

EVOLUCIÓN HISTÓRICO-POLÍTICA DE LA SALUD INDÍGENA EN CALDAS: APROXIMACIÓN A LA DETERMINACIÓN SOCIAL EN SALUD

Eduardo Lozano Ordoñez*

Miriam Salazar Henao**

Recibido en agosto 11 de 2016, aceptado en octubre 09 de 2017

Citar este artículo así:

Lozano Ordoñez E., Salazar Henao M. Evolución histórico-política de la salud indígena en Caldas: aproximación a la determinación social en salud. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 125-140. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.9

Resumen

Objetivo: Realizar una aproximación histórica a la evolución del proceso de la salud y la enfermedad en la población indígena del municipio de Riosucio, Caldas, visualizando la determinación social en salud. **Método:** Se realizó una búsqueda, selección y revisión temática de artículos originales y secundarios escritos en inglés y español, entre 2005 y 2015, en diferentes bases de datos: MedlinePlus, SciELO, PubMed, Cochrane, SeDICI, Dialnet, Latindex y Redalyc. **Resultados:** Se revisaron 70 artículos, 50 tenían inclusión directa o indirecta sobre la situación histórica o actual de la salud indígena. Esta aproximación histórica a la evolución del proceso de la salud se organizó en tres etapas: la primera que incluye desde la época precolombina, La Conquista, La Colonia hasta mediados del siglo XVII; la segunda entre los siglos XVIII, XIX, e inicios del XX y la tercera etapa a la luz de los cambios que generó la Ley 100 en Colombia, en donde converge la determinación en el campo de la salud indígena con la salud autóctona de la cultura Emberá Chamí. **Conclusiones:** La población Emberá Chamí, en el departamento de Caldas, es una muestra clara de la situación actual de las condiciones indígenas; destacando principalmente la interculturalidad como fenómeno irreversible y obligatorio en su espacio y tiempo. Saber cómo manejar esta interculturalidad es probablemente la clave de la conservación de la cultura indígena en todos los resguardos de Colombia.

Palabras clave

Determinación social en salud, interculturalidad, Emberá Chamí, Riosucio, salud indígena, derechos a la salud de las comunidades indígenas (*Fuente: DeCS, BIREME*).

*Médico Epidemiólogo Clínico y de Campo, candidato a doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Correo electrónico: elozan@yahoo.com.  orcid.org/0000-0002-9755-889X. Autor para correspondencia.

** Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Docente investigadora Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud —CINDE—, Manizales, Colombia. Correo electrónico: myriam@umanizales.edu.co.  orcid.org/0000-0003-3591-5668.



HISTORICAL-POLITICAL EVOLUTION OF INDIGENOUS HEALTH POLICY IN CALDAS: AN APPROACH TO SOCIAL DETERMINATION IN HEALTH

Abstract

Objective: To carry out a historical approach to the evolution of the health and disease processes in the indigenous population in the municipality of Riosucio, Caldas, visualizing the social determination in health. **Method:** A search, selection and thematic review of original and secondary articles written in English and Spanish, published between 2005 and 2015 in the different databases: Medline plus, Scielo, Pubmed, Cochrane, Sedeci, Dialnet, Latindex and Redalyc was made. **Results:** A total of 70 articles, of which 50 have direct or indirect inclusion on the historical or current situation of indigenous health, were reviewed. This historical approach to the evolution of the health process was organized in three stages: the first stage includes the pre-Columbian era, the conquest, the colony until the middle 17th century; the second stage includes the eighteenth, nineteenth, the beginning of the twentieth century; and the third stage includes the changes brought about by Law 100 in Colombia, where the determination in the field of indigenous health converges with the native health of the Embera Chamí culture. **Conclusions:** The Embera Chami population in the department of Caldas is a clear example of the current situation of indigenous conditions, highlighting mainly interculturality as an irreversible and obligatory phenomenon in their space and time. Knowing how to handle this interculturality is, probably, the key to preserving indigenous culture in all Colombian shelters.

Key words

Social determination in health, interculturality, Emberá Chamí, Riosucio, native health, rights of indigenous communities, (*Source: DeCS, BIREME*).

EVOLUÇÃO HISTÓRICA- POLÍTICA DA SAÚDE INDÍGENA EM CALDAS: APROXIMAÇÃO À DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Resumo

Objetivo: Realizar uma aproximação histórica à evolução do processo da saúde e a doença na povoação indígena do município de Riosucio, Caldas, visualizando a determinação social em saúde. **Método:** Realizou-se uma busca, uma seleção e revisão temática de artigos originais e secundários escritos em inglês e espanhol, entre 2005 e 2015, em diferentes bases de dados: MedlinePlus, SciELO, PubMed, Cochrane, SeDICI, Dialnet, Latindex e Redalyc. **Resultados:** Revisaram-se 70 artigos, 50 tinham inclusão direta ou indireta sobre a situação histórica ou atual da saúde indígena. Esta aproximação histórica à evolução do processo da saúde se organizou em três etapas: a primeira que inclui desde a época pré-colombina, A Conquista, A Colônia até mediados do século XVII; a segunda entre os séculos XVIII, XIX, e inícios do XX e a terceira etapa à luz dos câmbios que gerou a Lei 100 em Colômbia, onde converge a determinação no campo da saúde indígena com a saúde autóctone da cultura Emberá Chamí “Grupo indígena que pertence a região de Riosucio Caldas- Colômbia. **Conclusões:** A povoação Emberá Chamí, no departamento de Caldas, é uma mostra clara da situação atual das condições indígenas; destacando principalmente a interculturalidade como fenômeno irreversível e obrigatório em seu espaço e tempo. Saber como controlar esta interculturalidade é provavelmente a chave da conservação da cultura indígena em todos os resguardos de Colômbia.

Palavras-chave

Determinação social em saúde, interculturalidade, Emberá Chamí, Riosucio, saúde indígena, direito à saúde das comunidades indígenas (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

Este texto se deriva de la investigación “Determinación social en la salud en la infancia indígena Emberá Chamí, de Riosucio, Caldas, Colombia”¹. El proceso salud-enfermedad adquiere historicidad porque los procesos donde tiene lugar, son circunstancias de los individuos que han ocurrido en el transcurso de su existencia y cada una de ellas está definida en condiciones y contextos específicos de la sociedad; es decir que no se puede dar cuenta de ello, al margen del momento histórico en el que se desarrollan.

