

0905

~~1201~~

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CAUCA

CORPORACION PARA LA RECONSTRUCCION Y EL DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO
DEL CAUCA - CRC

CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA - CVC - PLAN DE DESARROLLO
INTEGRAL PARA LA COSTA PACIFICA - PLADEICOP

ESTUDIO ETNOMEDICO DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS EMBERA DE LA COSTA
PACIFICO SUR

JUAN CAMILO BOTERO, M.D.
Diciembre de 1984

1271

CONTENIDO

Página No.

INTRODUCCION

I.	Area del Estudio -----	1
II.	Aspectos Históricos de la Etnia -----	1
III.	Ubicación Geográfica, Acceso y Censo -----	2
A.	<u>Nariño</u> -----	2
A.1	Municipio Olaya Herrera -----	2
A.1.1	Comunidad del Río Sanquianga -----	2
A.1.2	Comunidad del Río Satinga -----	2
A.2	Municipio de El Charco -----	3
A.2.1	Comunidad del Río Sequihonda -----	3
A.2.2	Comunidad del Río Tapaje -----	3
A.2.3	Comunidad del Río La Tola -----	3
B.	<u>Cauca</u> -----	3
B.1	Municipio de Timbiquí -----	3
B.1.1	Comunidades del Río Saija -----	4
B.1.1.1	Comunidad Calle Santa Rosa de Saija-	4
B.1.1.2	Comunidad de Infuí -----	4
B.1.1.3	Comunidad de Boca Guangüí -----	4
B.1.1.4	Comunidad de Guangüí-Arriba -----	4
B.2	Municipio López de Micay -----	4
	Mapa del área mencionada -----	5
B.2.1	Comunidad de Micay -----	6

IV.	Reseña Etnográfica -----	6
	<u>A.</u> La Lengua -----	6
	<u>B.</u> Patrón de Asentamiento y Movilidad ---	6
	<u>C.</u> La Tierra y la Organización Social ---	6
	<u>D.</u> Recursos Naturales y Actividades Pro - ductivas -----	7
	D.1 Situación actual Comunidades de Nariño	7
	D.2 Situación actual Comunidades del Cauca	8
	<u>E.</u> Organización Política -----	9
	1. Tradicional -----	9
	2. Moderna -----	10
	<u>F.</u> Vivienda y Hábitos Higiénicos -----	10
	1. El Tambo -----	10
	2. Variaciones -----	10
	<u>G.</u> Patrón Dietético -----	10
V.	Salud -----	11
	<u>A.</u> Patrón de Morbi-mortalidad -----	11
	A.1 Morbilidad -----	11
	A.2 Mortalidad -----	12
	<u>B.</u> Factores Condicionantes -----	12
	B.1 Socio-Económico -----	12
	B.2 Culturales -----	13
VI.	Recursos del Sector -----	14
	<u>A.</u> Recursos Físicos -----	14
	A.1 <u>Cauca</u> -----	14
	A.2 <u>Nariño</u> -----	14

VII.	La Medicina Tradicional -----	15
<u>A.</u>	Noción de Enfermedad y Cosmovisión ---	15
<u>B.</u>	Los Agentes de la Medicina Tradicional	16
<u>C.</u>	La Curación -----	18
VIII	Conclusiones -----	19
<u>A.</u>	Morbi-mortalidad -----	19
<u>B.</u>	Nutrición -----	19
<u>C.</u>	Resguardos Indígenas -----	19
<u>D.</u>	Capacitación a indígenas en salud ---	19
<u>E.</u>	Socio-económico -----	19
<u>F.</u>	Culturales -----	20
<u>G.</u>	Participación Comunitaria -----	20
IX	Recomendaciones -----	20
<u>A.</u>	Socio-Económicas -----	20
<u>B.</u>	Nutrición -----	20
<u>C.</u>	Medicinas Tradicionales -----	20
<u>D.</u>	Participación Comunitaria -----	20
<u>E.</u>	Capacitación a los VIS -----	21
<u>F.</u>	Lista de VIS -----	21
	Nariño -----	22
	Cauca -----	22
X	Bibliografía -----	23
XI	Anexo	
	Plan Operativo para la prestación de servicios	
	de salud a las comunidades indígenas de Cauca y	
	Nariño	

INTRODUCCION

El presente trabajo nace del empeño y de los esfuerzos que los representantes indígenas de la Costa Pacífica de Cauca y Nariño han realizado para promover la organización y el desarrollo integral de sus comunidades.

