

x

**Medicina tradicional y atención  
primaria de la salud  
Una experiencia en el río Andágueda<sup>1</sup>**

*Miguel Lobo-Guerrero<sup>2</sup>  
Xochitl Herrera*

### **Introducción**

Uno de los temas que mayor interés y controversia suscitan en el campo de la salud comunitaria es sin duda el de la medicina tradicional. Con la formulación del concepto de Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia de ampliación de la cobertura en salud, el problema de la participación comunitaria ha tomado cada vez mayor importancia. De la idea de participación como una simple aceptación de los programas, se ha pasado progresivamente al concepto de una participación integral, en la que la comunidad debe involucrarse en la planificación misma y en la toma de decisiones: la participación como un proceso que debe desembocar en la auto-

---

1 Los materiales sobre los cuales se basa este artículo provienen de la asesoría antropológica a un programa de investigación participativa en salud desarrollado entre 1984 y 1986 en el río Andágueda, en el Chocó, con el apoyo del Convenio Colombo Holandés de Salud.

2 Antropólogos.

gestión (Steenhuis 1987). Y la medicina tradicional, entendida como la manera propia de cada pueblo de formular, interpretar y enfrentar sus problemas de salud, adquiere aquí un papel fundamental.

En forma paralela, la necesidad de vincular la antropología a las luchas de reivindicación social y cultural de los pueblos, ha llevado a muchos estudiosos de esta disciplina a abandonar el escenario académico entrando a participar en forma más directa en esos procesos de etnodesarrollo. La misma antropología aplicada, que se orientaba más a asesorar a las instituciones para que pudieran imponer sus programas, se ha tenido que transformar para entrar a asesorar a las comunidades en la formulación y el desarrollo de sus propios proyectos culturales y sociales. El encuentro de la salud pública y la antropología en este nuevo contexto del etnodesarrollo y la autogestión, plantea un importante reto para el cual ni la medicina, con su orientación hospitalaria y curativa, ni la antropología, con su orientación académica, se encuentran bien preparadas.

La necesidad de construir una política consistente en este campo de la salud y el etnodesarrollo, adquiere una especial relevancia en un país con una diversidad cultural tan grande como la que se presenta en Colombia. Un núcleo importante de esta problemática está sin duda en la capacitación de promotores comunitarios de salud, que constituye uno de los rasgos más característicos de la estrategia de APS. Es éste un campo en el que la antropología debe pasar a jugar un importante papel. Si lo que se pretende es promover procesos de autogestión y etnodesarrollo, no se puede seguir capacitando promotores de salud con un currículo rígido y homogéneo para todo el país. Se necesita formular guías lo suficientemente flexibles como para permitir que los promotores logren rescatar y poner en juego los recursos culturales y organizativos propios de cada etnia, en lugar de imponer en forma vertical la visión institucional de la salud.

Un currículo flexible de este tipo no puede sin embargo construirse a partir de una simple reflexión teórica sobre el problema. Por ahora resulta más pertinente tratar de sistematizar y divulgar las varias experiencias locales y aisladas que en este sentido se desarrollan en algunos lugares del país. Solo a partir de una reflexión sobre estos procesos resulta factible ir construyendo una política más real, menos romántica, para el trabajo conjunto

de la medicina institucional con las muy diversas medicinas y culturas tradicionales del país.

Este artículo busca hacer una pequeña contribución a ese proceso, divulgando algunas reflexiones teóricas y metodológicas que surgieron en el curso de un programa de salud y medicina tradicional implementado con las comunidades mineras de población negra que habitan en el río Andágueda, en el Departamento del Chocó. Su preocupación central es por lo tanto la de abordar el problema de la forma como la medicina tradicional y la identidad cultural deben involucrarse en los programas de APS, en el marco de una política de autogestión y etnodesarrollo.

### El programa rural de salud del Chocó

En 1980, a través de un convenio suscrito entre los gobiernos de Colombia y Holanda, se iniciaron en el Chocó una serie de acciones tendientes a consolidar un programa de APS en las áreas rurales del departamento. Se buscaba con esto mejorar la accesibilidad económica y sociocultural de estas poblaciones a los servicios de cuidado primario, y reducir la alta mortalidad y morbilidad existentes en esta región del país. Además de la capacitación, supervisión y educación continuada a un equipo de promotoras de salud, el programa desarrolló intensivamente actividades en saneamiento ambiental, e implementó estrategias tendientes a promover la participación organizada de las comunidades en el planteamiento y búsqueda de solución a sus problemas (CCHS 1983, Engelkes 1989).

Desde un comienzo, en este trabajo con las comunidades se hizo evidente la importancia de la medicina tradicional, no solo por los numerosos especialistas a los que la población recurre, sino por constituir ésta la forma como la comunidad interpreta sus problemas y por ser un factor importante en su accesibilidad cultural a los servicios institucionales. El trabajo con la medicina tradicional se orientó en un principio a lograr un acercamiento con sus especialistas y a recoger información sobre las concepciones y prácticas médicas existentes en las comunidades. Se propiciaron dos encuentros de intercambio entre raiceros, pega-huesos, yerbateros, etc..., y se dictaron cursos a las parteras para mejorar sus técnicas de asepsia y su capacidad de identificar embarazos con riesgo (CCHS s.f., Mendoza 1983).

Sin embargo, en 1984, las reuniones de evaluación hechas con el equipo interdisciplinario<sup>3</sup> del Convenio Colombo Holandés de Salud (CCHS) mostraron que los caminos a seguir con la medicina tradicional no estaban del todo claros, pues se estaba haciendo demasiado énfasis en los especialistas tradicionales y los resultados no eran muy satisfactorios. Se decidió entonces orientar los esfuerzos más hacia la comunidad que hacia sus especialistas, impulsando una investigación participativa que permitiera profundizar en los recursos propios de la cultura local.

Ya esta estrategia de investigación había comenzado a implementarse en 1982, como parte del componente de participación de la comunidad, mediante la elaboración de diagnósticos participativos que llevaron a la realización de encuentros interinstitucionales en los que voceros de las comunidades expusieron sus problemas y demandaron soluciones ante los representantes de las diversas entidades vinculadas a la región (Valderrama s.f.). Pero la constatación de que la respuesta a estas demandas había sido muy precaria, y de que el aporte ofrecido por las comunidades se reducía sistemáticamente a su mano de obra, llevó a plantear la necesidad de estimular el examen de las capacidades y los recursos tradicionales propios de estas poblaciones.

