



# Salud intercultural; una propuesta para la reivindicación comunitaria en la región del Bajo Atrato, desde una perspectiva de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales DESC

Lina Marcela Monsalve <sup>1</sup>

## Resumen

La salud intercultural es un concepto que retoma un conjunto de acciones que permiten valorar la forma de entender el mundo de los individuos, trasciende aspectos biológicos e implica considerar la diversidad social y cultural en los procesos de salud/enfermedad/atención. En el caso de las comunidades del Bajo Atrato, donde se crean condiciones injustas para acceder a bienes y servicios que garantizan los niveles básicos de calidad de vida que van generando brechas de inequidad afectando, entre otras cosas, la salud de las poblaciones y la pervivencia en la región. Por ello se hace necesario instaurar procesos políticos que permitan la reivindicación social por medio del empoderamiento comunitario y la articulación con el Estado, quien a pesar de contar con un amplio marco normativo en salud, no ha sido efectivo, facilitando así la vulneración de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las comunidades.

**Palabras clave:** Salud Intercultural; Afrodescendientes; Bajo Atrato; Salud; Enfermedad; Atención Reivindicación; Articulación.

---

<sup>1</sup> Antropóloga y Especialista en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: linamon0819@gmail.com

Artículo presentado para optar al título de especialista en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario de la Universidad de Antioquia.

Citación de este artículo: Monsalve, L. M. (2018). Salud intercultural; una propuesta para la reivindicación comunitaria en la región del Bajo Atrato, desde una perspectiva de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales DESC. *Diálogos de Derecho y Política*, (20), pp. 86-105. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/derypol/article/view/332512/20788405>

# Salud intercultural; una propuesta para la reivindicación comunitaria en la región del Bajo Atrato, desde una perspectiva de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales DESC

## Introducción

El presente escrito retoma un trabajo realizado en el año 2015<sup>2</sup>, donde se concluyó sobre la necesidad de indagar por las causas de las enfermedades desde los aspectos socioeconómicos, políticos y ambientales (Monsalve, 2015). Es decir, “la enfermedad con carácter social”, teoría que se plantea desde la antropología médica y en el presente artículo la reflexión se abordará desde el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC, y también desde la posibilidad que tienen los pueblos étnicos a la reivindicación de su identidad cultural por medio de la articulación de procesos estatales y comunitarios específicamente en la manera como tratan la enfermedad y cuidan la salud (OIT, 1989).

Las teorías de la antropología médica y de la enfermedad con carácter social plantean, entre otras cosas, cómo las condiciones político culturales y el dominio hegemónico de las estructuras sociales donde se establecen las relaciones de poder y en particular las condiciones de vida de los pueblos, son causas que afectan la salud de las poblaciones porque operan bajo la premisa de acumulación de capital, afectan las lógicas de los derechos convirtiéndolos en mercancía, afectando los grupos humanos y en singular los estilos de vida de las minorías (Breilh, 2011). Por ende, se requiere un manejo integral que incorpore variables de género, etnia, tradición y cultura como una condición metodológica para la transformación y fortalecimiento de las fuerzas sociales (ibid, 2011), de allí surge el concepto de salud intercultural, para entender lo diferentes procesos en la atención en salud que se gestan en diferentes esferas sociales e institucionales (Menéndez E. L., 2016).

En Colombia el sistema de salud está sustentado por la ley 100 de 1993, el cual ha operado bajo múltiples modificaciones desde que entró en vigencia, buscando dar respuesta al acceso y atención oportuna, a programas de promoción y prevención que se ajusten a las singularidades de cada grupo poblacional y respondan de una manera efectiva y eficaz al tratamiento de las enfermedades o a los requerimientos en salud de la población en general. Tras años de aplicabilidad de la ley y después de continuas reformas, muestra del colapso

---

<sup>2</sup> “Salud y enfermedad; caracterización de los sistemas médicos en la comunidad afrodescendiente de Bocas del Atrato, municipio de Turbo”. Investigación realizada por Lina Marcela Monsalve, en el año 2015 para optar por el título de antropóloga.

del sistema, deja en evidencia la poca efectividad del sistema de salud en Colombia (Hernández & Vega, 2012 ).

Es de esta manera que se genera una continua insatisfacción social, ya que el modelo de salud está basado en el aseguramiento de los individuos para poder acceder a los servicios de salud. Ello favorece la rentabilidad económica de las empresas prestadoras, (Hernández & Vega, 2012 ) las cuales no se enfocan en las verdaderas problemáticas de enfermedad de la población, ni tienen en cuenta la participación ciudadana en las actividades de promoción, prevención y el reconocimiento que las comunidades e individuos tienen de la enfermedad (Ibíd. 2012) (Monsalve, 2015).

Adicional a lo anteriormente descrito cabe anotar que, las respuestas dadas por el sistema de salud se basan en un paquete de servicios básicos, generando así mayor desigualdad y exclusión a los más vulnerables (Álvarez, 2009), esto se evidencia por ejemplo, en la dificultad para acceder a centros hospitalarios de calidad, siendo los más afectados las poblaciones rurales, debido a que las clínicas o centros de salud solo se encuentran en las cabeceras municipales o en los centros poblados, imposibilitando a las personas que viven en lugares periféricos el acceso a la atención. También es de resaltar que la oferta de salud que llega a sitios alejados, generalmente son brigadas de promoción y prevención de la salud diseñados para atender enfermedades básicas, por consiguiente las ofertas médicas de un alto nivel de complejidad son poco asequibles para personas alejadas de los cascos urbanos (Chamorro & Tocornal, 2005).

Por otra parte, es necesario aclarar que la situación de salud de las comunidades no se basa solo en la desigualdad y en la dificultad del acceso a los servicios de salud, ellas poseen conceptos propios que se relacionan con la forma de entender el mundo y el contexto, las creencias compartidas e individuales, las relaciones familiares, sociales y con el entorno, todo ello confluye en la tradición y las prácticas que van cambiando por coyunturas históricas.