Mediante gestión directa ante los diferentes organismos encargados de la salud y el desarrollo del Litoral Pacífico, lograron la coordinación de las siguientes instituciones para realizar el Diagnóstico de la Situación en Salud de dichas comunidades y la capacitación de indígenas:

- Servicios Seccionales de Salud de Cauca y Nariño como entidades ejecutoras del Programa.
- Plan de Desarrollo Integral de la Costa Pacífica (Pladeicop - CVC) como entidad coordinadora, y
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como entidad financiera del Programa.

La elaboración del estudio se ubica dentro del Programa para la extensión de la cobertura de servicios de salud del Plan Nacional de Salud 1983-1986, el cual consagra la atención primaria como estrategia fundamental para la prevención y protección de la salud en las comunidades indígenas.

El propósito básico del estudio que aquí se presenta, consistió en lo siguiente:

- a) Elaborar un Diagnóstico Epidemiológico Exploratorio acerca de la situación de salud y factores condicionantes entre las poblaciones indígenas Embera del Litoral Pacífico Sur del país.
- b) Explorar los ámbitos de la Medicina Tradicional de los Embera para identificar aspectos y estrategias de enlace con el sistema nacional de salud, de tal forma que los servicios que se presten estén de acuerdo con la cosmovisión y las características culturales de este grupo étnico.
- c) A través de un proceso participativo, acordar con las comunidades los criterios de selección y funciones a cumplir por parte de voluntarios indígenas de salud que constituirán el eje de la atención primaria.

El equipo de trabajo lo conformaron: Polo Valencia, representante de las comunidades del Cauca; Pedro Chiripua P., representante de las comunidades de Nariño y Médico Tradicional, y el autor Médico General, quien en abril de 1984 realizó un Estudio de la Salud-Enfermedad en grupos indígenas Embera del Chocó.

El trabajo de campo se realizó durante 25 días visitando 7 de las 10 comunidades existentes en el Litoral Pacífico del Cauca y Nariño; en la selección de estas comunidades primaron los criterios de la densidad poblacional (población mayor de 12 familias) y las condiciones de acceso favorables.

El estudio es de carácter descriptivo; permite ubicar algunos de los elementos claves de la vida étnica y del entorno que repercuten en la salud-enfermedad.

La metodología utilizada consistió en la observación directa, el diagnóstico participativo de las comunidades, examen médico, entrevistas de carácter informal con líderes naturales y agentes de la Medicina Tradicional.

La información recogida mediante esta metodología no permite agotar el vasto tema acerca de la salud-enfermedad en los Embera; por el contrario, tiene un alcance limitado en aspectos etnográficos, históricos y epidemiológicos, lo cual exigiría la conformación de equipos interdisciplinarios para abordar exhaustivamente estos temas.

El enfoque etnomédico que se adoptó en este trabajo se impone como una necesidad metodológica y conceptual. La cantidad nada despreciable de grupos étnicos presentes en el Litoral Pacífico constituyen a la vez un reto y un motivo para explorar e impulsar modelos creativos en la prestación especial de servicios de salud.

I. Area del Estudio

Las comunidades objeto de este estudio se ubican en el Litoral Pacífico Sur de Colombia dentro de los Departamentos de Cauca y Nariño. Las denominadas "Tierras Bajas del Pacífico" se extienden desde el Cabo Corrientes, Departamento del Chocó, al norte, hasta el río Mataje al sur, que delimita el territorio nacional con el Ecuador; la estribación oriental de la Cordillera Occidental de Colombia marca, por su parte, el límite ecológico de esta región con el resto del país. Esta es una zona relativamente homogénea en su ecología; se caracteriza por ser bosque tropical húmedo y sus tierras son bajas y anegadizas, cubiertas de manglares y cruzadas por ríos, caños, brazos y esteros que representan el principal medio de transporte dentro de la región. La mayor parte de los ríos nacen en las estribaciones de la Cordillera Occidental y desembocan todos en el Océano a través de una intrincada red de brazos y esteros. Las riveras, y particularmente las cabeceras de los ríos representan el sitio preferido de asentamiento de las comunidades indígenas, que son históricamente el grupo étnico más antiguo de la región, aunque representan una baja participación porcentual dentro del volumen global de población.

II. Aspectos Históricos

La conquista desencadenó corrientes migratorias indígenas desde el Alto San Juan y Alto Atrato -zonas originarias de los Embera- hacia remotos parajes interiores de los vastos territorios chocoanos y posteriormente, hacia el sur del Litoral Pacífico.

La resistencia indígena a la colonización fué tenaz y decidida. Los conquistadores fueron derrotados en diversos frentes. Vasco Núñez de Balboa remontó el río Atrato hasta Riosucio pero debió regresar luego hacia Urabá; Juan de Ladrilleros, quien fué comisionado para salir al Pacífico desde La Cordillera, no logró su cometido. Más tarde, durante el Siglo XVII diversos pueblos ribereños fundados por los conquistadores fueron arrasados por estos aguerridos guerreros, incluyendo el gran pueblo, hoy Quibdó (1684) centro importante en el comercio de la época.