El programa de investigación participativa se inició en cinco comunidades del río Andágueda (Calle Larga, Cuajandó, El Salto, Las Hamacas y Playa Bonita), que tienen como actividad económica principal la minería, y pasó a constituirse en un punto de apoyo a las demás actividades que paralelamente se estaban desarrollando en los campos del saneamiento ambiental y la educación en salud. Los objetivos que se plantearon buscaban promover en las comunidades el estudio y el análisis de la historia y la cultura local, y de la medicina tradicional como parte de ellas, así como de los problemas de salud sentidos y los recursos disponibles para solucionar estos problemas. A través de este proceso se planteó también la necesidad de desarrollar un instrumento de comunicación, intercambio de información y concientización, que permitiera reflexionar sobre los problemas de salud y sobre las soluciones factibles de comenzar a implementar en el seno mismo

3 A lo largo del programa de investigación participativa este equipo estuvo conformado por los médicos Ismael Lara, Peter Gondrie y Elly Engelkes, el psicólogo Jos Steenhuis, el comunicador social Hernando Jiménez, la enfermera y salubrista Nohora Arce, las trabajadoras sociales Luz María Valderrama y Aida Obregón, y los antropólogos autores de este artículo.

de las comunidades. El resultado fue una revista de circulación local, que permitió extender el trabajo a las demás comunidades del Andágueda y a algunas zonas del río Atrato.

En el primer año, la investigación participativa se indujo a través de reuniones periódicas de los antropólogos con las promotoras de salud. Estas reuniones incluían reflexiones sobre la importancia de la medicina tradicional en un programa de APS, la historia de la población negra en Colombia, el estudio y análisis del material bibliográfico existente sobre la medicina tradicional en el Litoral Pacífico y capacitación en algunas técnicas de entrevista, recopilación de historias de casos de enfermedad y grabaciones en cinta magnetofónica. Entre una y otra reunión, las promotoras promovían y orientaban charlas y discusiones en sus respectivas comunidades y entrevistaban a distintas personas: ancianos, raiceros, parteras, madres, enfermos, etc. A medida que el trabajo de la promotora avanzaba, cada una de las comunidades seleccionadas recibía una visita de los antropólogos con el fin de discutir con la población el análisis de los materiales que se recopilaban, traer nueva información bibliográfica y orientar a la promotora en la investigación. A partir de esa información recogida por las promotoras, comenzó a emerger un interesante panorama de la morbilidad sentida, la medicina tradicional, la historia y la tradición oral de las comunidades.

Desde el inicio se planteó que los intereses del trabajo antropológico debían supeditarse a los intereses de la investigación participativa. En este sentido, el material se recopiló de acuerdo a lo que las personas estaban interesadas en contar, y el análisis antropológico se orientó a sistematizar la información y a aportar elementos al proceso llevado por las comunidades. Las guías que se preparaban en los cursos y que la promotora seguía en su investigación, eran muy flexibles. El objetivo no era seguir un esquema etnográfico tradicional, sino promover en la población una participación basada en sus propias experiencias históricas y culturales.

Inicialmente se pensó que un proceso de esta naturaleza implicaría mucho tiempo y muchos esfuerzos para llegar a consolidarse; sin embargo, desde el momento en que las comunidades comprendieron el sentido de la investigación en la cual estaban participando, el trabajo tuvo avances inesperados. Dos hechos contribuyeron a esto: por una parte, la población venía participando en un programa que incluía eficazmente todos los demás componentes de la APS, por lo cual estaba motivada y preparada para asumir

este tipo de reflexión; por otra, a través de los diagnósticos participativos las comunidades habían comenzado a entrever que el desarrollo que buscaban no estaba definitivamente en manos de las instituciones estatales, sino que los elementos para ese desarrollo debían buscarlos en ellas mismas. Hoy, tres años después de finalizado el convenio entre Colombia y Holanda, la población del Andágueda sigue trabajando con los instrumentos y materiales surgidos de este programa de APS; las cartillas de prevención y saneamiento ambiental y la revista sobre salud y medicina tradicional hecha por las comunidades en la investigación participativa, son ahora documentos de estudio en las escuelas de primaria. ✓

Para el equipo interdisciplinario que participó en el programa, la experiencia dejó también muchas reflexiones sobre la articulación de la medicina tradicional en un programa de APS y sobre la medicina tradicional de la población del Andágueda en particular. Seguramente, el primer esquema de comprensión de esta medicina, obtenido por las promotoras en sus comunidades, permitirá a otros investigadores encontrar elementos comunes en otras comunidades y con ello entender mejor a los habitantes de esta gran región cultural del Litoral Pacífico.

#### Aclarando conceptos: APS y medicina tradicional

A partir de 1978 y motivado principalmente por las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a la importancia de la medicina tradicional en el logro de mejores coberturas en los servicios de salud (OMS 1978), ha comenzado a desarrollarse en el país un creciente interés por la articulación de la medicina institucional con las medicinas tradicionales, que se ha manifestado ya en varias reuniones organizadas por instituciones oficiales y privadas, en los trabajos adelantados por algunos médicos y antropólogos y en escasos esfuerzos legales como la Resolución 10013 del Ministerio de Salud (1981), que reglamenta la prestación de servicios en las comunidades indígenas. Pese a esto, en Colombia no existe aún una política consistente con respecto al problema y las relaciones entre la medicina tradicional, el desarrollo sanitario de la población y los programas de APS siguen siendo confusas y sujetas a muchas discusiones. Es conveniente por tanto, teniendo como base la experiencia del Andágueda, explorar aquí cómo se desarrollan esas relaciones en el contexto de la situación de salud de las minorías étnicas, y proponer un marco teórico que nos permita definir las en forma tentativa.

Por medicina tradicional se ha venido entendiendo el conjunto de conocimientos, creencias, costumbres y prácticas con las cuales las comunidades marginadas o relativamente aisladas han venido interpretando y enfrentando sus problemas de salud. Esta medicina, que en el caso de Colombia cuenta con un buen número de elementos heredados de las culturas amerindias, africanas y de la tradición medieval europea, ha sido desarrollada por las distintas poblaciones, lográndose creaciones propias y específicas de acuerdo a las características epidemiológicas, procesos históricos y medios ambientes sociales y físicos de cada una de ellas. Es por esto imposible, a pesar de los elementos que muchas de ellas comparten, hablar de una medicina tradicional propia del país; habría que hablar más bien de medicinas tradicionales. Estas medicinas tradicionales hacen parte de diversas culturas regionales y locales y deben por tanto ser comprendidas en el marco de esas culturas determinadas. La cultura toda de una comunidad (su forma de vida y su cosmovisión), aparece entonces como el instrumento, transmitido por aprendizaje de una generación a otra, mediante el cual una población ha logrado adaptarse a su herencia biológica y a su medio ambiente físico y social. Una importante consecuencia de esa adaptación es el nivel de salud que la población alcanza.