El carácter social e histórico de la salud y la enfermedad pueden explicarse asumiendo que son momentos de un mismo proceso que, si bien tiene que ver con la plasticidad del organismo para responder “a través de sus condiciones de desarrollo”, ocurre en un contexto de existencia de los individuos en sociedad y en un momento de devenir histórico. Por lo tanto el trabajo de investigación con una comunidad indígena, específicamente con el grupo poblacional en primera infancia, requiere tener como base nuevas comprensiones en su historicidad, sociedad, cultura, etnia, economía y estado actual de la salud.

Se reconocen los diferentes conceptos que se le han desarrollado a los determinantes de la salud. Sin embargo en este escrito acogemos a la enfermedad como determinación puesto que no es solo un acontecimiento que ocurre en el tiempo, sino que el tiempo transcurrido del sujeto en su entorno de producción y reproducción social es el

que explica la presencia de la salud y la enfermedad; tal como lo acogen el movimiento de la medicina social latinoamericana y la medicina colectiva (1).

Según Foucault, “la práctica médica no es un dado puro, sino que está inscrita en un sistema histórico y cruzada por sistemas económicos y de poder” (2); sugiriendo la relación entre la salud y las ciencias sociales. Teniendo en cuenta esta afirmación, se pretende plasmar con este artículo una reflexión sobre los aspectos culturales y políticos que históricamente han influido en la salud en poblaciones indígenas y sus relaciones en la determinación social y la situación actual de la salud indígena en el territorio caldense.

MATERIALES Y MÉTODOS

Luego de una revisión temática en diferentes bases de datos —MedlinePlus, SciELO, PubMed, Cochrane, SeDICI, Dialnet, Latindex y REDALyC— de 70 artículos directos e indirectos, publicados entre 2005 y 2015, se escogieron 50 de estos. Se encontró que el contexto histórico de los pueblos indígenas se divide en tres etapas. En la primera se tomó la historia precolombina, la época del Nuevo Reino de Granada antes de las reformas borbónicas, incluyendo La Conquista y La Colonia, hasta la primera mitad del siglo XVII (3, 4). La segunda etapa incluyó los siglos XVIII, XIX, hasta inicios del XX, en donde predomina la inserción de las ciencias útiles² y las reformas sanitarias. Finalmente la tercera etapa en la que convergen la Ley 100 de 1993 y las tradiciones de

¹ Investigación de tesis de grado en ciencias sociales, que analiza la determinación social en la salud en la población de 0-5 años de los indígenas Emberá Chamí de Riosucio (Caldas)

² El término ciencias útiles es propio de la época de la Ilustración para referirse a las ciencias que mejor se acomodaban a la idea de progreso en los siglos XVIII y XIX tales como las matemáticas, la física, la química, la botánica, la mineralogía y las ciencias naturales en general.

la salud autóctona de la cultura Emberá; las cuales se aplican en los resguardos de los municipios de Riosucio y Supía a través de sus médicos tradicionales y parteras según sus saberes, prácticas y tradiciones ancestrales.

RESULTADOS

Época precolombina, la conquista, la colonia y la república

La medicina precolombina, aunque variaba de cultura en cultura de acuerdo a las creencias propias de cada población indígena y sus recursos, tenía una misma base general: naturista y espiritual (5, 6, 7, 8). Los chamanes y curanderos, representantes de la salud de estas poblaciones, eran los responsables de aplicar la medicina dentro de unos parámetros combinados entre el saber y la magia (9).

Se reconocían enfermedades propias de América con unas características específicas según el espacio geográfico, natural, biológico, que no existían en Europa tales como la malaria y la disenteria³. Sin embargo existían otras enfermedades europeas que los nativos americanos no conocían y para las cuales no tenían una defensa inmunológica ni tampoco experiencia médica como lo eran la lepra, la fiebre amarilla, la viruela, la sífilis, el cólera y el tifo epidémico, siendo traídas por los barcos españoles y portugueses (3). Emilio Quevedo, reconocido investigador en historia de la medicina, afirma que estas enfermedades provocaron más muertes en los indígenas que las batallas de La Conquista.

Desde los años 1500, y luego del descubrimiento, la corona española reconocía a los indígenas como a los otros y “como habitantes recientemente

incorporados al reino y vasallos libres de la corona en igualdad de derechos y de sus formas de protección, en igualdad de circunstancias que sus “iguales” europeos” (10, 11). Obviamente esto representaba solo un enunciado, toda vez que en ningún momento se venía cumpliendo con esta demanda de respeto puesto que el maltrato y la explotación de los indígenas por parte de los españoles siempre fue un hecho notorio.

En 1511, el sermón pronunciado en el buque La Española por parte de fray Antonio de Montesinos criticaba el trato que los españoles solían dar a los indígenas llamados “naturales” (10). En 1512 en Burgos, y luego en 1513 en Valladolid, gracias a la iniciativa de Montesinos, se desarrollaron leyes que intentaron proteger a los indígenas; no así el derecho a conservar su tierra. Posteriormente fray Bartolomé de las Casas criticaría estas leyes debido a que, a pesar de todo, en La Conquista y La Colonia, la situación de los indígenas siempre fue de sumisión, sometimiento y explotación por parte de los españoles y sus descendientes.

A finales del siglo XVI, e inicios del XVII, la escuela de teólogos-juristas de Salamanca reelaboró la doctrina escolástica y moderó el pensamiento cristiano medieval. El rasgo básico de la escuela española fue la fidelidad al dogma. Los principales representantes fueron Francisco de Vitoria, Domingo de Soto, Domingo Báñez, Luis de Molina y Francisco Suárez. Los puntos básicos de esta doctrina incluían que el derecho natural, aunque de origen divino, debía coexistir con el derecho positivo⁴; en donde el derecho natural es objetivo y normativo, inmutable y universal, predominando el intelectualismo (12).

Las influencias de estos conceptos están dadas por la llamada escuela del iusnaturalismo o derecho natural, que es una doctrina ética y jurídica que defiende la existencia de derechos del hombre

³ Malaria o paludismo: enfermedad típica de los países tropicales que consiste en una infección de los glóbulos rojos de la sangre. Producida por un parásito protozoario, el *Plasmodium*, y transmitida por la picadura del mosquito *Anopheles*. Disenteria: enfermedad infecciosa que se caracteriza por la inflamación y ulceración del intestino grueso y produce fiebre, dolor abdominal y diarrea con mucosidades y sangre.