A partir de esta fecha los Embera se vieron obligados a iniciar un proceso de dispersión poblando el Litoral Pacífico desde Panamá hasta Ecuador; en un comienzo se establecieron en los ríos Cajambre y Yurumanguí en el Valle; en el Cauca, en los ríos Naya y Saija y posteriormente, a comienzos del Siglo XIX, en los ríos de Nariño, Tapaje, Satíngua Sequihonda y Sanquianga.

A partir de las Leyes y del proceso de Liberación del Negro durante La República, la distribución territorial de la población se modificó sustancialmente, quedando como Territorios Indígenas las cabeceras de los ríos, mientras que en las bocanas y en las zonas medias del curso de los ríos, se asentaban poblaciones negras tal como se observa en la actualidad.

III. Ubicación Geográfica, vías de acceso y censo

Se incluye aquí información geográfica, censal y de accesibilidad física de las comunidades Embera, ubicadas en los Departamentos de Cauca y Nariño. La mayor parte de esta información fué recogida directamente en trabajo de campo. En total, las 10 comunidades indígenas Embera de Cauca y Nariño poseen un volumen poblacional estimado en 1552 habitantes.

A. Nariño

Existen 4 comunidades indígenas concentradas en la zona norte de la Costa Pacífica del Departamento.

A.1 Municipio de Olaya Herrera.

Ubicado aproximadamente a unos 5 kms. al norte del río Patía. Está atravesado por tres ríos principales: de sur a norte respectivamente por el río Patía Viejo, Sanquianga y Satinga. En la confluencia de estos dos últimos ríos está localizada Bocas de Satinga, la cabecera municipal. A ella arriban barcos procedentes de Tumaco al norte de Tumaco, a más o menos 8 horas de navegación en motor fuera de borda 40 HP. y embarcación de madera (la más usual en la zona) y Buena - ventura fundamentalmente para transportar la abundante producción maderera de la zona. Desde Guapi (Cauca) y El Charco (Nariño), navegando a través de esteros, se arriba la población de Bocas en un promedio de 5 horas si se utiliza un motor de 25 HP (el más común en la zona). Dentro de este municipio se encuentran ubicadas dos comunidades indígenas.

A.1.1 Comunidad del Río Sanquianga

Ubicada en la cabecera del río. Está compuesta por una población total de 85 indígenas, distribuidos en un patrón de poblamiento disperso. Un 29% de la población está representado por menores de 5 años.

A partir de Bocas de Satinga, utilizando un motor fuera de borda de 25 HP. se arriba en 40 minutos a la primera casa indígena; solo durante las crecientes del río es posible alcanzar la última casa.

A.1.2 Comunidad del Río Satinga

Ubicada en la cabecera del río. Con un patrón de asentamiento lineal disperso. Compuesto por unos 180 habitantes, 40% de los cuales son menores de 5 años.

Se tarda navegando en motor fuera de borda 25 HP. desde Bocas de Satinga hasta la primera casa, 7 horas aproximadamente. De allí en adelante la navegación depende del caudal del río. En crecientes, hasta la última casa se tarda 4 horas más; con caudal regular se navega a remo y palanca tardandose el día entero para repasar la comunidad.

A.2 Municipio de El Charco

Ubicado en el extremo norte del Departamento, cercano a los límites con el Cauca. Desde Guapi, navegando en motor fuera de borda 25 HP. se tarda 3 horas en alcanzar su cabecera, El Charco. Está sobre la ribera del río Tapaje aproximadamente a 1 hora de su desembocadura en el Océano. Dentro de este municipio se ubican 3 comunidades indígenas:

A.2.1 Comunidad del Río Sequihonda

Ubicada en la cabecera del río con un patrón de asentamiento predominantemente lineal disperso. Solo 4 viviendas se encuentran nucleadas alrededor de la Escuela. Posee 115 habitantes, 28% de los cuales son menores de 5 años.

Existen dos alternativas para alcanzar esta comunidad: Desde Guapi, navegando por el río Sequihonda, se arriba a ella en un total de 7 horas, 4 de ellas navegando en motor fuera de borda 25 HP. hasta el caserío de San Pedro; a partir de allí, navegando a potrillo, se llega a la Escuela en 3 horas. Desde la cabecera municipal de El Charco se navega por el río Tapaje (motor fuera de borda 25 HP), durante 30 minutos hasta el afluente La Vieja; luego se utiliza trocha, a través de la cual se alcanza la primera vivienda indígena sobre el río Sequihonda, aproximadamente en 90 minutos.