Examinemos ahora el concepto de Atención Primaria de la Salud, con el cual se ha buscado en los últimos años llevar los servicios formales de salud a esas poblaciones marginadas. Tal como la define la Declaración de Alma Ata, "la APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" (OMS-UNICEF 1978). Un programa de APS debe entonces incluir estrategias para lograr que la comunidad local pueda manejar (prevenir, controlar o curar) la mayor parte de sus problemas de salud en forma autónoma. La participación de las comunidades es por ello un componente esencial en este tipo de programas. Y si entendemos la participación como "el control creciente de la población sobre sus problemas" (Muller 1979: 37), la medicina tradicional adquiere una singular importancia en las comunidades que pueden ser catalogadas como minorías étnicas, es decir, aquellas que mantienen una cohesión social basada en una identidad cultural propia y de difícil asimilación a la cultura nacional.

La medicina tradicional no es otra cosa que la forma propia de participación que estas comunidades han desarrollado para interpretar y controlar sus problemas de salud: es, al decir de Muller, "su mecanismo más efectivo de auto-ayuda" (1979: 153). Parece más adecuado entonces partir de esa medicina propia de la comunidad y de los recursos que ella ha desarrollado, para acrecentar el control que ya, tradicionalmente, ella ha venido buscando. Otra forma de actuar significaría ignorar los logros y capacidades de las comunidades.

Ahora bien, este papel fundamental que debería tener la medicina tradicional en los programas estatales de salud, muchas veces es rechazado con marcado pesimismo, argumentando que la medicina tradicional es precisamente la causa de los bajos niveles de salud (Gutiérrez de Pineda 1985). Indudablemente es cierto que los más altos índices de morbilidad los tienen hoy las poblaciones en las que la medicina tradicional parece tener una mayor demanda y en especial las minorías étnicas: en efecto, la tasa de mortalidad infantil, que para el conjunto de la población colombiana es de 57 por mil (1982), asciende a 191 por mil en la Costa Pacífica, donde hay un marcado predominio de las minorías negras, y es de 233 por mil en algunas zonas indígenas como las del Cauca, en las que la expectativa de vida al nacer es de apenas 34 años para los hombres y de 37 para las mujeres, comparadas con los 60 y 64, respectivamente, que se registran a nivel nacional (UNICEF 1987).

Estos bajos índices de salud se asocian directamente con graves problemas de desnutrición, enfermedades gastro-intestinales e infecciones respiratorias agudas, que tienen su mayor incidencia en los menores de cinco años y que conforman lo que Rangel (1981) ha denominado el "síndrome de privación socio-económica". Pero ubicar en las fallas de esas medicinas tradicionales la causa de estos graves problemas sería tan erróneo como atribuirlos exclusivamente a la falta de cobertura por parte de los servicios formales de salud. Es necesario recordar que éstas no son comunidades aisladas; por el contrario, ellas hacen parte de una estructura socio-económica mucho más amplia que ha alterado profundamente su medio ecológico y dentro de la cual participan en un intercambio desigual, como productoras de alimentos o materias primas, como consumidoras de productos del sector de mayor desarrollo y como eventual fuerza de trabajo para este sector. Es esta estructura socio-económica como bien lo ha sustentado Muller (1979), la que da a estas comunidades el carácter de marginadas y la que está en la

base de sus graves problemas de salud. Por ello, como lo sugieren los resultados de algunos estudios, los sectores de estas minorías étnicas que muestran mejores niveles de salud son precisamente aquellos pocos que han tenido un menor contacto con la sociedad dominante (Kroeger y Bar-bira-Freedman 1982).

Ahora bien, si los obstáculos para el aumento del nivel de salud se encuentran en factores que van más allá de los límites de la prestación de servicios médicos sean éstos institucionales o tradicionales, ¿qué papel cumple la medicina propia de la comunidad en esta situación? Esta medicina asume una importancia significativa en un contexto también más amplio del desarrollo de las comunidades, en la medida que ella es un elemento de expresión de la identidad cultural, en el cual la población encuentra las bases para su solidaridad social, que le permiten responder con sus propias capacidades a esa misma situación de dominación y marginación que genera sus graves problemas de salud. Sin embargo, en estas minorías étnicas, la sociedad dominante, a través de sus instituciones, ha buscado también frustrar esas capacidades y la creatividad cultural de la población.

El incremento de la dependencia socio-económica que se ha dado en las últimas décadas en muchas de estas comunidades marginadas, ha tenido como consecuencia la enajenación o pérdida de valiosos recursos propios (v. gr. la botánica médica, el amamantamiento materno, variadas dietas alimenticias con productos locales, etc.) sobre los cuales la comunidad tenía control y que le servían para enfrentar muchos de estos problemas de salud. Al mismo tiempo, ese proceso ha aumentado la presencia de elementos ajenos sobre los cuales la comunidad no tiene el mismo control (v. gr. la droga patentada, el biberón, alimentos procesados industrialmente, etc.).

Este proceso de enajenación es apoyado y reproducido por las mismas instituciones en muchos otros campos de la cultura, atomizando la solidaridad social y disociando el nivel ideológico de la práctica cotidiana. De acuerdo a las características de las poblaciones, este proceso se ha ido desenvolviendo de muy diversas maneras; así por ejemplo, en las minorías étnicas negras se ha buscado romper la memoria de una historia de luchas propias contra la esclavitud, quedando solo el hecho mismo de haber sido esclavizadas; muchas de las tradiciones orales que sustentaban determinados actos médicos se perdieron, quedando la práctica atomizada.

Pese a todo esto y cualesquiera que sean las situaciones, las minorías étnicas se resisten a perder su identidad cultural y lejos de ello la construyen y orientan con elementos tomados de las nuevas experiencias ante la enfermedad y ante las distintas circunstancias que se presentan en sus procesos de cambio social. Indígenas y negros han hecho avances importantes por reafirmar estas identidades y sus propias medicinas, que son parte esencial de ellas en la medida que tocan aspectos tan fundamentales para el ser humano como la vida y la muerte.

