de

2001y artículo 54 de la Ley 715 de 2001, donde se precisa que las IPS-I hacen parte del Sistema General de Seguridad Social -SGSS-. Además, la legislación considera que las IPS-I son empresas prestadoras de los servicios de seguridad social en salud y hacen parte de la red pública como unidades prestadoras del servicio de salud a nivel territorial, de acuerdo con lo previsto en los artículos 25 de la ley 691 de 2001 y 54 de la ley 715 de 2001. Por lo tanto, las IPS-I creadas en los resguardos son entidades del orden municipal, según la jurisdicción a que pertenezcan, y hacen parte de la red pública como unidades prestadoras del servicio de salud a nivel territorial.

Tal como Baronet y Mazars (2010:121-183) mencionan para este contexto, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas -EPS-I- se desarrollan entre la imposición de una inserción al mercado y una experiencia de gobierno propio de la salud surgiendo en el proceso de la construcción de autonomía de territorios. En este particular sistema, los cabildos indígenas deciden sobre planes de desarrollo social en términos de respuestas a la descentralización administrativa por parte del Estado, la supuesta autonomía para los pueblos y la repatriación de la financiación. Inicialmente esta situación fue una imposición inducida por los cabildos al aceptar una afiliación colectiva al sistema de salud, que se justificaba con la idea de que haría posible la integración en la asistencia sanitaria de los conocimientos y la medicina propia del grupo indígena (o tradicional). A largo plazo, estas EPS-I se han venido convirtiendo en un espacio “mixto” de diversos modelos médicos, todos en proceso de institucionalización a través de las IPS-I. Las experiencias de gestión propia de la política social descritos por Baronet y Mazars (2010:121-183) sobre los pueblos indígenas de Colombia respecto a los servicios públicos de salud dejan bastantes aspectos a debatir. De hecho, diversos factores han marcado este proceso de autogestión en salud, principalmente el inicial y más determinante como lo fue la ‘afiliación colectiva’ que marcaba la inclusión automática de los indígenas en el Régimen Subsidiado, situación casi privilegiada y exclusiva para este colectivo, dado que nunca habían recibido ningún tipo de prestación sanitaria formalizada del Estado. En segundo lugar, en el establecimiento de estas entidades de salud (EPS-I e IPS-I) se favoreció de manera muy importante la creación de empleo para los indígenas, situación relacionada con la entrada al “mercado de la salud” de diversas empresas de prestación de servicios de salud y que trajo recursos económicos adicionales a la población cuando adquiría empleo formal, añadidos a los recursos provenientes de las partidas estatales (sistema general de participaciones) destinadas para gestionar la asistencia sanitaria por cuenta de los cabildos.

Progresivamente los representantes de los cabildos indígenas se han ido responsabilizando de la gestión de prestación de los servicios sociales a nivel comunitario, trasladando los modelos de las otras empresas prestadoras de salud en términos administrativos y también de la asistencia propiamente dicha. Sin embargo, al tratarse de “empresas mixtas” con financiación del sistema de general de participaciones, teóricamente implicaba una práctica diferente a las empresas privadas, pero en la práctica se convirtió en un traslado de los modelos administrativos y asistenciales ya establecidos del modelo biomédico hegemónico. En este proceso de supuesta descentralización, el Estado se descompromete de su responsabilidad de financiar y aportar competencias técnicas y aparece una nueva dinámica

de gestión directa y conflictiva de los fondos públicos. Con la dilución de responsabilidades del Estado y el creciente número de actores, proliferación de negociaciones y gran diversidad de intermediarios surgen problemas de corrupción de varios de los actores implicados.

Con esta problemática, y en un contexto de pobreza y marginalización social que históricamente ha afectado a los grupos indígenas, las EPS-I se ven plenamente afectadas y prestan servicios de salud precarios. En consecuencia, se amplía la brecha entre derechos y prácticas de la política social indígena. Ante esta reforma, y aún a pesar de la realidad comentada, es necesario rescatar los avances y los aciertos de este proceso. Para este caso de gestión propia de los servicios de salud, ha sido evidente que la mayor autonomía permite encontrar en la práctica nuevas soluciones comunitarias a los problemas. En este sentido, la participación activa de los grupos indígenas “reconfigura” los espacios de autonomía. Otro aspecto positivo es que la participación social local aparece como una condición imponderable en la viabilidad de tales proyectos étnicos de política social. Y el principal logro de este caso es la relevancia de la acción social de los agentes que atienden a nivel local un servicio de proximidad en relación directa con la comunidad. En este proceso de autogestión de la salud, los promotores en salud indígena están inscribiendo el marco cultural e identitario de los grupos indígenas. Si verdaderamente desde las direcciones de las EPS-I se asumiera que cada grupo tiene algo que ofrecer a los otros y también aprender de ellos la “institucionalización” respetaría y representaría los significados de los procesos de salud enfermedad. Entonces ¿las EPS-I ¿han tenido en cuenta la visión cultural para construir las organizaciones de salud? O en realidad ¿han trasladado el modelo biomédico a los poblados alejados? Está claro que las EPS-I utilizan supuestas identidades étnicas para constituirse como organizaciones prestadoras de servicios, y como tales, y con o sin plena consciencia, potencian la competencia económica del grupo. ¿Realmente se está proclamando y expresando sus identidades étnicas por motivos económicos e incluso políticos, al pertenecer las EPS al modelo de mercado de servicios de salud propiciado por el mismo sistema? Relacionando este marco identitario de los grupos indígenas con aspectos propiamente relacionados con procesos de s/e/a surgen las cuestiones de interés en el contexto indígena colombiano como lo son la creación de un espacio “mixto” en proceso de institucionalización, plantearse como se incorpora la visión integral de la salud ya que el modelo indígena, en términos de cosmovisión incorpora al medio ambiente, profundizar en los facilitadores para el dialogo y los mecanismos de confrontación entre medicinas tradicional y el modelo biomédico hegemónico. En este sentido existen claras dificultades en la incorporación de curanderos, chamanes, sabios indígenas en el “mercado de la salud” pero en contraposición emerge el rol de los promotores de salud locales y otros servicios de proximidad.