A.2.2 Comunidad del Río Tapaje

Ubicada en la cabecera del río con patrón lineal disperso. Su población es de 80 habitantes, 30% de los cuales son menores de 5 años. Se arriba hasta ella aproximadamente en 4 horas por navegación a motor.

A.2.3 Comunidad del Río La Tola

Ubicado en la cabecera del río con patrón de asentamiento lineal disperso. Su población es de 60 habitantes, 29% de los cuales son menores de 5 años. Se arriba a ella navegando 7 horas desde El Charco en motor fuera de borda 25 HP.

B. Cauca

Existen 4 comunidades en el Río Saija y 1 comunidad en el Río Micay. Comprenden el 55% de la población Embera de Cauca y Nariño.

B.1 Municipio de Timbiquí

Ubicado al norte de Guapi. Santa Bárbara de Timbiquí su cabecera municipal, se ubica sobre las riberas del Río Timbiquí, cerca de su desembocadura en el Océano.

B.1.1 Comunidades del Río Saija

El Río Saija nace de la unión de las aguas del Río Guangüí y del Río San Bernardo; más distanciamete se unen las aguas del afluente Infui, desemboca en el Océano directamente.

Las comunidades están distribuidas así:

B.1.1.1 Comunidad Calle Santa Rosa de Saija

Ubicada a 30 minutos de la bocana (Puerto Saija). El Patrón de asentamientos es ribereño disperso. Posee 120 habitantes; el 32% son menores de 5 años.

B.1.1.2 Comunidad de Infui

Ubicada en la cabecera del afluente principal del Río Saija. Su patrón de asentamiento es disperso ribereño combinado con el nuclear con 9 casas alrededor del Templo, la casa grande y la Cacica.

Se arriba navegando en motor fuera de borda hasta la comunidad, durante 9 horas aproximadamente desde Puerto Saija, o bien navegando desde Puerto Saija hasta el caserío San Bernardo (de población negra, sobre las riberas del río que da nombre a este); se tarda en motor fuera de borda 25 HP. aproximadamente 8 horas y luego se toma trocha hasta la comunidad, tardando aproximadamente 3 horas. Según censo tiene 282 habitantes, 40% de los cuales son menores de 5 años.

B.1.1.3 Comunidad de Boca Guangüí

Ubicada en la desembocadura del Río Guangüí en el Río San Bernardo, formandose así el gran Río Saija (o Patía también se le denomina). Asentada en un patrón disperso ribereño, combinado con un patrón nuclear de 14 viviendas alrededor del Templo, la casa grande y la Cacica. Se arriba navegando desde Puerto Saija a motor fuera de borda 25 HP. tardando 10 horas aproximadamente. Tiene 100 habitantes. El 20% son menores de 5 años.

B.1.1.4 Comunidad de Guangüí-Arriba

Ubicada hacia la cabecera del río. Asentada en un patrón disperso ribereño. Se arriba navegando a motor fuera de borda 25HP. desde Puerto Saija se tarda aproximadamente 15 horas. Tiene 430 habitantes. El 35% son menores de 5 años.