⁴ El derecho positivo es el conjunto de normas jurídicas escritas por un soberano. Esto es, toda la creación jurídica del órgano estatal que ejerce función legislativa.

fundados o determinados por la naturaleza humana (13). A partir de lo anterior, la corona española creó las Leyes Nuevas de 1542-1543; las cuales fueron un conjunto legislativo, que pretendía mejorar las condiciones de los indígenas de la América española por medio de la revisión de la encomienda y el planteamiento de una serie de derechos para que los indígenas vivieran en una mejor condición. Estas leyes tuvieron como consecuencia un efímero triunfo de la línea indianista; pero la reacción de los encomenderos fue tan airada que, en 1545, Carlos V las derogó (14).

Posteriormente, el hijo de Carlos V, Felipe II, en 1573, ordenó poner fin a La Conquista dando inicio a la “pacificación”; con lo que se dio una estructura legal a la penetración misionera a las áreas marginales de los dominios hispanos en las Indias. Este período logró imponer las ideas espirituales españolas y prácticamente erradicar las ideas espirituales propias de los indígenas, en el campo religioso, con predominio de las ideas dominantes de la corona española.

Como paso previo al proceso evangelizador de la cristianización de los pueblos indígenas, se desarrolló una política para su supuesta protección sostenida sobre dos pilares fundamentales: la segregación racial respecto de otros grupos a fin de evitar extorsiones, malos tratos o abusos y la dotación de tierras suficientes para la habitación (15).

Esto dio lugar a la “República de Indios” (1549), diferenciada de la de los conquistadores o “República de Españoles”. Por lo que fue tarea de unos funcionarios públicos, del siglo XVII, llamados oidores-visitadores, el inquirir entre otras cosas si estos asentamientos marginales coloniales vivían libres de intrusos, si habían recibido agravios y si tenían tierras suficientes para su manutención y para hacer frente al pago del tributo. Siempre hubo usurpación por conquistadores y corrupción en estas funciones (10). El indígena contaba con el recurso llamado “tutela”, un recurso político

legal para quejarse ante la corona y reclamar sus derechos. Es curioso, pero luego de tanto tiempo vuelve a surgir en la Constitución de 1991 como uno de los recursos más utilizados hoy no solo por los indígenas sino por la población colombiana en general.

En la Nueva Granada, en 1560, el oidor Tomás López adelantó visitas y gestiones para “el juntar y poblar de los indios naturales”. La asignación de los resguardos no solo fue posterior (1593), sino que reformó la propiedad agraria. Se trató de dos procesos distintos: el de la configuración de los pueblos, que fue motivado por una razón de interés religioso que en términos estratégicos resultaba fundamental para controlar los pueblos sometidos y un proceso de asignación de resguardos, a finales del siglo XVI, con la razón principal de apropiarse de las tierras indígenas. Al crear el resguardo, se legitimaba el despojo de aproximadamente el 95 % de las tierras indígenas conquistadas (16, 17).

El surgimiento de este ordenamiento espacial opera como un elemento legitimador de una estructura política y social para controlar y dominar. Michel Foucault sustenta este concepto como una poderosa herramienta en manos del sistema político. En *Vigilar y castigar*, asimila este modelo con el “panóptico”. Lo describe como un sistema para inducir, en el detenido de una prisión, un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder y como técnica para modificar la conducta o reeducar a los individuos, por lo que no solo es un aparato de poder sino también de saber (18, 19). Distribuir en dos tipos de pueblos, el español y el indígena, se consideró de vital importancia dentro del proceso de imposición de un nuevo orden religioso y político. El problema del espacio en su carácter de escenario era imprescindible para la acción humana y la importancia de su ordenamiento para reflejar e inculcar determinados valores, lo que Bourdieu denominaría como el ordenamiento espacial (20).

En todo este tiempo hubo una reubicación de los grupos indígenas prehispánicos en nuevos asentamientos, lugares seleccionados por los conquistadores para formar los pueblos coloniales y para impulsar la implantación del nuevo modelo económico colonial de desarrollo de la hacienda, la mina y el obraje que se expresó en términos de aculturación forzada y transformación de las raíces indígenas; como lugares en donde los “naturales” aprendiesen a vivir “a la manera española”. Lo anterior, provocó la transformación étnica y la alteración del equilibrio del medio ambiente que habían mantenido las comunidades indígenas por milenios (21).

Como consecuencia de ello, en el último cuarto de siglo, los principios utilitaristas en boga en toda Europa se asociaron con el establecimiento de la llamada “política de cercados” que buscaba poner en producción privada individual todas las tierras comunales existentes (21).

Una de las figuras que surgió de este proceso de colonización fue la del “encomendero”, un español dueño de tierras a quien la corona le encargaba un número de indígenas que eran utilizados como trabajadores de sus propiedades; asimismo, el encomendero debía ampararlos y promulgar la fe católica entre ellos. El concepto de la encomienda no implicaba la propiedad sobre los indígenas, ya que si el encomendero moría el indígena volvía a la corona y esta podría asignárselo a otro encomendero.

En los dos siglos de sometimiento de las tierras americanas, nunca hubo suficientes indígenas para los encomenderos; en los virreinos de México y Perú, se presentaron cambios para orientar a los indígenas como mano de obra para trabajos públicos. En el siglo XVII, por efecto de estos trabajos y por enfermedades no controladas, el número de indígenas había disminuido. Esto hizo desaparecer la encomienda y se recurrió a otras fuentes de grupos humanos: la población negra traída del África, en condición de esclavos, fue la alternativa en el nuevo continente.

En virtud de esta nueva política se consolidó el proceso de exterminio de los pueblos indígenas y la venta de las tierras comunales a favor de grandes propietarios, intensificándose así el latifundismo como fenómeno crítico socioeconómico de inestabilidad continua de Latinoamérica. La tendencia del indígena que vivía en las tierras nuevas de Colombia, siempre fue la de vivir disperso y no la de crear agrupaciones o pueblos. La expectativa de los españoles era todo lo contrario.

Para defenderse de La Conquista, los indígenas quemaban sus poblaciones para negarse al sometimiento. Así pues, la ignición fue una actividad propia de los españoles para agredirlos (21).

Esta política de segregación, como la de protección de las tierras comunales, operó hasta mediados del siglo XVIII cuando se introdujeron modificaciones importantes. Los indígenas iniciaron desde entonces una lucha que se basó en tres ejes, tierra, autonomía y cultura, contra los regímenes hegemónicos de La Colonia y la República.