En contextos indígenas colombianos, la creación de las EPS-I han supuesto retos fundamentales que acompañan la reproducción y vivencia de sus prácticas identitarias en un nuevo contexto organizacional marcado por nuevas relaciones y roles en salud, no sólo externas a los colectivos, sino que se viven también en su interior, ya que en temas de procesos de salud/enfermedad/atención/curación han sucedido innumerables y diversas redefiniciones de significados de la propia tradición y reproducción cultural. Pero, en el

supuesto de que se intentara replantear este proceso y sobre todo para el desarrollo adecuado del rol de promotores de salud locales y de otros servicios de proximidad valdría la pena reflexionar acerca de cómo se construyen estas nuevas identidades que surgen para adaptarse a la prestación de servicios de salud.

En Colombia se ha continuado el proceso participativo con representantes de diferentes grupos étnicos, quienes han propuesto el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural para dar respuesta al reconocimiento, respeto y fortalecimiento de la diversidad étnica y cultural del país. Según el Decreto 1953 de 2014, el «Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural -SISPI-» es “el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas”. La interpretación de esta legislación colombiana tiene como fundamentos: (a) la autonomía y libre autodeterminación, (b) la identidad Cultural, (c) el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, (d) la territorialidad, (e) la unidad, (f) la integralidad, (g) la universalidad (h) la coordinación, y (i) la interpretación cultural (Decreto 1953 de 2014, artículo 10). Este sistema de salud propio se rige por los principios de accesibilidad, complementariedad terapéutica³, reciprocidad e interculturalidad⁴. Teniendo en cuenta los derechos de las comunidades indígenas y los fundamentos mencionados, este sistema está desarrollado con un “enfoque intercultural desde el diálogo de saberes para lograr una articulación que garantice el derecho a la salud y a las prácticas culturales de la población indígena” (Vélez-Álvarez et al, 2021:150). En este marco de legitimidad legal, se desarrollan conceptos que determinarán la forma como se articularían los procesos salud/enfermedad/atención. Por ejemplo, en su artículo 76 este decreto incluye el concepto de «salud propia»⁵ y también desarrolla los componentes del SISPI como: (1) Sabiduría ancestral⁶, (2) Político-organizativo, (3) Formación, capacitación, generación y uso del

³ **Complementariedad terapéutica:** “el SISPI garantizará la integralidad en el cuidado de la salud a través de la medicina propia de los pueblos indígenas y de la que brinda el SGSSS, incluidas las medicinas alternativas incluidas dentro de este último, en una dinámica de diálogo y respeto mutuo (Decreto 1953 de 2014, artículo 75).

⁴ **Interculturalidad:** “es la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio” (Decreto 1953 de 2014, artículo 75).

⁵ **Salud Propia:** “es la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud” (Decreto 1953 de 2014, artículo 76).

⁶ **Sabiduría Ancestral:** “son los conocimientos propios y espirituales de los pueblos indígenas, practicados culturalmente de forma milenaria y que se transmiten por generaciones a través de las autoridades espirituales permitiendo la existencia física y cultural de los pueblos indígenas. Su objeto es fortalecer y orientar las prácticas culturales de cada pueblo como núcleo fundamental en el desarrollo de los demás componentes del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural” (Decreto 1953 de 2014, artículo 78).

conocimiento en salud, (4) Cuidado de salud propia e intercultural⁷, (5) Administración y gestión (Decreto 1953 de 2014, artículos 78 a 82).

Analizando los conceptos establecidos se coincide con lo que señalan Vélez-Álvarez et al.:

“la visión de interculturalidad aplicada a la atención en salud emerge como una respuesta articulada a las necesidades de los pueblos indígenas, y se convierte en un reto no sólo para los tomadores de decisiones en función de cómo prestar el servicio con esta visión, sino, para los formadores de auxiliares, técnicos y profesionales en salud cuya responsabilidad radica en entender y respetar su visión y cosmovisión, conocerlas y reconocerlas como actores de derecho en la prestación del servicio mismo” (2021:150-151).

Otro aspecto relevante de la creación de este Sistema de Salud en cuanto a la autogestión y participación comunitaria es que deja establecidas las relaciones entre el sistema de salud con el sistema educativo⁸ de las comunidades indígenas. Inclusive la conexión explícita con «Sistema Educativo Indígena Propio»⁹ incluida en este Decreto permite anticipar que educadores, autoridades religiosas, médicos tradicionales, parteras, y otros agentes sociales se convertirán en actores relevantes en la autogestión de salud. Esta descrito el entramado para poner en marcha modelos interculturales plurales y afines con una “cosmovisión autonómica territorial y comunal (Escobar, 2018:168).

⁷ **Cuidado de salud propia e intercultural:** “son las acciones en salud propia y complementaria que se realizan con las personas, las familias, la comunidad y con el territorio, que tiendan a promover y proteger la salud, y a prevenir y tratar la enfermedad con el propósito de promover, recuperar y mantener la armonía y el equilibrio. A través de este componente se reconoce y fortalece la implementación de las formas del cuidado integral de la salud de cada pueblo, de acuerdo con sus dinámicas, políticas, organizativas, territoriales y cosmogónicas para el buen vivir de los pueblos y coordinar acciones con otras prácticas médicas reconocidas al interior de las comunidades, siempre que las mismas no vayan en detrimento de los saberes ancestrales y que permitan la pervivencia física, espiritual y cultural de los pueblos. La expresión proteger se entenderá como las acciones propias de salud desde la sabiduría ancestral tendientes a mantener la armonía y el equilibrio en los pueblos indígenas. Cada pueblo indígena diseñará las formas del cuidado de salud propia e intercultural en sus territorios para lo cual el Estado garantizará las condiciones financieras para su desarrollo, en coordinación, articulación y complementación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollando los mecanismos para operar las formas del cuidado de la salud en el marco del SISPI de manera concertada” (Decreto 1953 de 2014, artículo 81).

⁸ **Educación Indígena Propia:** es el “proceso de formación integral colectiva, cuya finalidad es el rescate y fortalecimiento de la identidad cultural, territorialidad y la autonomía de los pueblos indígenas, representado entre otros en los valores, lenguas nativas, saberes, conocimientos y prácticas propias y en su relación con los saberes y conocimientos interculturales y universales” (Decreto 1953 de 2014, artículo 39).