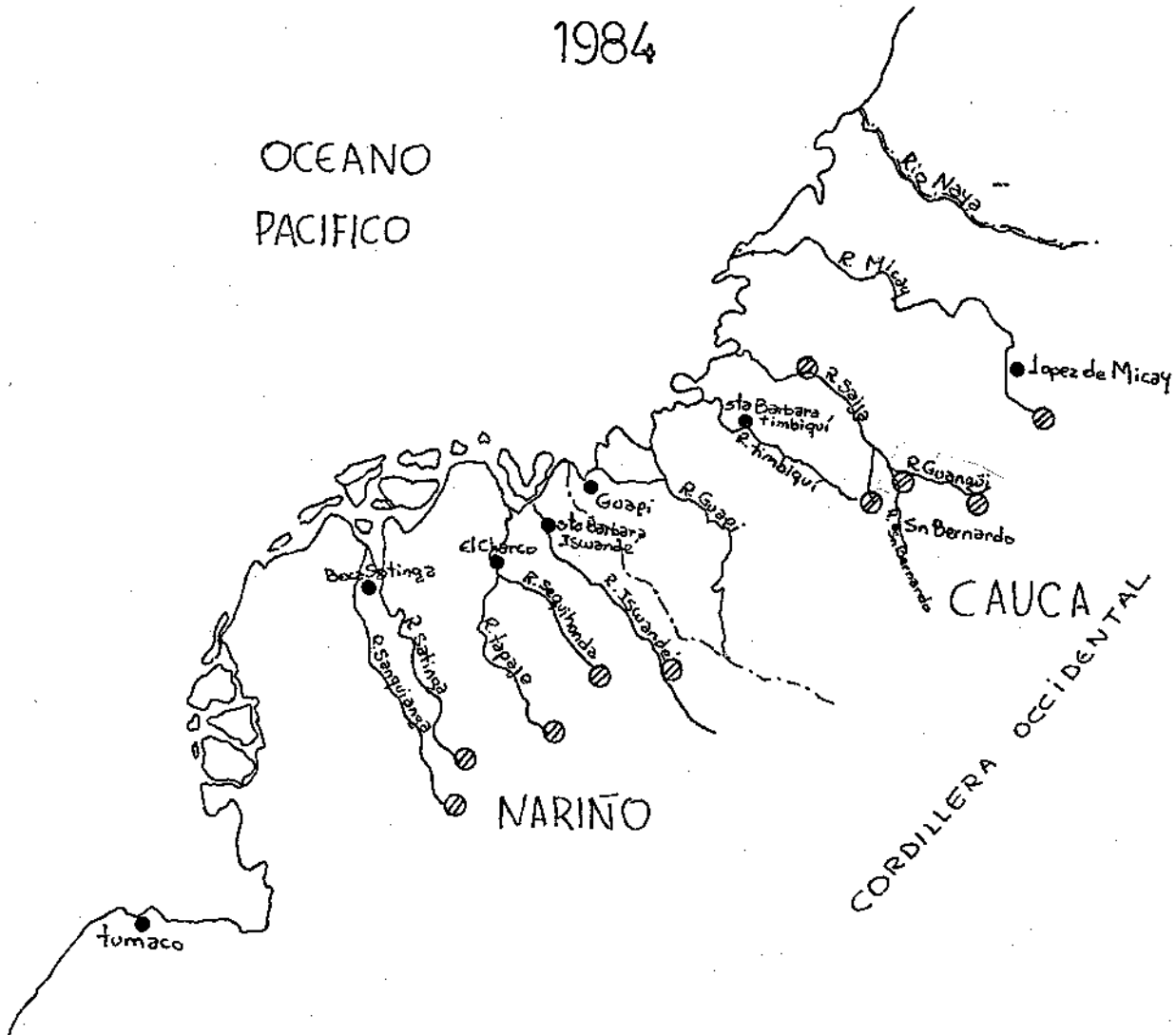
B.2 Municipio López de Micay

Ubicado en las riberas del Río Micay al norte del Río Saija y en el extremo norte del Cauca.

COMUNIDADES INDIGENAS EPERARA COSTA PACIFICA SUR

1984

OCEANO
PACIFICO



- Cabecera Municipal
- ⊘ Comunidades Indígenas

B.2.1 Comunidad de Micay

Ubicada en las cabeceras del río, con patrón de asentamiento disperso ribereño. Se arriba navegando por el mar desde Puerto Saija y luego río arriba hasta la comunidad tardando 15 horas aproximadamente. Desde la comunidad de Guangüí arriba por trocha hasta la comunidad se tarda 5 horas aproximadamente. Tiene 100 habitantes. El 25% son menores de 5 años.

IV. Reseña Etnográfica

A. La Lengua

Pertenece a la macrofamilia Karib. Los Embera, que comprenden los indígenas del Chocó y del Litoral Pacífico, se dividen en 9 variaciones dialectales. La variación Saija comprende los grupos implicados en el estudio. El consenso general es autodenominarse EPERARA-SIAPIDARA por distinguir su modalidad dialectal.

B. Patrón de Asentamiento y Movilidad

Estas comunidades se asientan tradicionalmente en un patrón lineal disperso ribereño, el cual permite autonomía suficiente a cada familia para controlar las faenas agrícolas. Se caracteriza este grupo étnico por su tendencia a la migración de un río a otro, bien sea a visitar familiares durante largos períodos de tiempo o bien en busca de nuevas tierras.

El carácter autónomo y autosuficiente de cada grupo familiar les permite reproducir las condiciones de vida étnica donde quiera que se asientan; gracias a este mecanismo de adaptación han podido resistir las condiciones desfavorables que desde La Conquista hasta nuestros días los asedian continuamente.

Actualmente tienden a conformar un patrón mixto, con la creación de caseríos alrededor del Templo y la Cacica, tal como ocurre en el Cauca y alrededor de la Escuela como lo pretenden las comunidades de Nariño.

C. La tierra y la organización

La estructura de la organización social no rebasa el nivel de las relaciones interfamiliares, las cuales están dadas por un sistema simple de parentesco. Los núcleos familiares son exogámicos conformados por línea paterna. El grupo familiar tradicional es extenso; lo integran desde el abuelo hasta los nietos, incluyendo suegros y yernos, quienes comparten el territorio y a veces la misma vivienda.