Pero estas costumbres y creencias para el mundo occidental son tomadas como exóticas, primitivas, poco efectivas y subdesarrolladas (Alcaraz & Tascón , 2003), creando una barrera y negando la posibilidad de un acoplamiento a nivel institucional y comunitario que posibilite una planeación y cooperación mutua donde se respete las condiciones particulares y culturales, como lo manifiesta el Convenio 169 de la OIT cuando hace relación a los principios de seguridad social y salud y cómo estas visiones articuladas con el Estado podrían ser un mecanismo de reivindicación para la protección de los valores y prácticas

socio culturales de los pueblos tribales. (OIT, 1989 – Cap. V- art 24 -25). De igual manera, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), instrumento desarrollado por el Sistema Universal para la protección de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y ratificado en Colombia en la Ley 74 de 1968,) son el marco normativo con el que el presente artículo busca reflexionar sobre cómo las diferencias en el acceso a los servicios de salud por condiciones de orden político, social, ambiental, económico y cultural afectan directamente la situación de salud de las comunidades afrodescendientes del Bajo Atrato y vulneran el derecho.

### **El Bajo Atrato y su contexto socioeconómico**

La zona conocida como Bajo Atrato comprende desde los límites de Chocó y Antioquia y se extiende hasta la desembocadura del río León, la región comprende los municipios Acandí, Unguía, Riosucio y Belén de Bajirá pertenecientes al departamento del Chocó. El río Atrato y sus afluentes, entre ellos los ríos Cacarica, Baudó y San Juan, son la principal vía de transporte y en sus riveras se encuentran los asentamientos de diferentes poblaciones en su mayoría étnicas, afrodescendientes que fueron poblando la zona tras la liberación de los esclavos a principio del siglo XIX (Stellio, 2005) y población indígena que ancestralmente ocupan el territorio.

El lugar es de gran importancia ya que ha sido el foco de distintas dinámicas entre las cuales se encuentra el conflicto armado colombiano, siendo las comunidades escenarios del accionar violento de diferentes grupos que allí convergen, quienes se disputan el control territorial. Por otra parte, geográficamente el Bajo Atrato está en una ubicación estratégica, conecta al interior del país con la salida al mar, lo que facilita el tránsito de diferentes bienes, servicios, mercancías, entre otros. Adicional a ello, la zona es rica en recursos naturales, esto es de gran relevancia para las empresas multinacionales que practican modelos de economía extractiva a gran escala (Arroyave, Yagarí, & Betancur, 2008).

En este contexto la población civil ha sido intimidada y sometida al despojo de sus tierras, asesinados de forma selectiva, víctimas del fuego cruzado entre los diferentes bandos del conflicto, además de soportar hechos de sevicia (Agudelo, 2001), donde se ha impuesto la fuerza y se han trasgredido de manera sistemática sus derechos territoriales, culturales, ambientales y económicos (Arroyave, Yagarí, & Betancur, 2008).

A pesar de ello, las poblaciones étnicas asentadas en la región del Bajo Atrato han buscado reivindicarse por medio de iniciativas comunitarias, con las cuales tratan de sobrellevar las

condiciones desfavorables que los rodean (Rosas, 2013). Un ejemplo es la asociación de consejos comunitarios, estrategia con la que buscan el fortalecimiento político, instaurando formas de gobierno propias, ejerciendo así el derecho a la autodeterminación y sus derechos sobre el territorio que ocupan desde tiempos ancestrales (Rolland, 2005).

Otras formas de lucha y resistencia se ven reflejadas a través de la reivindicación étnica, la cual se sustenta en el reconocimiento que hizo el Estado colombiano al declararse en la Constitución Política de 1991 como multiétnico y pluricultural, donde incluyó el artículo transitorio 55 que dio origen a la Ley 70 de 1993, Esta Ley, a pesar de los diferentes debates que ha generado, es de gran importancia para reconocer a las minorías étnicas y visibilizar los derechos culturales y territoriales de la diáspora africana y su importancia histórica en Colombia. (Agudelo, 2001).

No obstante, dichas luchas se han visto contenidas debido a la indiferencia estatal, ya que no ha tomado medidas efectivas para solucionar definitivamente temas básicos como acceso a salud, educación de calidad, seguridad y soberanía alimentarias, entre otras, produciendo desigualdad y aumentando los problemas de orden político y social que afecta directamente a los grupos étnicos (Torres, 2001).

Paralelamente, las acciones de resistencia también se ven limitadas debido a la violación constante de las normas del Derecho Internacional Humanitario (DIH), pues los actores del conflicto no hacen distinción de la población civil. De esta manera se desdibujan las características en las que se sustenta el Estado-Nación, como la democracia, la ciudadanía y las normas elementales que convergen en el ya saturado contexto (Agudelo, 2001), es decir, en el lugar confluyen una cantidad de dinámicas que en medio de la dificultad del Estado para imponer el orden, posibilita el accionar de diferentes actores quienes establecen e imponen a la población civil sus propias órdenes (Barcelos & Mosquera, 2007).

En conclusión, en la región del Bajo Atrato, la Ley 70 de 1993 y el Decreto 1745 de 1995, sustentan la territorialidad de las comunidades afrocolombianas, pero dicho proyecto pierde brío tras la múltiples problemáticas que enfrentan las comunidades, entre ellas; el conflicto armado, el bajo nivel de calidad de vida, acceso a la educación, la salud, entre otras (Restrepo, 2011). Pese a este contexto en la zona se han ajustado formas de organización social, buscando la reivindicación de derechos y la diferenciación de los actores armados a través de la asociación de Consejos Comunitarios y Comunidades de Paz (Rolland, 2005), escenarios donde es posible ejecutar acciones que permiten la visibilización del pueblo y la configuración de un sujeto político, “entidades étnicoterritoriales” con la posibilidad de

administrar el territorio (Ley 70 1993), pero que paradójicamente el mismo Estado ha fallado en la implementación y acompañamientos de dichos procesos.