⁹ **Sistema Educativo indígena Propio (SEIP).** “es un proceso integral que desde la ley de origen, derecho mayor o derecho propio contribuye a la permanencia y pervivencia de los pueblos indígenas. Este proceso integral involucra el conjunto de derechos, normas, instituciones, procedimientos y acciones que garantizan el derecho fundamental a la educación indígena propia e intercultural, el cual se desarrolla a través de los componentes político-organizativo, pedagógico y administración y gestión, los cuales serán regulados por las correspondientes normas. Los ciclos o niveles del SEIP, para efectos de la asignación y uso de recursos del Sistema General de Participaciones y del aseguramiento de la calidad y pertinencia del sistema, tendrán correspondencia y equivalencia con los niveles educativos establecidos en la Constitución Política, con los niveles de la educación superior, y con la atención de la primera infancia” (Decreto 1953 de 2014, artículo 39).

4. EL CASO DE LA COMUNIDAD INDÍGENA KANKUAMA

Los indígenas Kankuamos son una comunidad estrechamente ligada con el territorio¹⁰ y con su memoria ancestral. Sus integrantes se ubican en el norte de Colombia (ver figura 1), en la vertiente suroriental de la Sierra Nevada de Santa Marta (CIT, 2011:15), la cual es un sistema montañoso litoral, separado de los Andes, que se eleva desde las costas del Mar Caribe hasta alcanzar 5775 msnm y que cuenta con una superficie de 2.376.400,12 hectáreas aproximadamente (Ministerio del Ambiente, 2019).

Figura 1: Ubicación geográfica de la Sierra Nevada de Santa Marta en Colombia



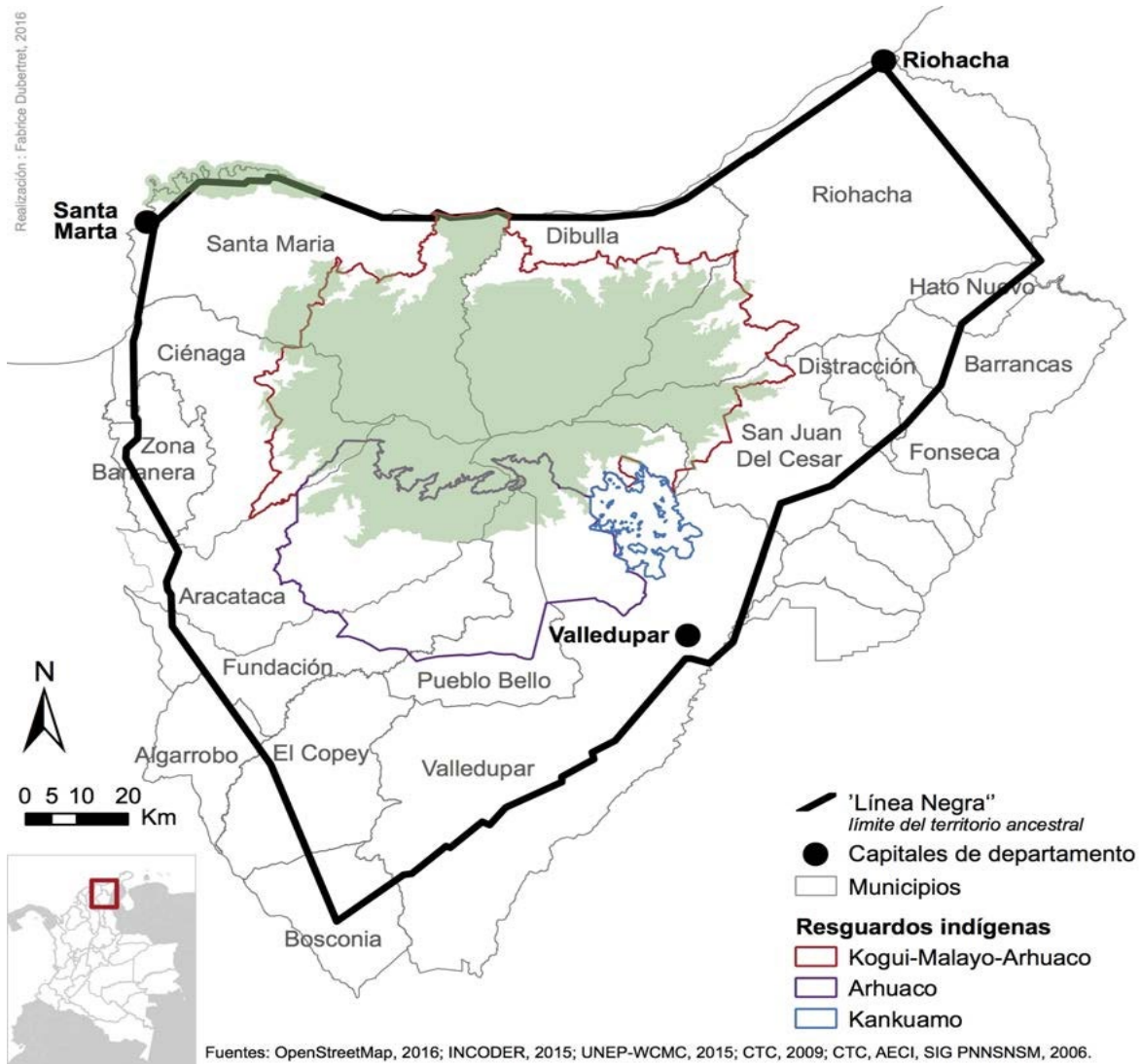
Fuente: Google Maps, 2021

¹⁰ Para los indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, “el concepto de territorio abarca tanto la dimensión espiritual, que remite a la Ley de Origen y la Madre Tierra, como la dimensión material que evoca el espacio donde se desarrollan las culturas. Cada pueblo posee su propio territorio, en el cual se sustenta la cultura y se teje el mundo de relaciones, conocimientos y valores. No es imaginable, desde esta óptica, una vida y desarrollo de cualquiera de estos pueblos sin el territorio. En la misma medida en que se restrinja o deteriore el territorio se disminuyen las posibilidades de preservación de la integridad cultural.” (CIT, 2010:40).

Desde 1979, la Sierra Nevada de Santa Marta ha sido declarada por la UNESCO como Reserva de la Biosfera por su gran red de ecosistemas que albergan innumerables formas de vida y que son hogar de varias comunidades indígenas quienes intentan desarrollar una política para la recuperación de sus tierras ancestrales con el fin de fortalecer su cultura y ayudar a sus prácticas tradicionales de conservación (UNESCO, 2020).