La tenencia de la tierra es de carácter familiar. El hombre al establecer vínculos sexuales puede establecerse en su tierra o bien en la de su cónyuge, de acuerdo a la disponibilidad territorial.

La tierra es el principal medio de trabajo. La vida social y cultural gira en torno a la tierra. La noción de la tierra no sólo implica la parcela cultivable sino que abarca otras nociones como el agua, la fauna, la flora y la soledad étnica, es decir, la tierra como espacio vital para la supervivencia física-cultural de la etnia.

Desde La Conquista hasta nuestros días la disponibilidad territorial de los indígenas viene sufriendo un proceso de contracción paulatina. Actualmente confinados a las remotas cabeceras de los ríos, enfrentan un permanente conflicto inter-étnico (negro-indio) por la tenencia de la tierra y sufren consecuencias socio-culturales y biológicas en razón de la reducción territorial a la que se ven sometidos.

D. Recursos naturales y actividades productivas

Al reducirse la disponibilidad territorial y al avanzar la economía dominante en un proceso envolvente, las actividades productivas sufren cambios significativos.

La economía tradicional o étnica se basa en actividades extractivas y en la producción de cultivos de plátano, banano, papachina, ñame, maíz, caña, cacao, coco, la caza, la pesca, recolección de frutas silvestres, etc. Se generan valores de uso destinados al autoconsumo. Una mínima parte se transforma en valores de cambio o mercancías al ingresar al mercadeo regional, generando el ingreso monetario. El plátano, el banano y el cacao son los productos más comerciales. Otro renglón de ingreso lo constituyen la venta de potrillos (embarcación labrada) en forma ocasional y en la venta de artesanías- cestería, básicamente, de escasa demanda en la región. El excedente acumulado durante este proceso simple de mercantilización de bienes se despilfarra, siguiendo patrones establecidos culturalmente durante períodos de derroche o de fiesta. Se invierte también en insumos, víveres y droga. Es excepcional encontrar una canalización del excedente para la creación de cooperativas. En la comunidad de Guangüí-Arriba se da una experiencia de cooperativa para la venta de artículos básicos desde hace 1 año.

D.1 Situación actual en las comunidades de Nariño

Las actividades productivas tradicionales varían considerablemente, en razón de dos factores; uno, la creciente industria extractiva de madera y otro, la decadencia en la agricultura desde hace aproximadamente 2 años, con la presencia en la zona de enfermedades a los cultivos; la Sigatoca en el plátano, el anillo rojo en el coco y monilia en el cacao.

Los indígenas combinan el trabajo asalariado en los aserríos, tumbando madera en la selva, oficio conocido en la región como la tuquería (tuco es una especie maderable talada) con el cultivo de la papachina, el ñame y la recolección de naranjas y chontaduro en épocas de cosecha. De la primera actividad derivan ingresos monetarios que se consideran ínfimos si se toman en cuenta el esfuerzo y riesgo del oficio y las necesidades bajo su responsabilidad como padre de familia. A través de esta segunda actividad aseguran una dieta de escaso valor nutricional.

Los animales de presa y los peces son especies al borde de la extinción en la zona, por lo cual la caza y la pesca son actividades cada vez más esporádicas e improductivas.

En igualdad de circunstancias se encuentra el campesino negro, lo que genera un conflicto inter-étnico por la presión sobre la tierra y la competencia por los recursos naturales, en especial por la selva a borde del río. Esta es rica en especies maderables de fácil acarreo hasta el río (actividad denominada "la bota"). La relación inter-étnica es tensa, cargada de amenazas y violencia verbal por momentos.

El cambio de las faenas productivas tradicionales, basadas en una relación especial con la tierra y el entorno, hacia su inserción en los modos de producción dominantes del contexto nacional es un factor que favorece la descomposición sociocultural de la etnia en diferentes niveles e intensidades.

Es más acentuada esta influencia colonizadora en las comunidades de Sanquianga y Satinga, donde básicamente dependen de la tuquería para la supervivencia física. La lengua tradicional poco se habla; las nuevas generaciones desconocen los mitos, leyendas y rituales; el vestido es tipo occidental; no participan de las prácticas religiosas tradicionales, alejándose paulatinamente de las condiciones que permiten reproducir su etnicidad. En el plano de la salud-enfermedad se plasman estas circunstancias desfavorables. La TBC y la desnutrición infantil y de adultos es más frecuente que en las otras poblaciones indígenas.

D.2 Situación actual en las comunidades de Cauca

Prevalecen condiciones que sustentan la economía y el modo étnico tradicional de producción. En la vecindad no existen focos de producción industrial que desarticulen los ámbitos de la vida étnica. La agricultura aun no está azotada por plagas, aunque son escasas las fuentes de proteína animal. El conflicto interétnico por la tenencia de la tierra reviste iguales características que en Nariño. Superviven las tradiciones y la vida transcurre predominantemente en los ámbitos de la etnicidad.