De hecho, esta persistencia de la identidad cultural puede tener consecuencias sanitarias mucho más importantes que la capacidad curativa de una determinada medicina. No son extraños los problemas patológicos de tipo psicosocial que puede causar la pérdida de identidad; en Colombia tenemos infortunadamente varios ejemplos de grupos indígenas que han caído en esta situación por la pérdida de sus tierras y el obligado acercamiento a las ciudades. Problemas de patología social como la prostitución, el alcoholismo y la violencia, se generan fácilmente en procesos de aguda marginación, ante la pérdida de la capacidad de los pueblos para construir y reorientar solidariamente su futuro.

Ahora bien, dentro de esos mismos procesos de reafirmación cultural, las minorías étnicas han hecho también algunos logros en sus exigencias para que el Estado les preste los servicios de salud a los cuales sus miembros tienen derecho como ciudadanos colombianos; pero no siempre estos servicios contribuyen a afirmar la identidad en un marco de respeto al pluralismo cultural. Muchas veces entran en franca contradicción.

Atendiendo las recomendaciones de Alma Ata, que en su filosofía general recogen también la actitud de respeto a la identidad cultural que exigen las poblaciones, muchos de los programas que comenzaron a desarrollarse en la década de los 80 plantean entre sus objetivos formular un modelo de trabajo que articule la medicina institucional con la tradicional. Son sin embargo pocos los resultados obtenidos en este sentido y se reseñan solamente algunos logros en el trabajo con parteras tradicionales, las cuales han mejorado sus técnicas de asepsia, o con la botánica médica, donde se ha buscado compaginar el uso de plantas medicinales con la droga patentada, reduciendo el consumo de esta última. En otros campos de la medicina tradicional, parecen haber sido más abundantes los conflictos que los logros.

Los principales puntos de conflicto se presentan en el nivel ideológico del sistema médico tradicional. Aquí se interrelacionan los valores morales y religiosos que marcan muchos de los comportamientos ante la enfermedad. Es precisamente este nivel ideológico el que fundamenta no solo el sistema médico, sino toda la comprensión del mundo y de las actividades humanas dentro de él. Por ello, la articulación de la medicina institucional en el nivel ideológico de la tradicional constituye un peligro para la supervivencia de la identidad cultural. Las barreras que establece este nivel de la medicina tradicional componen su mecanismo más eficaz de defensa y de supervivencia. Sobrepasar esas barreras significa aceptar un modo de pensar e interpretar el mundo que en la vida cotidiana no puede concretarse por las relaciones de marginalidad, y significa también la destrucción de la creatividad y de las capacidades culturales para desarrollarse como sociedad y enfrentar el futuro.

El problema se hace aún más complejo en la medida que las comunidades han experimentado que ni las medicinas propias ni la institucional solucionan sus altos índices de enfermedad y las distancias muchas veces se van haciendo mayores entre unas y otra. Ante esta situación de conflicto, los programas institucionales asumen muchas veces el camino de dar gran énfasis a la educación sanitaria, para promover un cambio de valores que la población no acoge. Las comunidades por su parte, al no tener claras las contradicciones en que se ven involucradas, se desmotivan ante el escaso impacto de los programas y buscan fortalecer su propio sistema médico haciendo articulaciones espontáneas con elementos que pueden incorporar y manejar autónomamente por fuera del sistema institucional.

Por todo esto es necesario rescatar y revalorar los recursos propios de las comunidades entendiéndolos como logros culturales desarrollados a través de la historia; esto permite reafirmar la confianza de la población en sus propias capacidades y contribuir a incrementar su poder de desarrollo autónomo. Eso implica indudablemente un proceso de reflexión de la población sobre la forma como puede enfrentar su dinámica de cambio. Sin embargo, la participación de la comunidad solo podrá iniciarse y fortalecerse sobre la base de su potencial cultural, y para ello es necesario que las personas que orienten y retroalimenten el proceso tengan claridad sobre los límites que establece la ideología tradicional, los espacios que abre para su transformación y los distintos mecanismos que los sistemas médicos han utilizado para su desarrollo.

Resulta fundamental lograr diseñar un nuevo modelo de trabajo en salud que partiendo de esta problemática y utilizando las herramientas de las ciencias sociales, promueva una reflexión en las comunidades sobre los recursos institucionales de salud que realmente necesitan y están en capacidad de apropiarse y utilizar adecuadamente y aquellos que culturalmente no pueden aceptar.

### Algunos datos sobre medicina tradicional

Los trabajos antropológicos disponibles sobre el Litoral Pacífico permiten afirmar que las comunidades negras del Chocó poseen una cultura propia creada a través de un difícil y glorioso pasado histórico. La formación de esta cultura comienza en los primeros años de la conquista de América, cuando los esclavos se rebelan y buscan en los ríos y selvas del Pacífico sitios apropiados para vivir y reproducirse libremente (Whitten y Friedemann 1974). Los palenques, como se llamaron las fortificaciones levantadas por los negros cimarrones, aun en fechas tan tempranas como 1529 (Friedemann y Patiño 1983), llegaron a ser verdaderas repúblicas independientes, que pusieron no pocas veces en peligro los centros esclavistas. Mientras unos huían, otros compraban su libertad trabajando los días feriados y de descanso, y con ellos comenzó a poblarse de gentes negras la región húmeda y selvática del Chocó.

El proceso de adaptación a la nueva realidad fue necesariamente complejo, si tenemos en cuenta que entre los esclavos se encontraban gentes procedentes de culturas africanas muy heterogéneas; para sobrevivir en este medio, el negro tuvo que construir una nueva forma de vida adaptando a sus necesidades su pasado africano, e incorporando elementos de las culturas indígenas locales y de las tradiciones inculcadas por los antiguos amos y familias esclavistas. Es en todos estos elementos y en la dinámica a la cual fueron integrados, donde encontramos una cultura negra con logros propios.

En el estudio de la medicina tradicional de los pueblos negros del Chocó debe tenerse en cuenta este proceso histórico, a través del cual se experimentaron y luego se aceptaron o desdijeron técnicas y métodos preventivos y curativos que, en concordancia con un cuerpo coherente de ideas y teorías, dan lugar al actual sistema médico de esta población.

La bibliografía existente no permite por el momento ofrecer una visión integrada del sistema médico de los grupos negros, ni del desarrollo de este sistema dentro del marco más amplio de la historia y la cultura como respuesta adaptativa a situaciones concretas. Sin embargo, los datos bibliográficos disponibles (principalmente en Velásquez 1957a, 1957b, 1961, CCHS s.f., Mendoza 1981, Engelkes 1984), el material recogido por las promotoras de salud y las discusiones sostenidas sobre todos estos datos con las poblaciones del Andágueda, permiten lograr una aproximación tentativa y preliminar a este sistema tradicional.