La medicina en este período de conquista y colonización tuvo grandes cambios, inicialmente al ingresar nuevas enfermedades se produjo un exterminio indígena para que los españoles disminuyeran la población nativa. En México, a pesar de su organización y mayor número, Pizarro al enviar soldados infectados con viruela trajo como consecuencia una reducción notable de ellos. De igual forma la fiebre amarilla, originaria de las Américas, era controlada por la medicina indígena por su poca transmisión; aunque al llegar los llamados “barcos negros” de África, se importó el vector *Aedes aegypti* el cual ayudó a extender la enfermedad por todo el continente (3).

En el siglo XVI con la unión de dos reinos en España, Castilla y Aragón, se creó una unidad ideológica: la unidad de la fe. Logrando integrar la cristiandad europea y utilizando la inquisición como arma para desarrollar esta política de unión,

que se reflejó en los nuevos territorios conquistados (23). Una de las tendencias que logro desarrollar este proceso político, fue el modernismo de la ciencia y con ello de la medicina. Se estimuló la formación de médicos y la transformación de hospitales, de zonas que realizaban aislamiento de grupos sociales peligrosos, a la medicalización de las zonas hospitalarias (4)⁵.

Esto implicó la llegada de más médicos a América, quienes se encontraron con una medicina que se basaba en saberes y creencias indígenas; toda vez que los curanderos eran quienes orientaban las prácticas de la medicina indígena hasta ahora, por lo que en muchas ocasiones los nuevos médicos tuvieron que respetar estas formas de salud propias (3).

Sin embargo, con la entrada de la medicina francesa y la Ilustración, la medicina europea se impuso en la época de la colonización; dejando en un segundo plano la medicina tradicional. La medicina francesa, fue la que predominó y se difundió en la colonización con la creación de hospitales o neumonios como instrumento principal (10, 24).

La orientación que toma la actividad médica durante la segunda mitad del siglo XVIII, y comienzos del XIX, en el Nuevo Reino de Granada, está enmarcada en el contexto de las reformas que la Casa de Borbón impondría en el imperio español: apoyando la política de reorganización de la Secretaría de Guerra⁶, que buscaba un imperio que se pudiera enfrentar a Inglaterra; además, como ya se ha planteado, se llevó a cabo el ingreso de las ciencias útiles y la reforma de las profesiones sanitarias (3). Se trataba de un concepto similar al que se estaba experimentando en Francia, por parte de la Ilustración, que en el Nuevo Reino se denominaría despotismo ilustrado⁷.

⁵ Un ejemplo de esto es el Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, el cual fue construido en las afueras de la zona urbana; declarado, inicialmente, en 1953, como sanatorio antituberculoso.

⁶ Es un ministerio creado por la monarquía española para enfrentar la guerra de sucesión por la corona que dejó Carlos II, sin herederos directos, ya que en su testamento dejó como heredero a Felipe V de Borbón.

⁷ El despotismo ilustrado es un concepto político que surge en la

Esto trajo como consecuencia la promoción e instauración de hospitales, así como escuelas de medicina. También se reconocen personajes como José Celestino Mutis quien, al llegar a Cartagena en 1761 como médico de cabecera del Virrey Messía de la Cerda, inicialmente se concentró en la educación en la capital Santa Fe de Bogotá (3). En 1783, bajo el liderazgo de Mutis, y por orden del rey Carlos III, se iniciaron las expediciones botánicas buscando conocer la biodiversidad y riqueza botánica de los nuevos territorios conquistados (25)⁸.

La orientación y apoyo indígena en las expediciones botánicas en el territorio colombiano, y en todo el continente, tuvieron un protagonismo especial y ayudaron a preservar conocimientos propios de estas culturas nativas (25).

En Europa, desde los siglos XVII y XVIII, la ciencia con la Ilustración había dado un giro hacia el positivismo. Las concepciones médicas y la actitud clínica de la Ilustración, llamadas protoclinicas por Foucault, sufrieron un importante cambio en la Francia posrevolucionaria a finales del siglo XVIII e inicios del XIX (1). Se cerraron los hospitales y las escuelas de medicina porque se consideraban un viejo baluarte del régimen derrocado (3).

Desde el siglo XVIII, en materia de educación, la república⁹ ya independiente manifestó este espíritu con el plan de estudios de Moreno y Escandón, la reforma de estudios médicos de Mutis y Miguel de la Isla y en las obras de Nariño y Pedro Fermín (3, 25, 26).

segunda mitad del siglo XVIII en Europa (Austria, Rusia y Prusia), que se enmarca dentro de las monarquías absolutas y que pertenece a los sistemas de gobierno del antiguo régimen europeo; incluyendo las ideas filosóficas de la Ilustración, según las cuales las decisiones humanas son guiadas por la razón.

⁸ Inventario de la naturaleza del Virreinato de Nueva Granada realizado por José Celestino Mutis durante el reinado de Carlos III de España, conocido en la historiografía colombiana como la "Expedición botánica".

⁹ Colombia se conforma como Estado en 1810 a partir del Virreinato de Nueva Granada, colonia del Imperio español; en 1886 toma definitivamente el nombre de República de Colombia.

Esta reforma dio nacimiento a programas de renovación conceptual en medicina, como lo es la mentalidad anatomoclínica planteada por Marie François Bichat, en 1800, con su libro *Traite des membranes* (3). La medicina en el mundo se dividió en dos líneas a partir de allí, dejando el concepto antiguo humoralista de Hipócrates y Galeno y pasando a la medicina fisiológica de Broussais y la patología anatomoclínica de los seguidores de Bichat (22, 23).

En el siglo XIX, los conceptos de la Ilustración continuaron, aparece la Ley del 18 de mayo de 1826; ley expedida por el general Francisco de Paula Santander, quien apoyaba esta nueva mirada que no era antirreligiosa ni materialista (3). Los hospitales en el nuevo gobierno continuaron con el paso de secularización y medicalización, concepto que iba en contra vía de los de la Ilustración. Las ordenanzas de Cundinamarca en 1834, definidas por Bolívar, legislaron las condiciones de los hospitales hacia una administración civil no religiosa y con un enfoque hacia la atención de los pobres e indígenas. Refuerza el concepto de médico en el papel de la salud y confirma la salud más como un problema privado (3, 26).

Las tres maneras de entender la medicina que perduraron hasta la disolución de la Nueva Granada y la creación de los Estados Unidos de Colombia fueron las de Brown, Broussais y la de Mutis. Seguidas por el empirismo, hasta 1864, que introdujo el concepto anatomoclínico a Colombia. Nuevas escuelas de medicina surgieron, aunque la salud pública no cambió (3, 27).