### **De lo negro a lo afrocolombiano**

El proceso histórico de las personas negras en Colombia debería haber tomado mayor fuerza, debido a los diferentes procesos que desde mediados del siglo XX N. Friedemann, Rogerio Velásquez, A. Escalante, entre otros, buscaron poner en el contexto nacional, complementando las acciones que habían emprendido organizaciones no gubernamentales ONG en cuanto a la visibilización la diáspora africana en Colombia y la importancia de esta en la construcción de la identidad nacional (Zuluaga, 2005). Aunque en las últimas décadas se hayan implementado acciones que reivindiquen la posición de los afrodescendiente en Colombia, aún no se ha logrado una consolidación efectiva de la etnicidad afro, debido, entre otras cosas, a la falta de políticas públicas que realmente apoyen los procesos de restitución de derechos. Un ejemplo de ello, es la cátedra de estudios afrocolombianos en las escuelas, que generalmente termina siendo un día festivo en conmemoración de algún tema folk, una acción positiva, pero que no da cuenta del proceso histórico de estas comunidades en el país.

Los primeros pobladores de piel negra fueron trasplantados de los pueblos de África hacia el nuevo mundo, con el fin de ponerlos al servicio de la economía colonial, ya que la conquista requirió un aumento de mano de obra, al tiempo que disminuía la fuerza de trabajo indígena por causa de enfermedades que fueron menguando su población (Barcelos & Mosquera, 2007).

En Colombia, Cartagena fue el puerto por donde arribaron los principales barcos negreros, estas personas eran llevadas a diferentes regiones del país utilizando como vías de penetración los ríos Magdalena y Atrato (Restrepo, 2011). Los cautivos, antes de ser transportados eran vendidos, su precio dependía de su fortaleza física y del conocimiento que tenían de actividades como las de extraer oro, cultivar, herrar animales y curar con plantas (Escalante, 1964). De esta manera las minas del pacífico recibieron gran cantidad de mano de obra proveniente de África, lo que trajo como resultado un aproximado de 20.000 personas que habitaban la región del Chocó, quienes vivían a las orillas de los ríos y trabajaban principalmente de la explotación minera y otras actividades, (ibid, 1964).

Luego, los esclavos empezaron a escapar o a comprar su libertad, de manera independiente implementaron actividades agrícolas, ganaderas, pesquera, entre otras. Así fueron

introduciendo en ámbitos de la vida nacional sus conocimientos e intercambiando sus saberes con españoles, indígenas y mestizos, del mismo modo que sus legados y artes iban siendo modificados tras la adaptación al nuevo entorno: “de esta situación nacieron nuevas formas de asociaciones, fundamentales para la conservación de las tradiciones culturales recibidas de los ancestros africanos” (Maya, 2003).

Seguidamente, tras la abolición de la esclavitud a mediados del siglo XIX, “el negro” fue integrado a la Nación sin que se le reconociera una condición étnica, que para la fecha solo le pertenecía a los indígenas. Ello propició que lo negro no fuera tenido en cuenta como característica diferencial en la construcción de la naciente República, sino que, por el contrario su significado tuvo connotaciones negativas, debido a los ideales en la construcción identitaria de la reciente Nación (Restrepo, 2011).

Los académicos, científicos y líderes políticos de la época del S. XVIII, influenciados por algunas corrientes teóricas, creían en una diferenciación biológica como determinante cultural. Por consiguiente, existían sólidos argumentos que hacían parecer que la posición geográfica, el color de piel y otras características externas, eran las causantes del comportamiento de las personas, como por ejemplo, que las fuertes temperaturas afectaban altamente la moral.<sup>3</sup>

Este tipo ideas fundamentalistas trajo como resultado la creación de estereotipos altamente dañinos, se creyó que el color de la piel obedecía a un principio natural, por ende se implementaba la jerarquización de las “razas,” donde predominó la idealización del blanqueamiento como método para mejorar socialmente (Barcelos & Mosquera, 2007). Se introduce el término “africano” no solo haciendo diferenciación cultural, sino también a una distinción mucho más radical y segregadora (Roja, 2004), lo cual dejó a los afrodescendientes ubicados en el último escalafón de la esfera social. Así lo mostró Caldas cuando al referirse a los negros añade:

simple, sin talento, sólo se ocupa con los objetos de la naturaleza conseguidos sin moderación y sin freno. Lascivo hasta la brutalidad, se entrega sin reserva al comercio de la mujer. Éstas, tal vez más licenciosas, hacen de ramerías sin rubor y sin remordimientos. Ocioso, apenas

---

<sup>3</sup> La idea de construcción identitaria en el siglo XIX se basó en leyes sustentadas por corrientes evolucionistas, fomentadas por Cuvier, Humboldt, Buffon, D’Alembert, Lapepède, Daubenton, en el caso Colombiano, Francisco José de Caldas escribe; “la sensibilidad en el amor están en razón inversa de la latitud; que en el norte está confinado el valor; pero que al acérnanos al medio día parece que nos alejamos de la moral misma; que hay climas en que lo físico tiene tal fuerza, que la moral nada puede hacer...” (Caldas, 1808).

conoce las comodidades de la vida [...]. Aquí, idolatras; allí, con una mezcla confusa de prácticas supersticiosas, paganas, del Alcorán, y algunas veces también del Evangelio, pasa sus días en el seno de la pereza y de la ignorancia» (Caldas, 1808, pág. 87)

Un siglo después, las ideas de “pureza” aún tenían vigencia, y el Estado Nación continuaba haciendo diferenciaciones identitarias a través del color de la piel. Para el año 1912 el censo nacional y la cédula de ciudadanía incluían las categorías trigueño, negro o blanco como una forma de identificación individual y social (Cunin, 2004). Este proceso social se repitió por años, produciendo más segregación. N. Friedemann explica cómo en Colombia a través del tiempo se silenciaron los procesos socioculturales de estas comunidades y no fue posible dar cuenta de la historia y realidades de los grupos negros, invisibilizando así las particularidades históricas de las que hicieron parte los primeros africanos traídos a Colombia, luego los esclavos y por último los criollos negros, quienes sufrieron “en su calidad humana e intelectual {...} así quedó plasmado un americanismo sin negros» (Citado en: Rojas, 2004, pág. 28).