Por lo que se refiere a la etiología de la enfermedad, se han podido identificar tres niveles de clasificación, que no son excluyentes el uno del otro cuando se hace el diagnóstico: causa, origen y definición. La enfermedad, una vez definida, puede además conceptualizarse de acuerdo a otros parámetros: fría, caliente; contagiosa, no contagiosa. El siguiente esquema es un primer intento de ordenar estos tres niveles de clasificación:

### ENFERMEDADES

Origen	DIVINAS		HUMANAS	
Causa	DESMANDO	DESCUIDO	VOLUNTARIAS	INVOLUNTARIAS
Definición	Lombriz Hemorragia Venéreas Ardores vaginales Mal de 7 días Anemia	Diarrea TBC Pasma Cólicos Tabardillo Mal viento Dolores de cabeza	Dolores fuertes Muerte por parto Muerte por mordedura de culebra Ahogados en el río	Fríos Fiebres Ojeo Pujo Rasquiñas Caída del pelo



## Clasificación específica sobre la *definición*

Frías – Calientes

Contagiosas – No contagiosas

La realidad en el proceso de definición de una enfermedad es sin embargo más compleja, puesto que diferentes situaciones pueden intervenir en la historia del paciente y todas ellas interactúan en el momento del diagnóstico. Así por ejemplo, una misma definición de enfermedad puede tener origen humano o divino: la tuberculosis "la puede desatar una gripe mal cuidada" (origen divino), o también el hecho de que a una persona "le echaron polvos de lagarto en la comida" (origen humano). También en el proceso de la enfermedad pueden haber ocurrido hechos que han contribuido a agravarla, alterando la definición. Miremos a manera de ejemplo un caso que puede aclararnos este fenómeno:

1. Una mujer no guardó determinada dieta en el puerperio; la mujer "se desmandó" y esto hizo que su sangre se debilitara; su enfermedad se define como anemia.

2. Algún tiempo más tarde empieza a sentirse mal, con "dolencias" en el cuerpo, "frialdad", dolor de cabeza, etc. Lo atribuye a haber salido acalorada a una corriente de aire estando todavía débil: recibió en "pasma".

Estas dos definiciones, que se relacionan con causas específicas diferentes, desmando y descuido respectivamente, corresponden a un mismo proceso de enfermedad.

Si le preguntamos a esta persona: "¿usted de qué está enferma?", podrá responder dando cualquiera de las dos definiciones, dependiendo del contexto en que se desarrolla la conversación, la persona que haga la pregunta, los síntomas que tenga en ese momento, etc. Pero no solo tendrá la opción de responder "tengo anemia" o "tengo pasmo", sino también "tengo debilidad", o "salí acalorada", o "recibí un mal viento". Es por esto que si ante una definición de enfermedad encontramos varias explicaciones, ellas mantienen su coherencia en la clasificación etiológica de la enfermedad.

La definición de una enfermedad se establece generalmente según los síntomas que presenta el paciente y la historia misma de éste o de su enfermedad para ubicar la causa y el origen; pero además, parecen existir una serie de principios vitales que se tienen en cuenta cuando se va a establecer el diagnóstico. Solo hemos encontrado algunos de estos principios:

1. Todo ser humano trae consigo al nacer siete enfermedades que se encuentran en estado latente, "agazapadas", hasta que una causa concreta, de origen divino o humano, desata el proceso de enfermedad. De las siete enfermedades con que nace el individuo, hemos podido determinar solamente cuatro: tabardillo, lombriz, venéreas y tuberculosis.

2. El estado de la sangre es factor decisivo en la predisponibilidad del ser humano a la enfermedad. Se considera que la sangre transmite al cuerpo fortaleza, o lo debilita cuando no mantiene su consistencia y temperatura en equilibrio.

3. La menstruación, el parto y el puerperio hacen que la mujer tenga mayores riesgos ante la enfermedad. Se dice que debido a estas etapas la sangre de la mujer es más aguada y débil, circula más rápido y por lo tanto es más propensa a la enfermedad que el hombre.

Muy posiblemente existen otra serie de principios que contribuyen a identificar la causa de la enfermedad. Sin embargo, cualquiera que sea el diagnóstico establecido, éste se ubicará dentro de dos posibles orígenes: lo humano y lo divino; al decir de los hombres del Andágueda, "el mundo todo es mitad humano, mitad divino".

Las enfermedades divinas son todas aquellas que tienen su origen en fenómenos de la naturaleza, tanto del ser humano mismo como de las condiciones ambientales y de las relaciones entre el hombre y el medio natural. Dos causas parecen poder dar inicio a una enfermedad divina: El desmando y el descuido personal o familiar. Por el primero se entiende el hecho de que una persona no respete una norma cultural y formalmente establecida como preventiva. Por ejemplo, concebir hijos después de que los padres hayan pasado una cierta edad, pues los niños nacerán con la sangre débil y serán enfermizos toda la vida; ingerir demasiados dulces, ya que esto puede de-



satar un "rebote de lombrices"; no guardar la dieta alimenticia prescrita para el embarazo o el puerperio, etc.

De acuerdo a la teoría médica local, a los principios fisiológicos que la componen y a las experiencias propias de la gente con su ambiente, hay una serie de circunstancias que se considera pueden también llegar a enfermar; por ello, es recomendable que toda persona tenga, durante sus tareas cotidianas, ciertos cuidados para no exponer su cuerpo a posibles afecciones. Por ejemplo, bañarse o mojarse cuando se está acalorado, "enfogado", puede dar un "pasma"; estar débil y ponerse en una corriente de aire será la causa de un "mal viento"; no cuidarse bien una gripe, o una herida, no comer a las horas indicadas, etc., podrán causar anomalías en el organismo y habrá en ellas una responsabilidad personal.