La Sierra Nevada de Santa Marta, entendida como territorio primigenio, está delimitada por «la Línea Negra» que circunda este territorio e integra los sitios sagrados (ver figura 2) de cuatro resguardos indígenas (CIT, 2020).

Figura 2: Ubicación de los resguardos Indígenas en la Sierra Nevada de Santa Marta



Es en sí misma, dicha Línea Negra es un “concepto espiritual, cultural y físico de la Ley de Origen (Ministerio de Cultura, 2016; López Rozo, 2020:45) y está “compuesta de conexiones o puntos sagrados que hacen de esta una dimensión transcendental en el territorio” (Arias Arias, 2017:15).

Los kankuamos hacen parte de los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada, junto con el pueblo Arhuaco, Kogui y Wiwa. Según su cosmovisión, los cuatro pueblos tienen el compromiso del equilibrio natural de la Sierra Nevada (OIK, 2010:7-8).

Figura 3: Representación de los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta



Fuente: fotografía propia de los autores del mural ubicado en la Institución Agrícola Educativa La Mina, 2019

Estos pueblos entienden la creación del mundo y el origen de los pueblos desde:

“una misma fuerza creadora que engendró y estableció a los cuatro como pueblos hermanos en el territorio de la Sierra Nevada, dejando a cada uno de ellos funciones diferentes, pero complementarias para el cuidado de los bienes naturales del territorio y la retribución espiritual por el usufructo de los mismos, así como para garantizar el equilibrio del Universo. Para estos pueblos el territorio de la Sierra Nevada en su totalidad es el corazón del universo. Un espacio que exige una gran responsabilidad y un delicado manejo por parte de los pueblos allí asentados, tanto por la fragilidad como por lo que representa para el planeta en general. Para tal fin, a cada pueblo le fue entregado desde el origen, una Ley que es inmutable en la misma medida en que lo es el funcionamiento del universo” (CIT, 2010:39-40).

La cosmovisión kankuama vincula a los humanos con los elementos de su entorno, es decir con “las cosas visibles y con las fuerzas que solo se sienten”. Desde tiempos de Origen la visión cosmogónica, vinculante y holística, corresponde a una filosofía de vida que propicia bienestar material y a la vez plenitud espiritual. Las kankuamas y kankuamos están encargados de mantener en orden la Ley de Origen para generar “un equilibrio entre la naturaleza, la humanidad y la Madre Universal o mundo espiritual” (Cabildo Indígena del Resguardo Kankuamo, 2016:13).

Durante la colonización y aculturación, esta cosmovisión fue debilitándose casi hasta el punto de extinción. Sin embargo, el proceso organizativo y de “renacer kankuamo” (OIK, 2010:8-22) se ha ido recuperando esta visión cosmogónica como alternativa “para la construcción de una sociedad armónica, respetuosa, y con profunda libertad humana en relación con la Naturaleza” porque para el pueblo kankuamo “todo lo que hay en el universo es animado y tiene vida.

Cada ser se complementa y completa a los demás” (Cabildo Indígena del Resguardo Kankuamo, 2017:13). En el saber del pueblo kankuamo:

“Territorio es la vida, y es identidad cultural. Hay cosas específicas que solo están en él, como los espacios sagrados. Y en este no solamente habitan los seres humanos, sino también los padres espirituales que viven en él. El territorio es equilibrio y armonía. Todo funciona a la perfección, el territorio es orden y nos ordena a nosotros” (Arias Arias, 2017:24).

En el reconocimiento de los saberes kankuamos se considera el territorio como “realidad sociocultural” (Cabildo Indígena del Resguardo Kankuamo, 2017:20). Por tanto, el fundamento y la razón de ser del indígena kankuamo es el territorio. Asimismo, el territorio es equiparado al cuerpo, porque desde su concepción no están separados (Arias, 2017:25):

“El cuerpo y el territorio son vivos, uno representa al otro, uno le da fuerza al otro de manera mutua. Si yo afecto mi cuerpo afecto el territorio. Si yo afecto la tierra o el medio ambiente me estoy afectando yo mismo. Todo lo que tiene el territorio lo tenemos nosotros, tenemos un poquito de roca, de aire de agua. Y la mujer es el territorio.” (Arias Arias, 2017:25).

Investigaciones como la de Mateus Arciniegas (2016) entienden el análisis del cuerpo indígena como una oportunidad para entender la comunidad Kankuama. Argumenta que la “construcción del cuerpo, las expresiones subjetivas de la corporalidad y las técnicas corporales permiten trascender el discurso político y adentrarse sendas de la memoria histórica gestual”. Inclusive lo considera como material de discusión y material histórico de recuperación “en el marco contemporáneo de la reetnización” que están efectuando los indígenas Kankuamo (Mateus Arciniegas, 2016:4).

Al no considerarse disociados territorio-cuerpo, es útil la explicación de Le Breton (2002a:22) respecto a que en sociedades de tipo comunitario¹¹, “el cuerpo no existe como un elemento de individuación ya que el individuo no se distingue del grupo” (2002a:23). Desde la antropología y sociología del cuerpo, este está construido socialmente, y por el contrario, la visión moderna del cuerpo está simbolizada a través del saber biomédico que lo representa desde la anatomía y la fisiología, estando basada en una visión particular de la persona (Le Breton, 2002b:27-28). Basándose también en el planteamiento de Le Breton en cuanto a que el discurso sociológico no aísla al cuerpo humano¹² (Le Breton, 2002b:35), Parra y Gutiérrez Montero (2018:118) explican el concepto «TerritorioCuerpoMemoria» (Parra, 2013:130) que va más allá para comprender que comunidades indígenas como las kankuamas integran una misma matriz territorio cuerpo y memoria (Parra y Gutiérrez Montero, 2018: 115-122), en tanto a que el territorio, el cuerpo y la memoria ancestral son en un mismo lugar que es persona, terreno y mundo simbólico a la vez.

¹¹ “En las sociedades de tipo comunitario, el sentido de la existencia del hombre implica un juramento de fidelidad al grupo, al cosmos, a la naturaleza” (Le Breton, 2002a:22). “El aislamiento del cuerpo en las sociedades occidentales habla de una trama social en la que el hombre está separado del cosmos, de los otros y de sí mismo” (Le Breton, 2002a:23).

¹² ... “el cuerpo es el lugar y el tiempo en que el mundo se hace hombre inmerso en la singularidad de su historia personal, en un terreno social y cultural en el que abreva la simbólica de su relación con los demás y con el mundo” (Le Breton, 2002b:35).