Solo hasta la Constitución de 1991 se abre el espacio que permitió hacer una valoración de la diversidad étnica, Colombia se nombra como un país “multiétnico y pluricultural,” hecho que permite diferenciar al negro, o como se empieza a nombrar a partir de ese momento, *afrocolombiano*; como un sujeto que hace parte del Estado Social de Derecho. “Se pasa del ‘negro’ al ‘afrocolombiano’, del color a la cultura, de la raza a la etnicidad y de la ausencia o la casi ausencia a toda memoria racial étnica de antes de 1991” (Cunin, 2004, pág. 144). De esta manera, la Ley 70 de 1993, permitió incorporar en el contexto colombiano a los consejos comunitarios y a los afrodescendientes como sujetos políticos.

Aun así es necesario resaltar que, a pesar del proceso de etnización que comienza con la constituyente y de la conformación un sujeto político reconocido como afrodescendiente, existen particularidades en la categoría afro, es decir, dentro del reconocimiento étnico hay una variedad en el apropiamiento de la posición política, ya que los procesos de históricos han sido variados en el territorio nacional, lo que conlleva a que en Colombia dentro del grupo étnico afrodescendiente existan algunos matices, debido al desarrollo de las comunidades en las diferentes regiones del país, por ende es preciso hablar de negritudes o afrocolombianidades y etnicidades. (Domínguez Mejía, 2015).

Así, el término multicultural y pluriétnico que el Estado propone en su carta constitucional se amplía, pero bajo la premisa que éste aún no fija efectivamente la manera de garantizar los derechos básicos a tan variadas minorías que lo conforman, en su intento ha logrado una sobreproducción de normas y leyes, que en el ejercicio político muestran gran dificultad

para su aplicabilidad y en mayor medida en los territorios rurales alejados de los grandes centros urbanos, donde se asientan las minorías étnicas (Barcelos & Mosquera, 2007). Este panorama evidencia la inoperancia estatal y la gran dificultad que tiene para responder a los mínimos básicos de niveles de vida.

De esta manera se fue configurando un sujeto político en Colombia denominado afro, en territorios donde la poca presencia del Estado facilita la imposición de órdenes que se establecen a través de mecanismos opresores. (Barcelos & Mosquera, 2007). En estos contextos la salud de las poblaciones étnicas se ve afectada por las dificultades de tipo económico, social y político que les impiden acceder a los servicios reconocidos por ley. Además de evidenciar una desarticulación institucional y comunitaria ya que las comunidades parecen tener poco conocimiento sobre cómo ejercer su derechos y llevar a cabo procesos cognitivos para cuidar la salud y tratar la enfermedad. (Art 25-OIT), como un ejercicio de reivindicación social y territorial en poblaciones que ha sido históricamente invisibilizadas y han sufrido directamente el conflicto armado.

### **La salud como un proceso cognitivo**

Desde la sociología se entiende que los grupos humanos son el resultado de una mezcla de diversos elementos históricos por medio de los cuales entienden el entorno. Estos comportamientos no solo se arraigan a la tradición, sino también con el pasar de los años son la base sobre la cual los grupos sociales van gestado formas particulares de ser y entender el mundo que los rodea. Por tal razón, se debe tener en consideración las percepciones, creencias, ideas y demás formas de hacer que confluyen dentro de las dinámicas diarias de las comunidades, donde también se reconocen los cuidados a la salud y la influencia cultural que existe sobre la enfermedad. Diferentes autores, destacan que la enfermedad desata mecanismos sobre los cuales la cultura configura patrones de comportamiento (Paredes, 2014).

Se considera que la salud y la enfermedad están enmarcadas dentro de procesos cognitivos al interior de las comunidades, porque se establecen diferentes formas como los grupos sociales convergen alrededor de la enfermedad y en el cuidado de la salud, estableciendo de manera subjetiva métodos a los cuales responden. Es por ello que la enfermedad trae consigo comportamientos que corresponden a la configuración del grupo social, donde no solo se involucra la persona afectada sino también su entorno quienes cumplen una función relevante. (Borde, Morales, Eslava, & Concha, 2013).

Es así como el proceso salud/enfermedad/curación/prevención establece criterios propios, enmarcados en una función social que adquiere gran importancia, porque no solo se tiene en cuenta la tradición cultural sino también el entorno y las formas simbólicas, religiosas, sociales e institucionales que confluyen en el hecho. De esta manera se entretajan no solo procesos sociales, sino también medioambientales y ecológicos (Alcaraz & Tascón , 2003).

Adicional a ello, las comunidades institucionalizan las atenciones relacionadas con la enfermedad, las cuales se reconfiguran debido a procesos históricos que van modificando el entorno y a las que se adaptan. Todas estas características consolidan la base comunitaria de las prácticas curativas y hacen parte del autorreconocimiento de los pueblos, por medio de las cuales es posible constatar rasgos sociales con los que la colectividad se organiza, al igual que evidenciar algunas prácticas y creencias que se sustentan en la interrelación de la sociedad en los procesos de salud/enfermedad/atención/prevención (Paredes, 2014).

Recopilando todos los aspectos aquí mencionados es posible reconocer una relación como mínimo entre dos actores, el primero de quien padece las manifestaciones de la enfermedad; este es quien recurre a la ayuda del segundo actor quien puede ser comunitario o institucional, quien trata los padecimientos o acompaña al primero. Esta interrelación, desde una apreciación holística sobre la atención de la salud, son los que dan respuesta a la enfermedad y forman parte del sistema cultural de la sociedad (Menéndez E. , 1994).

De lo anteriormente expuesto se dice que, la salud como un proceso cognitivo constituye respuestas hacia la enfermedad mediante procesos estructurados socialmente, generando práctica y representaciones que determinan la forma con la que la comunidad enfrenta, soluciona o conviven con los padecimientos. Esta interrelación da respuesta a la enfermedad, al cuidado de la salud y forman parte del sistema cultural de la sociedad (Paredes, 2014) . Pero es necesario pensar en la forma de una articulación desde lo normativo, lo político y lo social donde el empoderamiento comunitario sea clave para el ejercicio de los derechos, claro está, el Estado debe garantizar una ruta para generar diálogos, establecer procesos y clarificar acciones para la atención en la salud como lo plantea el Convenio 169 de la OIT parte V, y esta sea una forma de reivindicación comunitaria, identitaria, social y política. Se piensa entonces en un ejercicio conjunto: Estado – Comunidad en pleno ejercicio de deberes y derechos.