En Colombia, entre 1867 y 1910, se esbozan las dos mentalidades médicas importadas de Francia: la anatomopatológica y la fisiopatológica iniciada por François Magendie, la cual fue bien definida por Carl Bernard en 1850. Ambas líneas se desarrollaron en el país, teniendo influencia en los nuevos descubrimientos científicos de las diferentes ciencias (24, 28).

Posteriormente, de 1910 a 1930, se instalaron los laboratorios en el país. Esto como reflejo del movimiento mundial en contra del Leriche y después de que Estados Unidos con sus transformaciones económicas, políticas y militares trascendentales desarrollara las escuelas de medicina (24, 29).

La visión más amplia de la época, converge el concepto anatomoclínico de la medicina con el soporte de los resultados de bacteriología en los pacientes. En Colombia, la medicina norteamericana toma auge apoyándose en los conceptos de Carl Bernard. En salud pública hay un énfasis en las enfermedades infecciosas tales como la peste bubónica, el cólera, el pian¹⁰, la viruela, la lepra, la fiebre tifoidea y la fiebre amarilla. Se inicia la vacunación masiva y la construcción de los lazaretos para los enfermos que sufrían de lepra, incluyendo la población indígena.

En 1939, en el gobierno liberal de Alfonso López Pumarejo, se comienza la modernización de la medicina actual; se transita de la concepción de la medicina europea, a la medicina norteamericana. Esto genera polémicas entre franceses y norteamericanos, incidiendo en la educación médica (30). Evolucionan las dos formas ya enunciadas, coexistiendo en Colombia, hasta 1957, cuando las escuelas norteamericanas confirman su principal influencia en la salud del país con la influencia de la Universidad de Tulane (30). En esta época no se reconocen cambios o nuevas influencias propias de las culturas indígenas en el país.

Por su parte la Ley 135 de 1965, sobre reforma social agraria, trajo una luz de esperanza a los indígenas. Los artículos 29 y 61 aclaran que no se podrán tocar los territorios que son parte de un resguardo indígena o los que son habitados por estos, lo cual representa un respeto hacia el concepto de resguardo (31).

¹⁰ Es una forma de infección tropical de la piel, los huesos y las articulaciones, llamada también *frambesia tropical*, *poly papilloma tropicum*, *thymosis* o *yaws*; causada por la espiroqueta *Treponema pallidum pertenue*.

En 1971 se formó la primera organización político-administrativa indígena del país en Toribio, Cauca, que desde entonces defiende los principios indígenas en los diferentes frentes del país. La defensa del resguardo, que suma los tres ejes de lucha (tierra, autonomía y cultura), se resumía en el reconocimiento de un espacio propio para cada pueblo indígena (31).

Las conquistas legales indígenas, obtenidas a lo largo de toda la vida republicana, fueron elevadas a rango constitucional en la Constitución de 1991. A través de la Ley 21 de 1991, se aprobó el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la 76ª Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizada en Ginebra (Suiza) en 1989 (32).

La Constitución de 1991, hace el reconocimiento y protección a la diversidad étnica y cultural; el reconocimiento de la autonomía de los grupos indígenas y de sus formas propias de gobierno; la reafirmación del carácter inalienable de los territorios indígenas y protección de las tierras comunales; la protección a los recursos naturales y la creación de las entidades territoriales indígenas dentro del ordenamiento territorial de la Nación (33).

La Ley 100 de 1993, que instaura el sistema nacional de salud que hoy nos rige, incluye a los indígenas en un nivel especial del régimen subsidiado; con el beneficio de proveer los servicios previstos por esta ley, sin costo alguno a estas poblaciones. Sin embargo se debe destacar que el sistema de salud se basa en una medicina netamente occidental, desconociendo la parte sociocultural de la salud de estas etnias. Además, desconoce la incidencia mayor en la salud colectiva y la determinación social en salud propia de cada una de las microculturas indígenas.

En cuanto a la Ley 160 de 1994, en su capítulo XIV, esta refuerza el concepto de resguardo indígena; apoyando la solución territorial, social y económica

de estas zonas (34). Por primera vez en la historia de Colombia, el gobierno nacional concertó con los pueblos indígenas el Plan de Desarrollo Prosperidad para Todos a través de la Ley 1450 de 2011. Bajo ese marco, el Ministerio de Salud avanza en su compromiso por la estructuración de un sistema de salud indígena.

Los temas fundamentales que trabajaron 15 delegados de los 87 pueblos indígenas del país se focalizaron en la construcción colectiva de las políticas públicas en salud, la estructuración, desarrollo e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), la atención intercultural en la que se trabajaron aspectos relacionados con las adecuaciones interculturales de la prestación de servicios de salud y el Plan Decenal de Salud Pública, la formación del recurso humano tradicional en salud, la definición de la suficiencia de la unidad per cápita (UPC) entre otros (35).

Luego de una lucha de 4 años, el 7 de septiembre de 2014, se logra la aprobación por parte del presidente Juan Manuel Santos del Decreto autónomo de los pueblos indígenas; este incluye cuatro temas fundamentales: el SGP o Sistema General de Participaciones de los resguardos indígenas, que orienta el manejo de los recursos a las gobernaciones indígenas y no a los alcaldes; el SEIP o Sistema de Educación Indígena Propia; la Jurisdicción Especial Indígena y finalmente el SISPI, que incluye el sistema de promoción y prevención de estas microculturas. El desarrollo y la socialización del SISPI en los 105 resguardos indígenas, que cubre a 1'378.884 habitantes, se está realizando actualmente; buscando respeto a las tradiciones indígenas y control en los procesos de la determinación social en salud mediante la educación. Hoy, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria) y la sentencia C-313 de 2014 defienden la salud como ley fundamental brindando apoyo especial a la salud de las comunidades indígenas.

DISCUSIÓN

En Riosucio y zonas aledañas se tiene que reconocer que hoy no existe una cultura pura, por la influencia de otras, y menos aun cuando han pasado más de 500 años de historia en América; es decir que hay una multiculturalidad con procesos de interculturalidad muy marcados debido a que además de los indígenas Emberá Chamí propios de la zona habitaron los españoles y sus descendientes, así como las poblaciones afrodescendientes que fueron traídas para trabajar en las minas de oro y europeos que ingresaron en el siglo pasado al huir de la Segunda Guerra Mundial.

La multiculturalidad se define como la coexistencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico, en donde debido a las jerarquías tanto sociales como políticas se pueden crear conflictos por el menosprecio de unas u otras. Sin embargo el objetivo de la convivencia en la multiculturalidad es el de promover la igualdad y diversidad de culturas (36, 37).