Precisamente, hacer memoria de la historia ha sido uno de los mecanismos fundamentales para “la construcción de espacios políticos y culturales” que han servido como elementos de comprender la identidad, la cosmovisión, la aculturación vivida y el proceso organizativo para el “renacer del pueblo kankuamo”. De hecho, haber reconocido algunas manifestaciones culturales ha logrado “que el pasado esté vigente en el presente, en las formas de cultivar, en la transmisión de generación en generación de la enseñanza del tejido de la mochila, la danza y música de gaita, y chicote y en las maneras de sanar las enfermedades” (OIK, 2010:8). Cabe destacar que, en este entramado, la comunidad kankuama conecta el hecho de enfermar con el daño ambiental en la Sierra Nevada y con la ruptura de la enseñanza de la Ley de Origen debido a las dificultades para transmitir su cultura. Dentro de las “afectaciones al derecho a la salud, educación y bienestar colectivo” que ha sufrido la comunidad kankuama, la Confederación Indígena Tayrona menciona (CIT 2010: 251-252) que:

“los impactos frente a la salud del Pueblo Kankuamo se presentaron en diversos niveles. Así, no escaparon a la estigmatización y persecución los médicos tradicionales, considerados actores fundamentales en el mantenimiento de la armonía social y cultural desde nuestra cosmovisión, y junto con las parteras también fueron desconocidos en su amplio saber. Las prácticas tradicionales de las partes y sobanderos se afectaron, al punto de abandonarse. La restricción a la movilidad fue escenario ideal para dificultar el acceso a los sitios tradicionales; también se presentó una falta de valoración y apropiación de las plantas medicinales. Igualmente, el ejercicio de imposición de doctrinas religiosas trajo consigo la imposición de leyes y normas que afectan el ejercicio de la medicina propia tradicional, pues no era bien vistas. Debido al fenómeno del desplazamiento entre los miembros del Pueblo Kankuamo se suscitó una disminución en la capacidad productiva (debido al gran número de parcelas abandonadas), disminuyendo /desplazando así el consumo de alimentos propios (también a causa de la presencia de empresas nacionales y multinacionales en el territorio), lo que generó casos de desnutrición, enfermedades y muertes, al asumir una dieta extraña a la propia. Las enfermedades se incrementaron exponencialmente, al punto de aparecer nuevas patologías, tales como hipertensión, estrés, traumas psicológicos, a causa de la crudeza del conflicto armado y, por ejemplo, en los jóvenes generó actitudes de agresividad, sed de venganza y cambios de comportamiento; esto también provocó el consumo excesivo de medicamentos y antibióticos (intoxicación). Igualmente, la presencia de actores y empresas externas, ocasionaron la contaminación del agua -elemento fundamental para la salud humana- a través de sus acciones bélicas o desarrollo de proyectos. De igual forma, el conflicto armado dentro de las comunidades conllevó al desplazamiento de muchas familias generando como consecuencia traumas psicológicos de los indígenas” (CIT 2010: 251-252).

En este proceso de recuperación de derechos indisolubles de salud, educación y bienestar, el ordenamiento kankuamo pone a la educación como piedra angular y la convierte en una herramienta de “transformación social y fortalecimiento de la autonomía política indígena” (Guevara Prieto, 2017: 1-2). Es así como el «*Makú Jogúki*», es decir el ordenamiento educativo propio, se acoge al principio de orden de la Ley de Origen que rige la concepción de la vida en comunidad del pueblo kankuamo. Según las autoridades del Resguardo Indígena Kankuamo “es el producto de la racionalización de la búsqueda de coherente y colectiva para articular la Educación Propia con la escolarización convencional y formar integralmente a la población en aspectos espirituales, culturales y políticos, a partir de los principios de la naturaleza y del conocimiento y reapropiación de los valores serranos” (Fundación E-Korúa, 2008:20). Desde los conocimientos propios se tienden puentes para alcanzar un conocimiento intercultural y desde un proyecto de identidad colectiva se avanza en la implementación del

modelo educativo (Maestre et al, 2015). Así pues, es desde la escuela, representada en las instituciones educativas del resguardo kankuamo, que se ha liderado el proceso de recuperación del bienestar colectivo. Estableciendo una relación armónica con el territorio, las instituciones educativas han logrado promover el ejercicio de “la autonomía y el autocontrol, desde lo personal hasta lo comunitario” (Guevara Prieto, 2017: 35). Inicialmente, la implementación Makú-Jogúki-OEK hizo énfasis en las instituciones educativas (Maestre et al, 2015:5-8), no obstante, en etapas posteriores se están dando avances en “la relación con la comunidad, más especialmente desde las iniciativas educativas no escolarizadas de la guardia indígena, la comisión de mujeres y la biblioteca Kankuaka” (Guevara Prieto, 2017: 43). En este sentido, al incluir a quienes ejercen la medicina propia tradicional (médicos tradicionales y parteras) de la misma manera que se inculca el respeto por los mayores consejeros, los pasos posteriores pretenden integrar las prácticas de salud. Esto se convierte en un desafío en cuanto al estudio necesario de la medicina tradicional kankuama y su relación con la medicina tradicional práctica por los otros pueblos de la Sierra Nevada de Santa Marta (Vila Sierra, 2006:37). De esta manera es como desde la Institución Educativa Agrícola de la Mina se plantea el proyecto «Escuela Saludable» como estrategia para andar el camino de la autogestión en salud. El proyecto «Escuela Saludable» se basa en el ordenamiento educativo «Makú Jogúki» (Fundación E-Korúa, 2008) construido de manera participativa y concertada, de acuerdo con el planteamiento mismo del pueblo indígena kankuamo. Parte de este grupo docente ha participado en el desarrollo un orientador ajustado para la educación inicial, básica y media mediante el “trabajo comunitario colectivo por autoridades del pueblo kankuamo, madres comunitarias, docentes y directivos docentes que se desempeñan en los hogares infantiles, centros de desarrollo infantil e instituciones educativas del pueblo indígena kankuamo” (Colectivo Kankuamo, 2018:2). El desarrollo de este ordenamiento educativo corresponde al modelo de Ordenamiento territorial del resguardo, teniendo en cuenta los fundamentos de la «Ley de Origen», los espacios naturales de socialización del saber y acogiendo los mecanismos de consulta y concertación interna. El ordenamiento educativo nació por la afirmación del pueblo indígena a decidir y ser sujetos de su propio desarrollo, considerando que la educación desempeña un papel fundamental y factor importante para la afirmación de la identidad cultural del propio pueblo indígena. Teniendo en cuenta que este ordenamiento se elaboró a partir de la concertación y en el desarrollo de los cuatro componentes: (1) Ley de Origen, (2) organizativo, (3) pedagógico e (4) interacción comunitaria, se ha planteado como «Escuela Saludable». Se propone que las instituciones educativas puedan integrar sus áreas de conocimiento para sustentar el propósito de educar saludablemente. De esta manera el aprendizaje contribuiría a la mejora de la salud y de calidad de vida, individual, colectiva y del medio ambiente. Siguiendo el hilo conductor (ver figura 4) para entender a la institución educativa como generadora de salud, se pretende tejer acciones autosostenibles, de autoabastecimiento, de alimentación saludable, de amor por la tierra, de reconocimiento de los saberes ancestrales, del uso adecuado de los recursos naturales como la botánica propia y la medicina tradicional para brindar a los pobladores kankuamos beneficios en la salud. Salud entendida como bienestar físico, emocional, mental, ambiental y social ligado a la espiritualidad propia del pueblo Kankuamo.