### **Participación comunitaria en salud vs mercantilización de derechos.**

La epidemiología como ciencia en sus inicios asoció las causas de las enfermedades con los estilos de vida, es decir, las enfermedades provenientes de razones biológicas. Fue solo

hasta la década de 1960 que empezó a generarse la discusión sobre las múltiples causas que inferían en los padecimientos de los grupos sociales y cómo estos no solo se podían abordar desde lo individual y biológico sino también que debía darse un reconocimiento de la enfermedad con carácter social (Laurell, 1981).

De esta manera, el análisis de los problemas de salud con un enfoque social adquiere gran relevancia para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y son base para enmarcar investigaciones epidemiológicas y de salud pública. En este contexto es posible ejercer la “participación comunitaria en salud” en el SGSSS fundamento normativo y de concertación, como lo estipula el Decreto 1797 de 1994.

Aun así, en Colombia existe un modelo basado en el aseguramiento de los individuos como condición primordial para acceder a la atención, hecho que favorece a las empresas privadas en la prestación de los servicios de salud (Álvarez, 2009), con ello el ejercicio ciudadano se ve afectado por la poca articulación que existe a nivel institucional y social (Bula G., Molina M., & Muñoz E., 2014), por lo tanto se desatiende la posibilidad de crear programas de promoción, prevención y de reconocimiento de la enfermedad ajustados a las realidades locales.

El desconocimiento de los mecanismos participativos por parte de las comunidades y la injerencia generalizada de todos los actores (tanto comunitarios como institucionales) imposibilitan la práctica de los derechos y deberes en salud, facilitan el colapso del mismo sistema desestabilizando su gestión funcional, pues al no implementar la participación en los procesos sociales de salud comunitaria vulneran aún más las estructuras grupales (Breilh, 2011).

De esta manera, cuando las personas no tienen cómo pagar aseguradoras privadas que les brinde un servicio de calidad, o cuando los individuos viven en zonas de difícil acceso y no poseen los medios ni las garantías para llegar a los puestos de salud, hospitales o clínicas, o cuando por fin los pacientes pueden acceder a los servicios médicos y el prestador no brinda un servicio de calidad, se presenta un factor determinante, que se puede relacionar como un riesgo en salud de los grupos sociales (Álvarez, 2009).

Por lo tanto, además de los factores biológicos se hace necesario esclarecer cuándo los riesgos que dañan la salud trascienden los aspectos físicos, sociales y ambientales y se establecen dentro de la estructura socio-política, donde se crean condiciones injustas en la distribución de los derechos, como al trabajo, la educación, la recreación, la alimentación

de calidad, entre otras, generando así una brecha de acceso a los bienes básicos, entre ellos la salud.

Es así, como el complejo Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS – perpetua la hegemonía de los modelos lineales de atención, es decir, en las comunidades hay un desconocimiento y no se evidencian los mecanismos de participación para “la interacción social y la toma de decisiones que afectan a los colectivos, que responden a los principios de solidaridad, equidad y universalidad del bienestar humano y desarrollo comunitarios, como lo estipula la norma (Bula G., Molina M., & Muñoz E., 2014), además la única forma de atención reconocida por el Estado se establece en los centros de salud, hospitales, clínicas e Instituciones Prestadoras de Salud IPS, con muy poca presencia en las comunidades del Bajo Atrato.

Es importante preguntarse, qué pasa cuando no es posible que la comprensión propia en términos culturales de la salud, determine la atención, qué sucede cuando la dificultad para acceder a la atención y los tratamientos dados por el sistema no responden a necesidades culturales y reconocimiento de la enfermedad, además, cómo el desconocimiento o la indiferencia afecta el ejercicio de los deberes y derechos de los pueblos y cómo se vulnera a los individuos cuando el sistema legal de regulación en salud no dialoga con las diferencias culturales.

Paralelamente se debe reflexionar sobre la manera de responder a dichos cuestionamiento, con el fin de precisar si los modelos que ofrece el sistema de atención o si los proyectos y programas ejecutados dan las respuestas a las realidades culturales ambientales y/o comunitarias, sin afectar la lógica ni los mínimos necesarios de atención y prevención de enfermedades y así evitar que el derecho se convierta en un bien mercantil al que se accede por un precio, no solo monetario sino también cultural (Breilh, 2011).

En este sentido, estamos hablando de una vulneración de derechos como mínimo en doble sentido: en primer lugar, al identificar cómo la desigualdad y las condiciones de vida afecta directamente la salud de las comunidades, con el agravante de baja calidad en coberturas y accesos básicos de atención que no responden a las condiciones particulares de las comunidades étnicas del Bajo Atrato, debido a que el órgano creado por el Estado para dar respuestas a dichas necesidades no ha sido efectivo en ninguna de las esferas sociales del país (Hernández & Gutiérrez, 2008). Situación que es más relevante con las comunidades afro, quienes tienen una configuración especial, debido a la vulneración e invisibilización a las que fueron sometidas por siglos.

En otras palabras, en la construcción de la Nación colombiana se crearon modelos hegemónicos que no dan respuestas a las necesidades de atención en salud, prevención de la enfermedad y a las condiciones particulares de poblaciones rurales asentadas en las riberas de los ríos, situación que empeora tras crearse mecanismos que no se articula a las condiciones de vida de la comunidad y con mayor razón cuando estas desconocen las formas de activar dichos mecanismos para la reivindicación de sus derechos. Ejemplo de esto son los diálogos con personas de las comunidades y que se han consignado en “Salud y enfermedad; caracterización de los sistemas médicos en la comunidad afrodescendiente de Bocas del Atrato” mencionan:

Yo me extraño ahora con el Estado, el Estado pone unas EPS donde lo afilian a uno y le dan el carnet, el mío pertenece allá Turbo, entonces yo me voy para Quibdó, allá me muerdo porque allá no me atienden con ese carnet porque pertenece a Turbo. Yo veo eso como malo, porque uno no sabe dónde se va a enfermar, porque a veces usted tiene que moverse para conseguir el alimento tiene que salir a otro lugar y allá se enfermó.