La interculturalidad es el intercambio o interacción de dos o más culturas a través del diálogo. A pesar de que existen diferencias entre diversas culturas, no existe ninguna cultura hegemónica; es decir que ninguna está por encima de otra. Todas son iguales, en el sentido de los derechos humanos. La interculturalidad se da por diferentes formas como la comunicación entre culturas y la inmigración, siendo una hibridez cultural; o sea que diversas culturas conviven y se mezclan entre sí, sin hacerse un mestizaje (36, 37).

Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad y prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema, depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina.

En consecuencia, las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en las cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual. La dimensión conceptual de los sistemas médicos está determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales (38).

En el municipio de Riosucio y sus resguardos indígenas se ha desarrollado un proceso en el que la multiculturalidad ha buscado la igualdad, sin menosprecio de ninguna cultura; toda vez que los derechos se basan en el espacio físico de los resguardos y quienes los habitan y no en la procedencia étnica de cada habitante. Con respecto a la interculturalidad, el mestizaje se ha dado no solo desde el concepto étnico sino también desde el concepto social y cultural; incluyendo las características del sustento económico de los habitantes de los diferentes resguardos.

En el municipio de Riosucio (Caldas) los datos de salud de sus habitantes —que incluye a todos los habitantes de los resguardos— se consignan anualmente en un documento denominado perfil epidemiológico, realizado desde el punto de vista de la medicina occidental, de acuerdo a los requerimientos del Instituto Nacional de Salud; igualmente se hace un documento de perfil epidemiológico propio de enfermedades indígenas, elaborado por médicos tradicionales y parteras¹¹.

Las enfermedades odontológicas, la hipertensión arterial primaria, las infecciones urinarias, la rinosfarinitis, la enfermedad de diarrea aguda, la lumbalgia y los traumas, son las principales enfermedades de consulta externa en los hospitales locales (39). Las primeras causas intrahospitalarias de la población de Riosucio son la neumonía, dolores abdominales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la infección de vías urinarias,

¹¹ Al haber dos interpretaciones de las enfermedades en una población, una por la cultura occidental y la otra por la cultura indígena Emberá Chamí, se puede hablar de dos perfiles epidemiológicos interdependientes.

las coleditiasis, la apendicitis, los traumas en la cabeza, insuficiencia cardiaca congestiva, traumas en otras partes del cuerpo y finalmente las anemias (39).

La primera vez que se realizó un perfil epidemiológico propio de las comunidades indígenas en el municipio de Riosucio, fue en el año 2011. Culturalmente este perfil recobra la historia y conocimientos que se han dado por cientos de años. Presenta un enfoque propio de la salud de los indígenas, e incluye condiciones que ellos mismos identifican dentro de su cultura como enfermedades (40). Realizado en reuniones de su población con los chamanes, jaibanás, médicos tradicionales y parteras, teniendo en cuenta la conceptualización propia de la cultura Emberá Chamí sobre las enfermedades por energías, la madre naturaleza y los espíritus, que son tradicionales e históricas, y que la medicina occidental no puede curar (40).

Respetan estos conceptos, clasificándolas como “enfermedades afueranas” y “enfermedades propias”. Luego las organizan en subgrupos como enfermedades de la mujer, enfermedades energéticas, enfermedades espirituales, enfermedades naturales y enfermedades postizas.

Las “enfermedades afueranas”, son aquellas enfermedades que fueron traídas durante la conquista y que aún persisten en el territorio ancestral afectando a la población indígena. Estas son principalmente infecciosas (41).

Las “enfermedades propias”, son aquellas enfermedades que en ocasiones no presentan síntomas corporales pero si espirituales y que no se pueden diagnosticar por medio de exámenes y laboratorios. Son enfermedades que las personas han venido sufriendo de forma histórica en los territorios, con nombres propios, y son producidas de forma sobrenatural por espíritus o por energías provenientes de una fuerza negativa. Solo pueden ser diagnosticadas por los dones de los médicos tradicionales al ser producidas por el ambiente y

los aspectos sociales, y solo pueden ser tratadas por elementos de la madre naturaleza (41).

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y a veces antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen solo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro (42).

El complejo contexto de la interculturalidad, demanda de los actores el establecimiento de relaciones entre culturas y personas que intercambian sus cosmovisiones en un ambiente de afirmación cultural de los saberes indígenas. De hecho, Ishizawa considera que el diálogo de saberes es “la relación mutuamente enriquecedora entre personas y culturas, puestas en colaboración por un destino compartido” (43).

Incursionar en el estudio comprensivo de la determinación social en salud para la primera infancia en las poblaciones indígenas, por ejemplo Wayúu y Emberá Chamí, implica pensar de otra manera el proceso de indagación que permita hacer construcciones en torno a los saberes propios que les caracteriza y a las políticas públicas que afectan en este sentido a esas culturas indígenas.

Lo anterior, significa que brindar oportunidades para la comprensión de la determinación social de la salud para la primera infancia en otras poblaciones étnicas implica asumir una actitud de reconocimiento del otro. Este reconocimiento aparece en todas las prácticas de saberes locales y occidentales, y se espera lograr objetivarlas en el marco de un sistema integrado de salud. En este sentido la lucha por el reconocimiento es propia de la relación humana; entendida como el enfrentamiento de dos personas, dos sujetos, que luchan por ser reconocidos por el otro. En esta dialéctica, Hegel aclara que la lucha por

el reconocimiento es un espacio ético y político en el que se plantean las relaciones sociales y cuyo resultado último se puede agrupar con el término instituciones sociales y políticas (44).

El reconocimiento de los saberes ancestrales de la población indígena parte de la aceptación de un predominio del saber-poder de la cultura occidental que ha subvalorado los saberes locales, culturales, tradicionales; lo cual demanda, para este programa de investigación, una necesidad de orientar estrategias y acciones conjuntas para empoderar a estas comunidades logrando su activa participación a través del diálogo de saberes. Este empoderamiento podría comprenderse, no obstante, como bien lo expresa Rappaport, desde el modelo del “empoderamiento como potenciación” y el efecto en un desarrollo social con la dinámica de la participación (45). El empoderamiento por medio de esta perspectiva se relaciona con el poder como la capacidad de ser, de expresarse uno mismo. Su sentido del poder está muy cerca de la capacidad humana. De allí que las relaciones de poder puedan entonces significar dominación, desafíos y resistencias o servir para obtener control sobre ellas.