Figura 4. Hilo conductor del Modelo Educativo Kankuamo



Fuente: Colectivo Kankuamo, 2018.

El proyecto «Escuela Saludable» es un proyecto de investigación-participación-acción que relaciona el SEIP (Sistema Educativo Indígena Propio) y con el SISPI (Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural) desde el trabajo de los profesores de la institución con los alumnos, los mayores, los médicos tradicionales, los profesionales de la salud y otros actores locales implicados en la educación, en la prevención y promoción de la salud en la comunidad. Este trabajo desde la Institución Educativa está vinculándose con el Plan del Cuidado para la Vida Colectiva de los Pueblos Indígenas (ver figura 5) que se enmarca en el Componente del cuidado de la salud propia e intercultural del SISPI¹³, y aporta, especialmente, al cumplimiento del eje estratégico denominado articulación, complementación y coordinación entre la medicina propia y otras medicinas para el buen vivir de los pueblos indígenas.

¹³ Trabajo conjunto entre la subcomisión de salud indígena de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas; autoridades y comunidades indígenas del país y la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 5: Mujeres mayores (parteras), docentes y estudiantes de la Institución Educativa vinculando el Plan del Cuidado para la Vida Colectiva de los Pueblos Indígenas



Fuente: fotografías autorizadas y propias de los autores obtenidas en la Institución Agrícola Educativa La Mina, 2019

Las funciones estratégicas que se están empezando a desarrollar según el rol de los docentes y participantes de esta investigación son los siguientes:

- Integración del Modelo Educativo con la formulación de un enfoque escolar saludable con los requerimientos y normativas del Ministerio de Educación Nacional
- Articulación de modelo educativo con el modelo de salud propio kankuamo. Contacto con las autoridades del cabildo, mayores y otros líderes de La Mina.
- Establecimiento de las narrativas de salud/enfermedad de los alumnos y familiares sobre las perspectivas de escuela saludable que influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Integración de la sabiduría oral y escrita del pueblo kankuamos con las prácticas de salud.
- Integración del componente de botánica propia y saberes ancestrales con la enseñanza de las ciencias naturales del modelo kankuamo.
- Integración del componente agroindustrial con la huerta medicinal, productos agrícolas y saberes ancestrales con la enseñanza de los procesos agroindustriales del modelo kankuamo.
- Descripción de los procesos químicos necesarios para la preparación productos a partir de plantas medicinales.
- Desarrollo de herramientas informáticas y tecnológicas para promover, divulgar y visibilizar el proyecto “escuela saludable” integrado a las TICs.

El planteamiento de estos subproyectos se está integrando en el proyecto marco de investigación integrada «Escuela Saludable» y se debe considerar dentro de la aplicación real del SISPI para las comunidades de alcance de la institución educativa. Es conocida la precaria atención que tienen los indígenas de la sierra, dependientes principalmente de la atención hospitalaria centralizada, principalmente en la ciudad de Valledupar, tal como advertía Vila Sierra (2006: 38) “es insuficiente la prestación de servicios de salud, manteniendo a sus pueblos en precarias condiciones de salud, que se expresan en muertes evitables, baja cobertura, incremento de la morbilidad en niños y ancianos, falta de equipos de atención y ambulancias para traslados de enfermos”.

Asimismo, se están estableciendo las articulaciones con Kankuama-IPSI, entidad indígena del SISPI que tiene como misión: “prestar servicios de salud integral en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación en el primer nivel de atención desde la perspectiva de la salud familiar, proyectados por la concepción de la calidad en su componente de oportunidad, racionalidad, lógico-científico, efectividad, eficacia, suficiencia, integridad, humanización, transparencia y grado de satisfacción del usuario, propendiendo por el mejoramiento de las condiciones de salud, estilo y calidad de vida de la población que demanda sus servicios, y constituyendo un factor integrador de los principios culturales, sociales e identitarios del Pueblo Indígena Kankuamo” (Kankuama-IPSI, 2011). Como una prestadora de servicios de salud para las necesidades específicas de la comunidad kankuama, desde esta institución se debe promover la cultura tradicional, fortalecer la medicina tradicional e integrar otros servicios clínicos con eficiencia y seguridad.

Figura 6: Sede de Kankuama IPSI en el corregimiento La Mina



Fuente: fotografía propia de los autores de Kankuama IPSI en La Mina, 2019

En este punto, sigue siendo necesario explorar como sucede el dialogo de saberes (Menéndez, 2005:34) entre el modelo de medicina tradicional kankuamo con el modelo biomédico, que también es hegemónico en el contexto colombiano, y comprender la forma como se están resignificando las prácticas tradicionales en procesos de salud/enfermedad/atención con nuevos agentes sociales implicados. Se debe insistir en la “una crítica cultural a la biomedicina, así como la defensa «sagrada» de la medicina tradicional, dado que en todos los grupos étnicos los sanadores incluyen la dimensión mágica/religiosa”. La biomedicina también se ha expandido a través de la IPS-I, lo cual ha implicado “la penetración de los saberes étnicos y la medicalización de los comportamientos en forma directa e indirecta” (Menéndez, 2020:62). De hecho, se han “negado las culturas para crear

culturas profesionales” (Comelles, 2004:17), por esto es compatible el regreso de la tradición kankuama con la diversidad cultural y las prácticas médicas situadas ya en el siglo XX.