[...] las EPS, aquí tenemos el hospital, ahí en el hospital pueden haber veinte EPS afiliadas al hospital, y cada EPS debe tener tan siquiera 100 mil afiliados, entonces llega el hospital y ponen uno o dos médicos. Por cada EPS vienen veinte personas diarias calculo yo, y se mueren ahí en la puerta porque los médicos están ocupados o no hay médicos para atenderlos, entonces en vez de poner un médico por cada EPS están poniendo un médico para diez EPS, cierto, entonces los médicos no alcanzan.

[...] es que al yo ver tanta dificultad para ir allá al médico, yo mejor me quedo acá, busco mis remedios y yo mismos me hago mis cosas, es que uno baja a Turbo y se pone a ver tantas cosas en el hospital que mejor no voy. (Monsalve, 2015)

Estas frases dejan en evidencia el descontento social que existe con el modelo actual de atención en salud. Por otra parte, el Estado no ha implementado las debidas acciones a las que se comprometió al ratificar tratados internacionales como el PIDESC y el Convenio de la 169 de la OIT. Este último lo obliga a crear estrategias de coordinación institucional y comunitaria para los cuidados primarios en la salud, y aunque exista un desarrollo legislativo en la materia con instrucciones para la participación ciudadana, estas no han sido efectivas. Aunque se dice que la cantidad de normas fragmentan aún más el disperso ámbito del sistema (Bula G., Molina M., & Muñoz E., 2014). Pero vale la pena indagar a fondo las razones estructurales de esto, ya que esta desarticulación y falta de claridad en el ejercicio político participativo trae como resultado la imposibilidad de un desarrollo pleno y vital dentro en los territorios colectivos.

En conclusión, las condiciones socio políticas de las comunidades étnicas y el contexto ambiental en el que están inmersas, aun en la actualidad, sostienen acciones discriminatorias que reproducen la inequidad social y son una forma de violación de derecho que afecta, entre otras cosas, el completo bienestar de las comunidades étnicas debido a la falta de articulación comunitaria e institucional para concertar mecanismos de coordinación en cuanto a la atención en salud (Borde, Morales, Eslava, & Concha, 2013). Adicional, la falta de claridad y el desconocimiento comunitario para la aplicación de las normas, decretos y leyes que prevén y pueden ser la solución al acceso y atención en salud, afecta directamente el ejercicio político e influye negativamente el accionar de los entes étnicoterritoriales. Paralelamente cabe anotar cómo el ejercicio de participación comunitaria en salud puede ser una forma reivindicatoria de derechos, tras el ejercicio de la autodeterminación de los pueblos tribales (Bula G., Molina M., & Muñoz E., 2014).

### **Antropología médica y salud intercultural**

Hasta el momento se ha reflexionado sobre el contexto socio-político y ambiental de las comunidades afrodescendientes asentadas en la región del Bajo Atrato y cómo estas se han visto afectadas en sus procesos reivindicadores debido a la desarticulación entre las entidades étnico territoriales y estatales, hecho que ha facilitado la vulneración de derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales, también se ha dicho que en el contexto territorial confluyen diferentes órdenes establecidas por grupos al margen de la ley, donde las comunidades siguen siendo víctimas (Melo, 2014). Otra situación que se expone en las líneas anteriores, tiene que ver con la calidad de vida de estas personas y los mínimos básicos de supervivencia los cuales no alcanzan a ser cubiertos, poniendo en riesgo su seguridad y soberanía alimentaria. Además, se mencionó cómo la presión a gran escala sobre los recursos naturales por parte de empresas extractivas también pone en riesgo la pervivencia en la zona y empeora el ya complejo panorama (Arroyave, Yagarí, & Betancur, 2008). Paralelamente se ha reflexionado sobre la efectividad de las respuestas dadas por del Estado ante estas problemáticas y las acciones que adelanta para mejorarlas, todo ello con el fin reflexionar sobre, cómo esta continua violación de derechos empeora la situación de salud de las comunidades étnicas del Bajo Atrato (Rolland, 2005).

La antropología médica ha trabajado las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia y ha incorporado la dimensión de la interculturalidad la cual se entiende como, el conjunto de acciones y políticas que incorpora la forma de entender la enfermedad por el usuario en los procesos de atención en salud (Alarcon , Aldo, & Neira, 2003), condición innovadora para el conocimiento epidemiológico (Breilh, 2011). Por su parte, la

OMS ha corroborado que, las condiciones de vida afectan directamente la salud de las poblaciones y determina la manera como ellas enferman y mueren, por lo que propone luchar contra las desigualdades en la distribución del poder y los recursos, (OMS en Morales & otros).

En Colombia el derecho a la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, quien debe garantizar el acceso de manera Universal (Constitución Política de Colombia, artículo 49). Pero, como se ha dicho a lo largo del presente documento, éste no ha sido efectivo en el cumplimiento de sus deberes constitucionales, pues los modelos de atención disipan en gran medida de lo estipulado por la ley, poniendo en una posición de vulnerabilidad y desigualdad a la población civil porque el modelo les dificulta el acceso a salud además de no hacer efectivo la participación comunitaria en salud (Hernández & Gutiérrez, 2008).

Aquí se propone abordar el análisis desde una perspectiva normativa o de derecho, ya que la condiciones jurídico políticas están dadas con el reconocimiento de los PIDESC su ratificación en Colombia, además del Convenio 169 de la OIT, la Constitución Política de 1991 y la producción de leyes, normas y decretos donde el Estado reconoce sus deberes, pero aún se debe pensar una reestructuración en donde se plasme una ruta clara que permita la reconfiguración de un sujeto político a través del empoderado territorial y la organización comunitaria para co-administrar los servicios en salud que les permitan el máximo nivel de bienestar físico y mental, acordes con su cultura y condiciones geográficas sociales y prácticas ancestrales (OIT 169 art 25).

Pero para que ello sea posible, es necesario disminuir de manera integral las brechas que han generado históricamente desigualdad. por ende se propone la salud intercultural como la manera de vincular elementos claves para entender cómo las distribuciones desiguales del poder son determinantes que afectan la salud de las personas, con el fin de buscar garantías a través del accionar de movimientos sociales y políticos, que le permitan a los individuos ser garantes de sus propios desarrollos, es decir, “la salud como un concepto metodológico con un amplio campo de acción” y así restablecer procesos propios reivindicadores (Arroyave, Yagarí, & Betancur, 2008).