En este marco de ideas, desocultar saberes ancestrales que por épocas han sido reprimidos por no estar a tono con los conocimientos científicos es una oportunidad que se presenta con este programa de investigación para recuperar tradiciones, reafirmar culturas y sobre todo constituir comunidades vitales que compartan e intercambien sus visiones de vida en torno a la salud en primera infancia. Como bien lo expresa Mejía, “estos sistemas de saber tienen vida propia, toda vez que funcionan en mundos singulares y diferentes que solo son explicables en esas particularidades del mundo que lo constituye, y ello le exige construir categorías que tienen valor, explicación, sentido en las enunciaciones de su cultura” (46).

Kaplan, ya advertía que la industrialización de la producción ha convertido al conocimiento científico en la moneda corriente de la tecnología. Las leyes de la naturaleza se emplean para separar a las personas de su medio terrenal. Se crean nuevos nucleamientos urbanos a una velocidad vertiginosa al mismo tiempo que tribus enteras, grupos étnicos y hasta Naciones han sido desarraigadas de sus moradas ancestrales y dispersas por tierras extrañas (47).

El concepto de poder en Foucault supone una crítica a la concepción tradicional entendida como soberanía-obediencia, que se lleva a cabo por múltiples técnicas y tácticas específicas que responden a urgencias determinadas y configuran estrategias. Tal como lo concibe es esencialmente positivo, incita, suscita, produce. No es fundamentalmente represivo sino que se ejerce, se posee y pasa por los dominados tanto como por los dominadores (48, 49).

Es claro que, para este trabajo investigativo, el crear ambientes propicios para el diálogo de saberes permite a las culturas en conversación visibilizar sus visiones frente hacia a la determinación social y estructural para la salud en primera infancia; empoderando las comunidades y superando todas las tensiones que han separado las culturas.

La aplicación de la interculturalidad en la salud, para el tratamiento de las enfermedades, es lo que se observa hoy en la población indígena de Riosucio; así como, prácticamente, en todas las culturas indígenas del país. El sistema nacional de salud con sus hospitales y todo el andamiaje de la medicina occidental es aceptado por la cultura indígena. Sin embargo esto no desplaza, ni ha hecho desaparecer, su propio concepto cultural de enfermedad. Ya que por su lado continúan los representantes culturales de la salud, principalmente los médicos tradicionales y las parteras, aplicando su concepción de enfermedad y respetando la medicina occidental (50).

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, el más complejo de desarrollar, implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad (51).

El camino a seguir es fomentar el acercamiento entre las dos medicinas, respetando sus principios y sus protagonistas, profundizando en el aspecto de la atención primaria en salud y el manejo de la salud colectiva comenzando por la familia; tendencia que debe marcar la medicina occidental. En cuanto a la medicina indígena apoyar el SISPI, respetando sus tratamientos tanto naturales como espirituales; de esta manera se podría observar que los principios de la interculturalidad en salud son totalmente aplicables (52).

CONCLUSIONES

Antes del descubrimiento y en la preconquista la población autóctona americana, identificada como indígena por territorio y cultura, tenía su propia forma de concebir la salud que compartía los conceptos de manejo natural y espiritual. Con la llegada de los españoles, arriban nuevas enfermedades que fueron tan devastadoras como la misma conquista. El manejo de la salud indígena sufrió un cambio importante, al intervenir los conceptos y métodos de los nuevos visitantes en este proceso.

Nunca hubo un respeto real por la cultura indígena y sus creencias, a pesar de los decretos reales que ordenaban lo contrario. La nueva religión estuvo de lado de la defensa de los derechos indígenas, pero las creencias propias indígenas fueron erradicadas. No hay mayores cambios luego de la colonización en cuanto a la política de manejo de las poblaciones indígenas. Solo en los siglos XX y XXI se nota un cambio real en los derechos y políticas en salud para los indígenas con la Constitución de 1991, y con la posterior promulgación del SISPI. Este programa en salud, como parte de un decreto de autonomía indígena, busca recuperar y respetar las creencias culturales de los pueblos indígenas.

La población Emberá Chamí, en el departamento de Caldas, es una muestra clara de la situación actual de las condiciones indígenas; destacando principalmente la interculturalidad que se vive como un fenómeno irreversible y obligatorio en el espacio y tiempo de los indígenas. El saber cómo manejar esta interculturalidad es probablemente la clave de conservación de la cultura indígena en todos los resguardos de Colombia.

AGRADECIMIENTOS

Al Concejo de Resguardos indígenas de Caldas — CRIDEC—, a la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas —ACICAL— y a la Alcaldía de Riosucio de Caldas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias SA. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev Fac Nac Sal Púb.* 2017; 35 (2): 186-196.
2. Foucault M. *La vida de los hombres infames.* La Plata: Ediciones Altamira; 1996.
3. Quevedo E. *Historia social de la ciencia en Colombia. Medicina. Tomo VII.* Bogotá: COLCIENCIAS; 1993.
4. Miranda N., Quevedo E., Hernández M. *Historia social de la ciencia en Colombia. Medicina. Tomo VIII.* Bogotá: COLCIENCIAS; 1993.
5. Pontón JH. *La medicina en la época precolombina os psicoestimulantes y los venenos de flechas.* Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-60/academ24360-medicinaprecolombina/>.
6. Reichel-Dolmatoff G. *Colombia indígena, período prehispánico.* En: Jaramillo Uribe J., editor. *Manual de historia de Colombia.* Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura; 1982. p. 33-118.
7. Friede J. *Colombia indígena, período prehispánico.* En: Jaramillo Uribe J., editor. *Manual de historia de Colombia.* Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura; 1982. p. 119-224.
8. Arango Cano J. *Mitos, leyendas y dioses chibchas.* Bogotá: Editorial Plaza & Janés; 1991.
9. Pteziani JC. *La medicina en la historia (I). Culturas Precolombinas.* *Revista Centro Médico.* 1997; 42 (1): 42-46.
10. Chávez HD. *La sociedad colonial americana.* Disponible en: <https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/historico-social/historia-de-mexico-1/HMI/Colonia.pdf>
11. González López F. *Conjuros y hospitales.* Manizales: Gobernación de Caldas; 2005.
12. Grice-Hutchinson M. *El concepto de la Escuela de Salamanca: sus orígenes y su desarrollo.* *Revista de Historia Económica.* 1989; VII (2): 21-25.
13. Aguirre SAC. *Fenomenología jurídica y derecho natural. Iusnaturalismo clásico y doctrina apriórica del derecho.* *Eikasía.* 2008; IV (21): 57-75.
14. Orozco OG. *El Estado borbónico en la nueva España.* Disponible en: <http://www.omarguerrero.org/articulos/Borbonico.pdf>.
15. Restrepo LA. *Proceso histórico de los derechos humanos en Colombia.* Bogotá: Instituto para el Desarrollo de la Democracia Luis Carlos Galán; 1995.
16. Bohórquez CL. *El resguardo en la Nueva Granada. ¿Proteccionismo o despojo?* Bogotá: Editorial Nueva América; 1997.
17. Herrera M. *Los pueblos que no eran pueblos.* Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5755023.pdf>
18. Bentham J. *El panóptico.* Madrid: Ediciones La Piqueta; 1979.
19. Foucault M. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión.* Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2002.
20. Fowler W., Zavaleta E. *El pensamiento de Pierre Bourdieu: apuntes para una mirada arqueológica.* *Rev Museología Koot.* 2003; 3 (4): 117-135.
21. García FM. *Derechos humanos de los indígenas. Las instituciones coloniales fallaron en su defensa.* *Credencial Historia.* 2002; 156.
22. Todorov T. *La conquista de América: el problema del otro.* Ciudad de México: Siglo XXI editores; 2010.
23. Saavedra JJ. *De los medicamentos aldeaños a través de los tiempos y los años.* Bogotá: Lafrancol S.A.; 2013.