El dialogo las instituciones educativas y las instituciones prestadoras de servicios de salud situados en la complementariedad terapéutica y la interculturalidad, deben evitar el choque entre modelos médicos. No se trata de la biomedicina *versus* o *sobre* la medicina tradicional, se trata de la biomedicina *con* la medicina tradicional, integrándose con la sabiduría ancestral y con el ordenamiento educativo kankuamo. Incluso debe entender que deben promover modelos de atención colectiva que comprendan que el bienestar está ubicado en la matriz «TerritorioCuerpoMemoria» (Parra y Gutiérrez Montero, 2018: 115), comprendiendo las acciones de los pacientes en su cosmovisión y en sus recursos identitarios como kankuamos.

Sería recomendable aplicar rutas metodológicas como las propuestas por Vélez-Álvarez et al., (2021:159), para armonizar el SISPI-Kankuamo con el SEIK -Sistema Educativo Indígena Kankuamo- integrando a los actores protagonistas de la autogestión en salud con las necesidades de la comunidad sin perder el foco en el contexto cultural donde sucede el proceso salud/enfermedad/atención. Todas las instituciones tienen el desafío de llevar a la práctica acciones concretas para que la escuela sea también capaz de brindar salud a las kankuamas y kankuamos que necesiten cuidados. Desde la base, desde abajo (*bottom-up*), desde la misma comunidad (*inside-out*) (Escobar, 2018:59), la escuela reúne a los actores que cumplen el rol de promover la transformación social hacia arriba, hacia las instituciones que tienen que armonizarse con el ordenamiento concebido por los indígenas kankuamos y con el marco normativo para la salud y la educación en Colombia. El proyecto «escuela saludable» que promueve el dialogo intercultural de saberes, da cuenta de esto, avanzando como estrategia para brindar salud, educación y bienestar a la comunidad indígena kankuama. **Educador saludablemente, una vía para asumir la responsabilidad de “lo que hace Makú Jogúki que es enseñar, formar. Si no educa, es culpable de los problemas que se presente en la Comunidad”.**

AGRADECIMIENTOS

Las autoras y autores queremos agradecer a Jaime Luis Arias por toda la orientación recibida y por sus aportes en cuanto a la integración de la Organización Indígena Kankuama con el trabajo de Kankuama IPS-I.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIAS ARIAS, L. (2017). *Reconfiguración territorial del pueblo kankuamo (1991-2015)*. [Tesis]. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Disponible en: <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/315>

ARIAS VALENCIA, MM. (1993). "Cómo iniciar la apropiación del proceso salud enfermedad en la comunidad". En: Pinzón C, Suárez R, Garay G (eds). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Políticas y Experiencias*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología Colcultura - Comitato Internazionale per lo sviluppo dei Popoli. Editorial Presencia.

BARONET, B., MAZARS, N. (2010). "Los pueblos indígenas de Colombia frente a los servicios públicos de salud y educación: las experiencias de gestión propia de la política social". Capítulo 3: En: GROS C, FOYERS J, (eds). *¿Desarrollo con identidad? Gobernanza económica indígena. Siete estudios de caso*. Lima, Actes & mémoires, 28. IFEA, FLACSO, CEMCA. https://biblio.flacsoandes.edu.ec/shared/biblio_view.php?bibid=123737&tab=opac

CABILDO INDÍGENA DEL RESGUARDO KANKUAMO (2016). *Cosmovisión kankuama*. Valledupar: Cabildo Indígena del Resguardo Kankuamo.

COLECTIVO KANKUAMO (2018). *Orientador ajustado para la educación inicial, básica y media. Modelo Educativo Kankuamo. Maku Joguki. Ordenamiento Educativo del Pueblo Indígena Kankuamo*. La Mina: Cabildo Indígena Kankuamo.

COMELLES, JM. (2004). "El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el siglo XXI". En: FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (coord). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Ediciones Abya-Yala. Disponible en: https://www.bivica.org/files/ag_salud-interculturalidad-perspectivas_a.pdf

CONFEDERACIÓN INDÍGENA TAYRONA -CIT- (2010). "Propuesta conjunta de los pueblos indígenas Iku (Arhuaco), Kággaba (Kogui), Kankuamo, y Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta, Yukpas de la Serranía del Perijá y Ette Ennaka (Chimila) de los Departamentos Cesar y Magdalena". En: *Propuestas para el programa de garantías de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas de Colombia*. Valledupar: Ministerio del Interior y de Justicia Gobernación del Departamento del Cesar. Disponible en: https://siic.mininterior.gov.co/sites/default/files/programa_indigenas_tayrona_0.pdf

CONFEDERACIÓN INDÍGENA TAYRONA (CIT). (2020). Línea Negra de la Sierra Nevada de Santa Marta. [En línea]. Página web. Valledupar: Confederación Indígena Tairona (CIT). Disponible en: <https://confetayrona.org/linea-negra-de-la-sierra-nevada/> [Consulta, 24.03.2021]

Decreto 0330 de 2001 (febrero 27) por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas. Diario Oficial de Colombia N° 44.344, del 02 de marzo de 2001.

Decreto 1953 de 2014 (octubre 7). Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. Diario Oficial No. 49297 del 7 de octubre de 2014. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=59636&dt=S>

ESCOBAR, A. (2018). *Otro posible es posible: caminando hacia las transiciones desde Abya Yala/Afro/Latino-América*. Bogotá: Ediciones Desde Abajo.

ESTEBAN, M.L. (2004). *Antropología del Cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

FUNDACIÓN E-KORÚA (2008). *Maku Joguki: Ordenamiento Educativo del Pueblo Indígena Kankuamo*. Valledupar: Fundación E-Korúa

GUEVARA PRIETO, L. (2017). *Ordenamiento educativo Kankuamo, la educación propia como estrategia de transformación social y fortalecimiento de la autonomía política indígena* [Tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/35900>

KANKUAMA-IPSI (2011). *Misión Kankuama IPS. Salud Integral para la Permanencia Cultural*. [En línea]. Página web. Valledupar: Kankuama IPS. Disponible en: <https://www.kankuamaipsi.com/> [Consulta, 26.03.2021]

LE BRETON, D. (2002a). *Antropología del cuerpo y Modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LE BRETON, D. (2002b). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ley 691 de 2001 (septiembre 18) reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 2716 de 2004 mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Diario Oficial de Colombia N° 44558, del 21 de septiembre de 2001.