Estas propuestas no solo proponen desarrollar un contenido progresista, sino además identificar las inequidades como producto de las relaciones desiguales de poder, lo que conlleva a ampliar el análisis de la producción social en las esferas locales, regionales, departamentales y nacionales, en otras palabras, identificar desde todos los niveles

administrativos, las acciones que conllevan inevitablemente a la segregación social y a la vulneración de derechos por medio de las reproducciones desiguales (Breilh, 2011).

Es por ello que se propone la construcción de procesos efectivos con los individuos comunitarios para lograr fortalezas de liderazgos en formas de asociación, afianzando los modelos de autodeterminación y gobierno propio, o instituyendo los modelos normativos que dan respuestas las problemáticas a nivel local (Arroyave, Yagarí, & Betancur, 2008), donde el acompañamiento del Estado sea efectivo, pues es su deber facilitar las acciones positivas según las necesidades particulares y dar respuesta a las problemáticas de tipo político. Es así cómo se plantea modelos desde la salud intercultural como ruta para ejercer procesos reivindicadores y de empoderamiento socio-cultural (Menéndez E. L., 2016).

De igual manera, movimientos sociales latinoamericanos han propuesto que la salud y la enfermedad se debe tratar como un proceso en doble vía entre las especificidades de salubridad individuales y grupales dentro de un contexto social que las determina y ser tratadas dentro de los procesos de desarrollo y emancipación de los pueblos. Estas ideas se basan en las luchas de clase fundamentadas en teorías marxistas (Borde, Morales, Eslava, & Concha, 2013) .

Por su parte, la Corte Constitucional también se ha pronunciado sobre la importancia de la reivindicaciones comunitarias y la importancia a que estas sean consultadas en temas y decisiones que los afecten directamente (Sentencia C-641 de 2012). También ha corroborado cómo la salud está considerada como un derecho fundamental (Sentencia T-426 de 1992) y más recientemente reafirma el carácter constitucional que tienen los tratados internacionales, ya que su implementación aporta a la reivindicación de los derechos considerados fundamentales (Sentencia C-269 de 2014). Además “La Corte anuncia de manera genérica el significado y valor imperativo de los tratados de los derechos humanos como el referido PIDESC” donde se pretende alcanzar la satisfacción de las necesidades básicas y que las personas alcancen el máximo nivel de vida digna, por ende se consideran derechos de igualdad. El PIDESC consagra el derecho a la autodeterminación de los pueblos y a establecer libremente y sin interferencias su condición política y el desarrollo económico, social y cultural, lo que permite articulación con diferentes procesos normativos en salud, antes mencionados, para gozar al derecho de seguridad social y a mecanismos que posibiliten el sostenimiento del sistema (Art 9 PIDESC).

De esta manera queda en evidencia que los mecanismos para el dialogo político, social e institucional que fortalezca las condiciones de vida de las comunidades del Bajo Atrato a través de proceso emancipadores que buscan las reivindicaciones están dados, a pesar de la afectación que sufran estas luchas por las dinámicas que se viven en el contexto regional. Es por ello que se debe hacer una revisión más detallada y evidenciar dónde se fragmenta el proceso que imposibilita el desarrollo comunitario de los pueblos, para ello, se reitera la necesidad del diálogo político y social entre Estado y comunidad, además de fortalecer la voluntad política de las partes.

## **Conclusión**

Para hablar de enfermedad se deben tener en cuenta todos los determinantes que afecta la salud de las comunidades, entre ellas la desigualdad y la exclusión, estos vistos como una vulneración de derechos que además afecta los niveles básicos de vida (Breilh, 2011). lo que conlleva a pensar en la manera cómo el Estado ha buscado dar respuesta, sin éxito, de procesos previstos en una amplia normatividad, pues lamentablemente éste aún no ha clarificado ni ha implementado acciones efectivas que responda a las luchas reivindicadoras de las comunidades étnicas, pues las normas creadas para garantizar los derechos dejan en evidencia la limitación de sus órganos y no garantiza la restitución de los derechos, ya que ignora de manera sistemática cada una de las realidades que componen los territorios étnicos (Melo, 2014).

Es así que la salud intercultural como forma de tratar las enfermedades se convierte en un reto interinstitucional, pues en primer lugar se hace necesario revertir las discriminaciones que han sufrido las minorías étnicas y definir los tratos incluyentes a través de acciones afirmativas para una población que ha vivido diferentes discriminaciones y hechos victimizantes en diferentes tiempos, además de articular las acciones necesarias para implementar la rehabilitación cultural de los grupos étnicos entre un diálogo de saberes técnicos y tradicionales que operan en la vida cotidiana para concretar objetivos y permitan poner en marcha las acciones de la salud intercultural (Menéndez E. L., 2016), en temas fundamentales para cada una de las partes, para que de manera equitativa e incluyente el Estado pueda garantizar reivindicaciones comunitarias y el acceso a los derechos fundamentales, entre ellos, a la salud.

En ultimas la construcción de un sujeto político se configura tras diferentes procesos pero, en primera instancia el Estado debe trascender para ello se hace necesario clarificar los mecanismos para la aplicabilidad de las normas, leyes, decretos, etc, en contextos

particulares como en el Bajo Atrato. Luego es necesario pensar los deberes como un caso de co-responsabilidad Estado-comunidad quienes conjuntamente tienen el reto de asumir el ejercicio de los derechos en un contexto donde confluyen diferentes dinámicas socioeconómicas, ambientales y políticas, donde el conflicto armado y las consecuencias de la guerra han estado presentes. En conclusión el reto está en la búsqueda de un dialogo interinstitucional y comunitarios para afianzar procesos de salud/enfermedad/atención, donde las comunidades tras el empoderamiento de sus procesos responden a reivindicaciones socio políticas y el Estado garantizar el cumplimiento de sus deberes tras años de abandono.