24. Miranda N. Historia social de la ciencia en Colombia. Medicina. Tomo VIII. Bogotá: COLCIENCIAS; 1993.
25. Angarita MDC., Rincón S. Los caminos históricos de la Real Expedición Botánica. Quiroga. 2013; 3: 40-54.
26. Ministerio de Educación Nacional. Mutis y la Expedición Botánica. En: Arbeláez EP. Colección Bicentenario: ciencia y la Expedición Botánica en la Independencia. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2012.
27. Wilhite JF. Los discípulos de Mutis y la Ilustración en la Nueva Granada: la educación, la historia y la literatura. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/John_Wilhite2/publication/267027516_LOS_DISCIPULOS_DE_MUTIS_Y_LA_ILUSTRACION_EN_LA_NUEVA_GRANADA_la_educacion_la_historia_y_la_literatura/links/544162cf0cf2e6f0c0f61a84/LOS-DISCIPULOS-DE-MUTIS-Y-LA-ILUSTRACION-EN-LA-NUEVA-GRANADA-la-educacion-la-historia-y-la-literatura.pdf.
28. Díaz López Z. La política dirige la economía: libertad, progreso y educación. En: Ocampo JF., editor. Historias de las ideas políticas en Colombia. Bogotá: Pensar: Instituto de Estudios Sociales y Culturales; 2008. p. 107-144.
29. Ocampo JF. La política dirige la economía: libertad, progreso y educación. En: Ocampo JF., editor. Historias de las ideas políticas en Colombia. Bogotá: Pensar: Instituto de Estudios Sociales y Culturales; 2008. p. 145-180.
30. Robledo E. Apuntaciones sobre la medicina en Colombia. Cali: Universidad del Valle; 1959.
31. Diario Oficial. Ley 160 de 1994. Sistema Nacional de reforma agraria y desarrollo rural campesino. Bogotá: Diario Oficial; 1994.
32. de Solano F. Proceso histórico al conquistador. Madrid: Alianza; 1987.
33. Sánchez Reyes JD. Organización de los sistemas territoriales de seguridad social en salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 1995.
34. Dirección local de Salud del municipio de Riosucio. Boletín epidemiológico de Riosucio. Riosucio: Alcaldía de Riosucio; 2013.
35. CRIDEC. Pueblos indígenas avanzan en la estructuración del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Boletín de Prensa. 2012.
36. Alarcon AM., Vidal A., Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica de Chile. 2003; 131: 1061-1065.
37. Chaves M. La multiculturalidad estatalizada: indígenas, afrodescendientes y configuraciones de Estado. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia; 2012.
38. Hernández VH. Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad: evolución de un término. Disponible en: <https://es.slideshare.net/especialistaenigualdad9/article04-31134494>
39. Dirección local de Salud de Riosucio. Perfil epidemiológico de Riosucio. Riosucio: Alcaldía de Riosucio; 2013.
40. Sánchez Gutiérrez E., Molina Echeverry H. Documentos para la historia del movimiento indígena colombiano contemporáneo. En: Ministerio de Cultura, coordinador. Bogotá: Biblioteca Básica de los Pueblos Indígenas de Colombia; 2010.
41. Montes de Echeverri S. Documentos SUPERSALUD gobierno de Colombia. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Sentencias/CE-SC-RAD2002-N1443.pdf>.
42. Escobar A. Una minga para el postdesarrollo: lugar, medio ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales. Bogotá: Ediciones Desde abajo; 2013.

43. Ishizawa J., Rengifo VG. Diálogo de saberes. Una aproximación epistemológica. Lima, Perú: AMC Editores; 2012.
44. Pardo JA. ¿De qué trata la *Fenomenología del espíritu* de Hegel? Disponible en: <http://biblioteca.itam.mx/estudios/60-89/86/JoseAntonioPardoDequetrala.pdf>.
45. Rappaport J. La teoría de la potenciación (*Empowerment*). En: Hombrados IM., coordinadora. Introducción a la psicología comunitaria. Granada: Ediciones Aljibe. 1996.
46. Mejía MR. Las búsquedas del pensamiento propio desde el buen vivir y la educación popular. Urgencias de la educación latinoamericana a propósito de las relaciones entre el saber y conocimiento. *Rev Edu y Ciud.* 2012; 23: 9-26.
47. Kaplan JL. Adolescencia. El adiós a la infancia. Buenos Aires: Paidós; 1991.
48. Tirado FR., Mora M. El espacio y el poder: Michel Foucault y la crítica de la historia. *Rev Espiral.* 2002; 9 (25): 11-36.
49. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Ciudad de México: Siglo XXI editores; 2012.
50. Calvo de Vanegas P. Riosucio. Manizales: Biblioteca de Autores Caldenses; 1933.
51. Nayip F., Narváez H. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población. *Cienc Enferm.* 2012; XVIII (3): 17-24.
52. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 Anexo IV. Acuerdos con los Pueblos Indígenas. Disponible en: <http://www.vicepresidencia.gov.co/programas/Documents/Plan-nacional-desarrollo-2010-anexo-acuerdos-pueblos-indigenas.pdf>