Ley 715 de 2001 (diciembre 21) por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para la prestación de los servicios de educación y salud entre otros – Sistema General de participaciones. Diario Oficial de Colombia N° 44.654, de 21 de diciembre de 2001.

LÓPEZ ROZO, LA. (2020). “La Línea Negra como reconocimiento de territorios ancestrales de las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta. *Revista IUSTA*, 53, 45-67. <https://doi.org/10.15332/25005286.6271>

MAESTRE, A., ARIAS DAZA, A., MINDIOLA, B., MARTÍNEZ, C., ROMERO, C., ARREGOCÉS, ET AL. (2015). *Proyecto Identidad: avances en la implementación del Modelo Educativo Kankuamo*. Bogotá, Centro de Investigación y Educación Popular/Programa por la Paz (CINEP/PPP). Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cinep/20161101064930/20150310.proyectoidentidad.pdf>

MARTÍN LÓPEZ, MA. (2007). *Los saraguros: cosmovisión, salud e identidad andina: una mirada desde sí mismos*. Diputación de Córdoba: Oficina de Cooperación Internacional al Desarrollo.

MATEUS ARCINIEGAS, D. (2016). *El cuerpo indígena kankuamo: proceso, flexibilidad y memoria* [Tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en: <https://javeriana.libguides.com/sociologia tesis/comunidad>

MENÉNDEZ, E.L. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7): 71-83. Disponible en: <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/600>

MENÉNDEZ, E.L. (2002). “El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad”. En: MENÉNDEZ, E.L. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

MENÉNDEZ, E.L. (2004). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En: SPINELLI, H. (comp). *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

MENÉNDEZ, E.L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14:33-69. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110033A>

MENÉNDEZ, E.L. (2006). “Participación social en salud: las representaciones y las prácticas”. En: MENÉNDEZ, E.L., SPINELLI, H.G. *Participación Social ¿Para qué?* Colección Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.

MENÉNDEZ, E.L. (2009). “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: exclusiones ideológicas y articulaciones prácticas”. En: MENÉNDEZ, E.L. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

MENÉNDEZ, E.L. (2020). “Las enfermedades como problematizadoras de la realidad. Movimientos étnicos, pluralismo asistencial, intelectuales y el «buen vivir»”: En: Cuadrada C. (ed). *Pluralismo Médico y curas alternativas*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili. Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/435/453/1021-1?inline=1>

MINISTERIO DEL AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE. (2019). Reservas de la Biosfera. [En línea]. Página web. Bogotá: Ministerio del Ambiente y Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.minambiente.gov.co/wp-content/uploads/2021/10/Sierra-Nevada-Santa-Marta.pdf> [Consulta, 24.03.2021]

MINISTERIO DE CULTURA. (2016). Sistema de conocimiento ancestral de los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta (Documento Plan Especial de Salvaguardia-PES-). [En línea]. Página web. Bogotá, Ministerio de Cultura. Disponible en: <http://patrimonio.mincultura.gov.co/Paginas/Pes-Pueblos-de-la-sierra-nevada.aspx> [Consulta, 24.03.2021]

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. (2005). Programa de Apoyo a la Reforma. Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud. Informe Final. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID – Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Dise%C3%B1o%20y%20c%C3%A1lculo%20Rankin%20EPS%20-Informe%20Final.pdf>

MUELA RIBERA, J. (2007). *Malaria en Lipangalala. Pluralismo médico y procesos asistenciales para malaria infantil en una comunidad africana*. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

ORGANIZACIÓN INDÍGENA KANKUAMA (OIK). (2010). "Los Kankuamos. Nuestra Historia e Identidad". En: *Historia e Identidad del Pueblo Kankuamo*. Bogotá: CORCAS Editores.

PARRA, Y. (2013). La Otra Orilla: TerritorioCuerpoMemoria Pedagogía y ConoCSentir de los Pueblos de Abya Yala. *Mitologías hoy*, 8: 115-136. <https://doi.org/10.5565/rev/mitologias.138>

PARRA, Y., GUTIÉRREZ MONTERO, S. (2018). *Diálogos Interepistémicos: Ecologías, Territorialidades, Metodologías y Pedagogías Pluriversas para el Buen Vivir con Paz*. Riohacha: Universidad de la Guajira. Editorial Gente Nueva.

PINZÓN, C., GARAY, G., SUÁREZ, R. (1993). "Lo cotidiano cultural. Una modalidad chamánica de curar". En: PINZÓN, C., SUÁREZ, R., GARAY, G. (eds). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Políticas y Experiencias*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología Colcultura - Comitato Internazionale per lo sviluppo dei Popoli. Editorial Presencia.

PINZÓN, C., SUÁREZ, R., GARAY, G. (1993). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Políticas y Experiencias*. Bogotá: Instituto Colombiano de

Antropología - Colcultura - Comitato Internazionale per lo sviluppo dei Popoli. Editorial Presencia.

PINZÓN, C., SUÁREZ, R., GARAY, G. (2003). *Antropología de la salud. Itinerarios autoetnográficos por el poder mágico y la curación*. Colección: Antropología. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

UNESCO (2020). Sierra Nevada de Santa Marta Biosphere Reserve, Colombia. [En línea]. Página web. París: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Disponible en: <https://en.unesco.org/biosphere/lac/sierra-nevada-santa-marta> [Consulta, 24.03.2021]

VELASCO HURTADO, O. (2009). "La salud en la cosmovisión indígena". En: CITARELLA, L., ZANGARI, A. (eds). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: PROHISABA - Cooperación Italiana. Disponible en: <https://www.bivica.org/files/salud-interculturalidad.pdf>

VÉLEZ-ÁLVAREZ, C., ARIAS-GIRALDO, V., OROZCO-CASTILLO, L., JARAMILLO-ÁNGEL, C. (2021). Propuesta metodológica para la gestión del sistema indígena de salud intercultural. *Cultura, Educación y Sociedad*, 12(2), 147-164. <http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.12.2.2021.09>

VILA SIERRA, L.A. (2006). *Prácticas en salud del pueblo indígena Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta*. [Tesis]. Barranquilla: Fundación Universidad el Norte. <http://hdl.handle.net/10584/674>

* * *