Las enfermedades y las etapas delicadas del ciclo vital son clasificadas a su vez como frías o calientes. Lo mismo sucede con las sustancias animales y vegetales que ofrece el ambiente y aun con aquellas patentadas, obtenidas en el comercio urbano. Una vez definida la enfermedad de acuerdo a su temperatura, los remedios y alimentos de condición contraria son los más indicados en el tratamiento; es decir, una enfermedad considerada fría requiere de un remedio y de alimentos calientes para su curación y viceversa. Sin embargo, el proceso mediante el cual se clasifican y luego se establece la selección de enfermedades y remedios es más complejo que lo establecido a través de la simple oposición de temperatura, pues hay además una condición intermedia llamada "cálida", que no es ni fría ni caliente. Hay sustancias que tienen la propiedad de ser cálidas, pero también esta temperatura intermedia puede obtenerse de la mezcla de diferentes elementos fríos y calientes.

Mientras los datos disponibles permiten un mejor acercamiento a las enfermedades divinas, las enfermedades de origen humano resultan más problemáticas de abordar. Por una parte, porque han sido menos estudiadas y porque su análisis requiere de una comprensión muy detallada de las relaciones sociales e interpersonales en las que se mueven los individuos de una sociedad. Por otra, porque la brujería concepto con el cual se asocia esta categoría de enfermedades humanas, es uno de los temas más difíciles de tratar en el curso de una investigación participativa. La persecución que hacia ella ha habido a través de los años y la relación que se ha establecido entre este concepto y la ignorancia, parecen haber creado en las gentes que

lo comparten una especie de sentido de culpabilidad. La brujería es sin embargo un aspecto muy importante en la realidad del Chocó (Velásquez 1957a y 1961; CCHS s.f.).

Se consideran enfermedades humanas todas las que sobrevienen por la influencia o la acción maligna que, voluntaria o involuntariamente, desencadena un individuo sobre otro. Se entiende por acción maligna involuntaria el efecto de ciertos poderes innatos que tienen algunas personas, como por ejemplo el mal de ojo u "ojo", del cual se dice que es "una pasión con la que nacen algunos" y que se identifica en algunos casos por un rasgo diferente en uno de los ojos; sobre todo en los niños, la mirada fija de un ojeador puede producirle diarreas, vómitos, fiebres, caída del cabello, etc. El diagnóstico de una acción voluntaria parece asociarse con los procesos de enfermedad graves y prolongados. Es aquí donde toman una gran importancia las relaciones sociales e interpersonales, pues es en los conflictos pasados, muchas veces ocurridos en forma lejana al suceso tanto en el tiempo como en el espacio, donde tiene su razón de ser un diagnóstico de este tipo.

La literatura antropológica muestra en este sentido una organización social muy rica y compleja que gira alrededor de la economía minera como base del desarrollo de estas comunidades y que es lo suficientemente flexible como para amoldarse a otras fuentes de subsistencia como la agricultura y la pesca (Whitten 1967; Friedemann 1974; Whitten y Friedemann 1974). El sistema de parentesco basado en los troncos o ramajes, permite una gran movilidad regional y un estrecho contacto con personas de otros caseríos y ríos, lo cual hace posible buscar, temporal o definitivamente, nuevos sitios para establecerse cuando la situación económica o social se torna difícil. Parece ser aquí, en estos contextos de amplia movilidad y comunicación, donde circulan y se reafirman los maleficios, los contras y las curaciones para las enfermedades de origen humano.

Para establecer el diagnóstico sobre una enfermedad de origen humano o divino y para definirla, se requiere entonces el conocimiento de una serie de variables que interactúan en la historia personal del paciente y en el curso mismo que va tomando su enfermedad.

Dentro del campo de la atención médica tradicional se han podido distinguir cuatro tipos principales de especialistas: parteras, pegahuesos, raiceros

o yerbateros y jaibaná. Este recurso especializado funciona sobre todo como un nivel superior de atención tradicional; con excepción de las parteras, estos especialistas se localizan en puntos geográficos que quedan distantes de muchos caseríos. Por ejemplo, para toda la población del río Andágueda opera solamente una mujer pegahuesos y dos raiceros, mientras que todos los caseríos tienen su propia partera. A nivel familiar se manejan sin embargo muchos conocimientos médicos tradicionales, sobre todo en el campo de las plantas medicinales, que permiten dar atención inicial a la enfermedad. También en las comunidades existe algún grado de especialización menor a nivel de personas que saben curar "bazo", o "lombriz"; muchas parteras saben además sobar y arreglar "descomposturas".

Las discusiones comunitarias en torno a la medicina tradicional, permitieron en el programa generar importantes elementos tendientes a aclarar las contradicciones que enfrenta cotidianamente la población al tener que seleccionar para la cura de un enfermo el sistema tradicional o el institucional. Estas contradicciones no son fáciles de solucionar, porque cuando ellas surgen del enfrentamiento entre dos sistemas culturales, dos visiones del mundo y no tan solo dos medicinas, ellas resultan salvables solamente en el marco de los procesos sincréticos que la misma población hace a través de su desarrollo histórico.

Sin embargo, durante el programa se intentó resaltar el papel de estos valores de la medicina tradicional como recursos propios de la comunidad, en cuya conformación y desarrollo la población ha participado directamente con el propósito claro de solucionar el problema de la enfermedad. El examen y el análisis de esta medicina se involucró en el contexto más amplio de los logros y las pérdidas culturales ocurridas durante el proceso de cambio vivido por las comunidades, con el fin de que la población pudiera concientizar su problema de salud en una forma multicausal y no exclusivamente médica. Los resultados de estos esfuerzos se analizaron y editaron en la revista "En el Andágueda...".

### En el Andágueda...

Al finalizar el primer año de trabajo, el programa de investigación participativa contaba con 35 casetes grabados por las promotoras con entrevistas e historias de casos de enfermedad y con varios escritos hechos por ellas

mismas, donde describían diversos aspectos de la medicina tradicional; se contaba además con seis informes de avance del programa y con los resultados de varias reuniones de evaluación con el equipo interdisciplinario del Programa Rural de Salud del Chocó.

Con el fin de poder establecer los criterios que debían utilizarse para seleccionar el material que iba a incluirse en la publicación y el enfoque que debía seguirse para ello, se comenzó por plantear las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el problema real de salud de estas comunidades y cómo es sentido y entendido por la población?
2. ¿En qué forma la medicina tradicional está afectando o incidiendo, positiva o negativamente, en el problema de salud?
3. ¿Cuál es el factor o los factores que obstaculizan la consolidación de una participación comunitaria?