## Referencias

- Agudelo, C. E. (2001). El Pacífico colombiano: de “remanso de paz” a escenario estratégico del conflicto armado. *Cuadernos de desarrollo rural*, (46), pp. 7-37.
- Alarcon, A. M., Aldo, V. H., & Neira, J. R. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, (131), pp.1061 - 1065. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Alcaraz, L. G., & Tascón , L. Y. (2003). La concepción de la curación chamanica entre los indigena Embera de Colombia, un proceso de comunicación socio-cultural y fisiológico. *Investigación y educación en enfermería*, 21 (2), pp. 60-78.
- Álvarez, C. L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y políticas de la salud*, 8 (17), pp. 69-79.
- Arroyave, A. J., Yagarí, N., & Betancur, A. A. (2008). *Atrato, el proyecto minero Mandé Norte. La tierra contra la muerte, Conflictos territoriales de los pueblos indígenas de Colombia. CECOIN*, pp. 367-375.
- Barcelos, L. C., & Mosquera, R.-L. C. (2007). *Afro-Reparaciones: memorias de esclavitud y justicia reparativa para negros, afrocolombianos y raizales*. Bogotá: U.N. Colombia Ed., Centro de Estudios Sociales CES.
- Borde, E., Morales, B. C., Eslava, C. J., & Concha, S. S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15 (6), pp. 797 - 808.
- Breilh, J. (Octubre de 2011). *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Recuperado de [www.uasb.edu.ec/saludyambiente](http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente): [www.uasb.edu.ec/saludyambiente](http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente)

- Bula G., V. E., Molina M., G., Muñoz E., I. F. (2014). Participación comunitaria en salud. En Molina Marín, G., Ramírez Gómez, A. A., Ruiz Gutiérrez, A. M. *Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: un bien común en la confrontación con los intereses y prácticas particulares* (pp. 321 - 353). Medellín: Pulso & letra editores.
- Caldas, F. J. (1808). Recuperado el 2017, de Biblioteca virtual. Universidad Nacional de Colombia- [www. digital.unal.edu.co](http://www.digital.unal.edu.co).
- Chamorro, A., & Tocornal, C. (2005). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios atacameños*, 30, pp. 117-134.
- Cunin, E. (2004). De la esclavitud al multiculturalismo: el antropólogo entre la identidad rechazada e identidad instrumentalizada. En Restrepo, E., Rojas, A. *Conflicto e invisibilidad -Retos de los estudios de la gente negra en Colombia*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Domínguez Mejía, M. I. (2015). Comunidades negras rurales de Antioquia; discursos de ancestralidad, titulación colectiva y procesos de “aprendizaje” del Estado. *Estudios Políticos*, 46, pp. 101-123.
- Hernández Bello, A., Gutiérrez Bonilla, M. L. (2008). Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá-Colombia, 2005. *Gerencia y Políticas de salud*, 7 (14), pp. 146 -176.
- Hernández Bello, A., Vega Romero. R. (2012). El sistema colombiano de seguridad social en salud; desigualdad y exclusión. *Gerencia y políticas de salud*, 1 (1), pp. 48 -73.
- Laurell, A. C. (1981). La salud -enfermedad como un proceso social. *Revista Latinoamericana de salud*, 2 (1), pp. 7-25.
- Maya, A. (2003). *Atlas de la cultura afrocolombianas* . Obtenido de Ministerio de Educación : Disponible en [http://www. colombiaaprende. edu. co/html/etnias](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/etnias)
- Melo, J. B. (2014). Acaparamiento de tierras, regimenes normativos y resistencia social: en el caso del Bajo Atrato en Colombia. En Göbel, B., Góngora-Mera, M., Ulloa, A. (Editores), *Desigualdades socioambientales en América Latina* (pp. 435 - 457). Bogotá: Univerdad Nacional de Colombia - Facultad de Ciencias Sociales.
- Menéndez, E. (1994. Vol. 7). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 4 (7), pp.71-83.

- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 21 (1), pp.109-118. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Monsalve, L. M., (2015) *Salud y enfermedad: caracterización de los sistemas médicos de la comunidad afrodescendiente de Bocas del Atrato*. Medellín: Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Dep. de Antropología.
- OIT, O. (1989). Convenio 169 de la OIT.
- Paredes Villegas, G. A. (2014). Antropología de la salud y la enfermedad. principales enfoques teóricos. *Revista Academia*, 12 (30), pp. 87-99.
- Restrepo, E. (1996). *Economía y simbóismo en el "Pacífico negro"*. Medellín: Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Dep. de Antropología.
- Restrepo, E. (2011). Etnización y multiculturalismo en el Bajo Atrato. *Revista colombiana de antropología*, 47 (2), pp. 37-68.
- Restrepo Sierra, A. (2014). El Atrato: Un río sin país. *Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/un-recorrido-por-el-atrato-una-de-las-vias-fluviales-mas-importantes-del-pais/386805-3>.
- Rojas, A. (2004). Subalternos entre los subalternos; presencia e invisibilidad de la población negra en los imaginarios teóricos y sociales. En Restrepo, E., Rojas, A. (Editores), *Conflicto e (in)visibilidad Retos en los estudios de la gente negra en Colombia*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Rosas, E. M. (2013). Conflictos interétnicos en la subregión del Bajo Atrato (Chocó) y ruptura de procesos comunitarios. *Criterio Jurídico Garantista*, (9), pp. 80-91.
- Rolland, S. (2005). Los consejos comunitarios de las comunidades negras: ¿una nueva forma de hacer política en el Bajo Atrato?. *Controversia*. (184), pp. 1-20.
- Torres, C. (2001). *Equidad en salud: una mirada desde la perspectiva de la etnicidad (versión preliminar)*. Programas de políticas públicas y salud. División de salud y desarrollo humano de POS/OMS. Recuperado de <http://studylib.es/doc/7890222/equidad-en-salud--una-mirada-desde-la-perspectiva-de-la-e...>
- Zuluaga, G. (2005). Conservación de la diversidad biológica y cultural en el piedemonte amazónico colombiano: La herencia del Dr. Schultes. *Ethnobotany Research & Applications*, 3, pp. 167-177. Doi: <http://dx.doi.org/10.17348/era.3.0.167-178>.