Merece destacarse el manejo de los recursos que el indígena hace de las cuencas hidrográficas. La práctica de la tumba y roza itinerante es un método adaptativo al entorno ecológico investigado a través de los tiempos, el cual permite la regeneración del bosque. La contracción paulatina del espacio tiende a reducir la noción de "espacio vital" a la noción agraria de parcela, lo cual atenta contra la condición fundamental de la vida étnica y limita físicamente la práctica de una agricultura basada en principios ecológicos.

Las secuelas se perciben a corto plazo: el asentamiento en remotos parajes, la extinción de la fauna silvestre única fuente de proteína animal, la invasión de los colonos y el agotamiento del potencial productivo de la tierra son hechos que le confieren al problema de la tierra un carácter estructural. No existe un solo resguardo constituido en la región correspondiente a las 10 comunidades indígenas; solo dos reservas indígenas que datan de 1976, son la de la comunidad de Guangüí-Boca y de Infui.

E. Organización Política

1. Tradicional

Las comunidades de Cauca y Nariño poseen un rasgo diferencial respecto a los Embera del Chocó: la institución político-religiosa de la Cacica, Mayordoma o Tachinave.

El cacicazgo es una condición heredada por línea materna o paterna, cuya misión es preservar el orden social, cultural y simbólico de la etnia.

Mantiene viva la tradición; la preparación viene desde la infancia. Ha de conocer la cosmología de los Eperara, los rituales y danzas tradicionales para transmitirlos a las nuevas generaciones garantizando así, con el orden social de la etnia, el orden del Universo; se dice que "el día en que nos acabemos los indígenas será el fin del mundo".

Las circunstancias desfavorables que atraviesan las comunidades de Nariño se atribuyen al alejamiento de las prácticas religiosas tradicionales.

El Río Saija es el actual territorio sagrado de los Eperara; por ello es sede de las tres cacicas existentes actualmente. Dos en Infui y una en Guangüí-boca. Son hermanas entre sí. Por consenso social se acatan ávidamente sus prédicas-reveladoras de la verdad sagrada y se participa de las ceremonias que ellas presiden.

La sede de los rituales y domicilio de la Tachinave es la Casa Grande, construcción de tipo tradicional palafítica, con techo de cuatro aguas en zinc, piso de palma de chonta esterillada y sin paredes laterales. El espacio interior comprende dos áreas. La una, central, destinada a uso rituales y sociales y la otra periférica, dividida en cubículos destinada a albergue de familias en las épocas de festividad.

La casa grande linda con el templo cuya construcción, de notable influencia hispana, contrasta con la primera y denuncia el sincretismo religioso con la religión cristiana. Es construido a ras del suelo, techo de dos aguas en zinc, paredes laterales, puerta delantera y única, con arco hacia la parte superior. El espacio interior comprende dos áreas: la una, es el altar donde reposan numerosos santos cristianos, de 15 a 25, iluminados por espermas; la otra área está delante del altar, destinada a la comunidad. La cacica se ubica entre la comunidad y el altar cuando se oficia el culto.

Las cacicas ejercen una línea directa de autoridad y todo programa procedente del Mundo Occidental deberá recibir el visto bueno de ellas:

2. Moderna

Los cabildos son una institución política, reconocida por el Estado; jurídicamente la máxima autoridad civil, después de las cacicas. Es una experiencia reciente. Infui es la única comunidad que cuenta con el cabildo nombrado.

La ORIECOP (Organización Regional Indígena Eperara de la Costa Pacífica) es la entidad coordinadora de los cabildos; surge para continuar la misión de las cacicas en el sentido de recuperar y preservar la cultura, defender y reclamar ante las instituciones oficiales los derechos indígenas. Son sus funciones, así como procurar la titulación de resguardos indígenas, promover y orientar los cabildos y el estudio de la Legislación Indígena; preservar la cultura y solicitar ante las instituciones oficiales recursos en salud, educación y producción.

F. Vivienda y hábitos higiénicos

En la vivienda se diferencian dos modalidades:

1. El Tambo

Construcción semipalafítica en madera, descubierta, con techo de cuatro aguas en paja o zinc.

2. Variaciones

Varían en cuanto a el techo y/o al encierro parcial o total en madera aserrada.

El piso de la vivienda permanece aseado generalmente. Se arrojan al suelo los residuos alimenticios como espigas y huesos que luego se barren. No se arroja esputo. Las excretas de los niños o del perro son drenados de inmediato a través de una ranuras flexibles del piso de esterilla, de palma de chonta. Luego se irrigan profusamente. El suelo debajo del piso de la casa generalmente es cenagoso. Las basuras orgánicas en su mayoría caen de la cocina al suelo para consumo de los cerdos, los cuales se crían libremente.