A manera de evaluación final del programa, las respuestas a estas preguntas se fueron sistematizando y analizando nuevamente en el marco del material disponible y ellas sustentaron la forma como se hizo la revista y los objetivos que buscó cumplir de acuerdo a tres puntos básicos:

En primer lugar, se constató que el problema de salud de las comunidades del Andágueda no es solamente un problema médico. El hecho de que enfermedades como las diarreas, el paludismo y otras estén afectando a la población, es más bien un síntoma o efecto de una causa más profunda que se encuentra en las precarias condiciones de vida, de trabajo y alimentación. Este fenómeno salió a relucir frecuentemente en las entrevistas que las promotoras hicieron en las comunidades. Sin embargo, no había una conciencia clara sobre la necesidad de un esfuerzo comunitario para mejorar las condiciones de vida y alimentación y por ende no se percibía una responsabilidad social para mejorar la salud.

En segundo lugar, si se mantiene que el problema real de salud no es solamente la falta de medicina, o la mala calidad en la atención médica, sea ésta tradicional o institucional, vemos que la medicina tradicional no juega un papel determinante en el mejoramiento del nivel de salud, así como

tampoco son determinantes para ello los recursos médicos modernos. Indudablemente ambos recursos son importantes para la comunidad y por ello deben desarrollarse, mantenerse y mejorarse al tiempo que se deben mejorar las condiciones de vida y de alimentación. Pero esta tarea solo puede tener éxito en el marco de la comunidad como totalidad y no dentro de esfuerzos aislados o individuales como viene ocurriendo en el proceso de cambio de la región: así, la marcada diferenciación económica que viene dándose desde hace algunos años entre las familias de una misma comunidad, fue un problema identificado por la población durante el trabajo.

Por último, las comunidades tienen una gran experiencia histórica de organización y participación comunitaria para resolver sus problemas. Muchas de estas experiencias han sido opacadas a través del proceso de cambio y ante un nuevo concepto individualista de progreso. Este fenómeno, entendido como una pérdida continua de identidad cultural, debido a múltiples factores (educación mal orientada, manipulación política, etc.), está obstaculizando el desarrollo de los esfuerzos tradicionales de organización y participación comunitaria. El trabajo permitió revivir y analizar a la luz de la situación actual numerosos ejemplos de estas formas tradicionales de participación como la minga, los velorios, las fiestas religiosas populares, etc.... y pudo detectar un mayor interés por estas formas tradicionales de organización que por las nuevas formas de participación impuestas por las instituciones, como los comités de salud, o las asociaciones familiares.

Partiendo de estas reflexiones y bajo el enfoque antropológico que orientó el proceso de trabajo, se hizo una selección y una edición de los materiales que iban a conformar la revista. Luego algunos ejemplares de prueba fueron discutidos con las promotoras y a través de ellas con las comunidades involucradas en el programa.

Para la población fue muy importante ver que todos los esfuerzos desarrollados en la investigación quedaron plasmados en un documento en el cual son las personas de las comunidades las que expresan directamente los problemas y relatan sus experiencias y conocimientos. Hoy este trabajo no solo se utiliza en las escuelas locales de primaria, sino como material de lectura y discusión en el trabajo de las promotoras con las comunidades; así se conforman grupos de trabajo que estudian los mecanismos para lle-

var a la práctica las recomendaciones de cada capítulo, o simplemente para recordar.

### Consideraciones finales

1. Las comunidades negras del Chocó poseen una cultura propia, creada a través de un difícil y aguerrido pasado histórico, que les ha permitido sobrevivir creando una nueva y valiosa forma de vida social en las selvas húmedas del Litoral Pacífico.
2. La medicina tradicional no es un repertorio casual de creencias y costumbres folclóricas, sino una respuesta, coherente en el marco de una cultura determinada, al problema de la enfermedad.
3. El incremento de la dependencia que se ha dado en las últimas décadas en muchas de estas comunidades marginadas, a través de un incremento del comercio y de una mayor relación con entidades del Estado, por medio de las cuales las comunidades son utilizadas para beneficio de la sociedad mayor y de la clase dirigente, ha contribuido a que comience a perderse su identidad cultural y la conciencia de ese creativo pasado histórico.
4. Para lograr una más activa y creativa participación de las comunidades en los programas de salud, hay que comenzar por revitalizar y revalorar esa identidad cultural. Un programa de medicina tradicional debe apuntar a esa meta: al tomar conciencia de sus logros (de la historia y de la cultura que les han sido enajenadas), una comunidad rescata y afianza su capacidad cultural de desarrollo autónomo.
5. En un programa de APS el objetivo no debe ser conocer la medicina tradicional para lograr convencer a la población de utilizar elementos médicos occidentales disfrazados de tradicionales. El objetivo debe ser más bien estimular a las comunidades a analizar y sistematizar su propia medicina tradicional, para que puedan así tomar conciencia del papel de esa medicina, de sus capacidades, limitaciones y posibilidades de desarrollo. Es deseable que se retomen los elementos útiles de uno y otro sistema, institucional y tradicional, pero esa síntesis, su ritmo y modalidades, solo pueden hacerla las comunidades mismas.

6. Para que la comunidad pueda participar en ese análisis de su medicina tradicional y para que ello tenga coherencia, es indispensable hacerlo desde dentro de la cultura local y partiendo de su propia visión del mundo y no desde la óptica occidental de la medicina moderna. Al sistematizar la medicina tradicional partiendo de las categorías de la medicina occidental se corre el peligro de distorsionar su contenido y dificultar así su análisis por parte de quienes la viven y la practican como algo propio.

7. La educación, partiendo de los problemas reales de salud sobre los cuales las comunidades no tienen muchas veces conciencia, debe involucrarse en ese análisis de la medicina tradicional con el fin de enriquecerla de acuerdo a problemáticas vigentes.

8. Más que hacer un estudio de la medicina tradicional, lo que debe intentarse es motivar a las comunidades a hacerlo y darle las herramientas necesarias para ello.

### Bibliografía

\* CCHS: Convenio Colombo Holandés de Salud. s.f. Encuentros de medicina tradicional en el Chocó y conclusiones del encuentro con parteras del medio y bajo Atrato. Bogotá: CCHS.

1983. Región del Chocó. Evaluación Interna. Bogotá: CCHS.

1986. En el Andágueda... Revista de las comunidades del río Andágueda. Servicio de Salud del Chocó, Programa Rural de Salud, Convenio Colombo-Holandés. Orientación Antropológica: Miguel Lobo-Guerrero y Xochitl Herrera. Diseño y producción: Hernando Jiménez. Bogotá: CCHS.

ENGELKES, P. E. M. 1984. Creencias acerca de las primeras causas de morbilidad en el Chocó. Encuesta en seis comunidades. Quibdó: CCHS.

1989. ¿Health for All? Evaluation and monitoring in a comprehensive Primary Health Care project in Colombia. Resumen español. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

FRIEDEMANN, Nina S. de. 1974. Minería del oro y descendencia: Guelmambí, Nariño. Revista Colombiana de Antropología, Vol. 16, págs. 9-52. Bogotá.

FRIEDEMANN, Nina S. de y PATIÑO, Carlos. 1983. Lengua y sociedad en el palenque de San Basilio. Bogotá: Instituto Caro y Cuervo.

\* GUTIERREZ de Pineda, Virginia. 1986. Medicina tradicional y salud pública. Cuadernos de Antropología, No. 6. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Antropología.

KROEGER, Axel y FRANÇOIS, Barbira-Freedman. 1982. Cultural Change and Health: The case of Southamerican Rainforest Indians. Frankfurt: Verlag Peter Lang.

\* LOBO-GUERRERO, Miguel y HERRERA, Xochitl. 1984. Chocó: Asesoría antropológica en medicina tradicional. Informe. Bogotá: CCHS.

MENDOZA, Edgar. 1983. Encuentros de medicina tradicional en el Chocó. Bogotá: CCHS.

\* MULLER, Frederik. 1979. Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud. 1978. Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Ginebra: OMS.

\* OMS-UNICEF. 1978. Alma Ata 1978: Atención Primaria de Salud. Ginebra.

STEENHUIS, Joseph. 1987. Hacia una salud comunitaria. Reflexiones sobre el Convenio Colombo Holandés en Salud. Bogotá: CCHS.

UNICEF. 1987. UNICEF en Colombia. Bogotá: Editorial Gente Nueva.

VALDERRAMA, Luz María. s.f. Informe sobre los resultados de la investigación y diagnósticos participativos en el municipio de Bagadó (Chocó). Bogotá: CCHS.

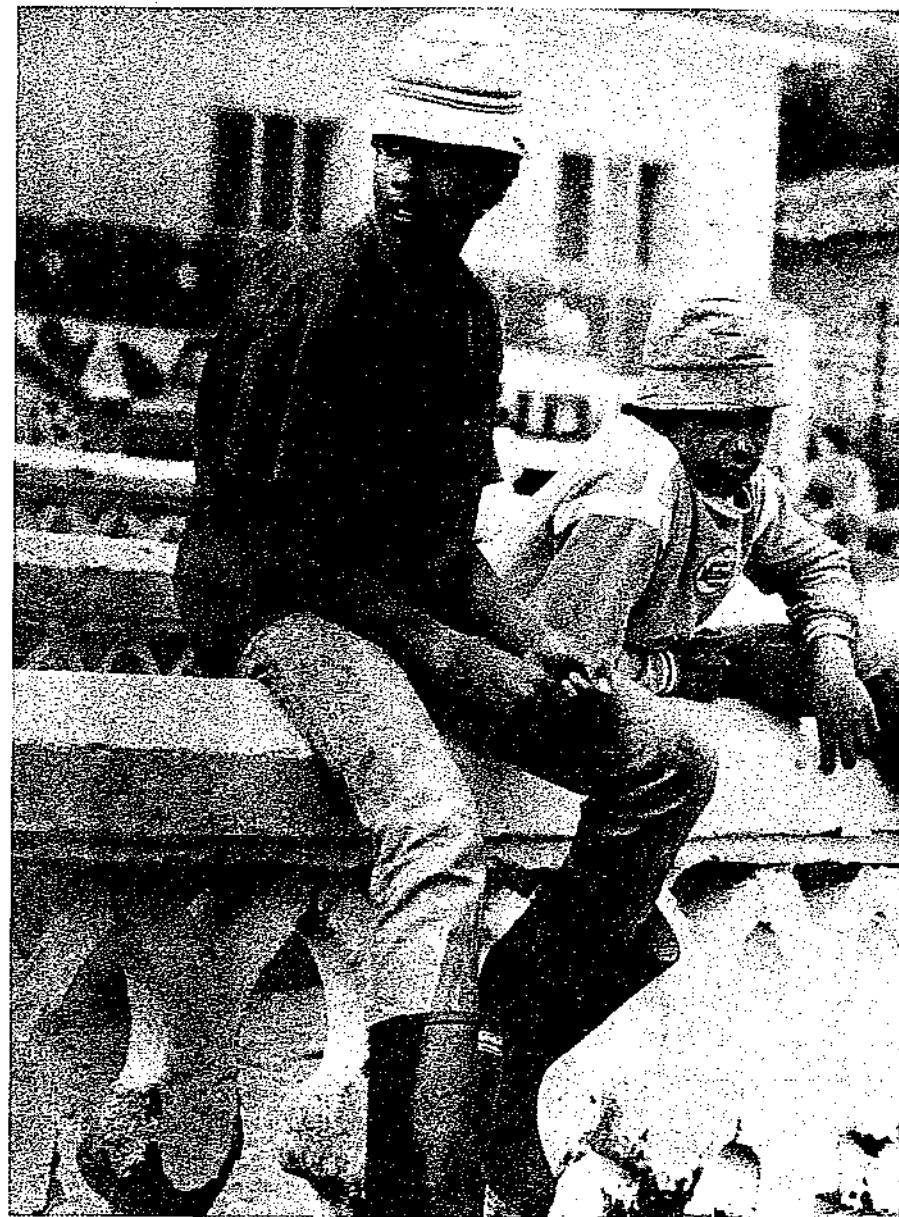
\* VELASQUEZ, Rogelio. 1957a. La medicina popular en la costa colombiana del Pacífico. Revista Colombiana de Antropología, Vol. 6, págs. 193-241. Bogotá.

1957b. Muestras de fórmulas médicas utilizadas en el alto y bajo Chocó. Revista Colombiana de Antropología, Vol. 6, págs. 243-258. Bogotá.

1961. Ritos de la muerte en el alto y bajo Chocó. Revista Colombiana de Folclor, Vol. 2, No. 6, págs. 9-76. Bogotá.

WHITTEN, Norman. 1967. Música y relaciones sociales en las tierras bajas colombianas y ecuatorianas del Pacífico: un estudio de micro-evolución cultural. *América Indígena*, Vol. 27, págs. 635-665. México.

WHITTEN, Norman y FRIEDEMANN, Nina S. de. 1974. La cultura negra del litoral ecuatoriano y colombiano: un modelo de adaptación étnica. *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 17, págs. 75-115. Bogotá.



"David"

foto Carlos Roberto Ramos