Se defeca en el río. El agua se acarrea desde el río y se almacena en mates (totumos), o vasijas de aluminio más esporádicamente. Se bebe cruda. El adulto se baña a diario, mientras que el niño menor de 3 años la madre lo baña más esporádicamente por considerar que el frío le causa daño; en este grupo de edad prevalece la escabiosis infectada secundariamente.

G. Patrón Dietético

Los carbohidratos son la base principal de la alimentación: arroz, plátano, papachina, ñame, banano verde cocido. La fuente de proteínas animal es comprada casi siempre. Son los enlatados, pescado seco y

muy esporádicamente carne de cerdo. Su consumo es muy restringido. Los granos como lenteja o frijol no se consumen. La cocción es el método culinario más implementado.

V. Salud

A. Patrón de Morbimortalidad

A.1 Morbilidad

La siguiente relación de entidades clínicas resulta típica a nivel de la costa pacífica en su conjunto, al menos para las comunidades indígenas.

El orden de frecuencia de las entidades varía en el tiempo, según la onda epidemiológica de turno:

- Malaria
- Síndrome Anémico
- Desnutrición Infantil (más frecuente en Nariño)
- Enfermedad Diarréica Aguda
- Enfermedades Respiratorias : Virales
TBC (más frecuente en Nariño)
- Enfermedades Inmunoprevenibles
- Escabiosis infectada secundariamente

En San Bernardo de Saija (Cauca) población negra circunvecina a las comunidades indígenas del Saija, en este año se han detectado 6 casos de Leishmaniasis cutáneo; los enfermos no reciben tratamiento por carencia de la droga específica (Glucantime).

El paludismo aparece en el primer lugar del patrón de morbilidad en todo el Litoral Pacífico. Según el Diagnóstico de Pladeicop-1983 en Guapi-Cauca la tasa es de 251 x 10.000/hab.

El síndrome anémico resulta de una dieta escasa en fuentes de hierro, aunada a la depauperación anémica como secuela de la malaria.

La desnutrición es debida etiológicamente al déficit protéico-calórico por escasos de alimentos, aunado a las entidades clínicas depauperantes tales como la malaria- parasitosis e inmuno-prevenibles. La población menor de 5 años resulta la más afectada. En Nariño la población adulta padece de desnutrición leve o moderada.

Según el Diagnóstico Pladeicop-1983 se dice que "los indicadores indirectos disponibles muestran un estado nutricional deficiente de toda la población del Litoral con especial incidencia sobre los niños menores de 5 años". A deficiente ingesta se suman la inexistencia de agua potable, la contaminación de alimentos y enfermedades gastrointestinales, las cuales disminuyen el aprovechamiento biológico del patrón dietético, de por sí escaso en proteínas-vitaminas y minerales.

Las diarreas infantiles son causadas por amebiasis, donde el cuadro de colitis amebiana con prolapso rectal y por multiparasitismo intestinal. Otra causa en lactantes es la introducción de leches de tarro, especialmente KLIM de por sí inadecuada en su composición para el menor de 1 año. Esta práctica es poco común. Se observa en madres muy jóvenes únicamente.

La tuberculosis pulmonar se observa más frecuentemente en comunidades de Nariño.

Según Diagnóstico Pladeicop-1983 en Guapi (Cauca) la tasa era de 10.1 x 10.000/hab.

Las enfermedades respiratorias virales cursan por ondas epidémicas, afectando severamente a la población adulta e infantil. En menores de 3 años se complica a menudo con agentes bacterianos.

Las enfermedades inmunoprevenibles son sarampión y tosferina, las más frecuentes. La varicela es más ocasional. Las complicaciones bacterianas asociadas son la regla (aun en adultos) convirtiéndose en una causa importante de mortalidad.

La escabiosis infectada secundariamente es común en menores de 5 años por el rascado con manos contaminadas o contacto con fomites. La escabiosis afecta principalmente a las mujeres y a los niños. La escabiosis es muy común en mujeres principalmente si convive jocosamente con el agente. Es común observar una mujer expulgando a otra.

A.2 Mortalidad

Las enfermedades inmunoprevenibles ocupan el primer lugar en la población infantil, aun dentro de toda la población del Litoral según Pladeicop-1983.

La malaria disputa el primer lugar con la anterior. En niños el signo de fiebre es inequívoco de "brujería", lo cual implica que la situación cambie; cuando se acude a la medicina occidental es ya un cuadro avanzado y severo desbordando los recursos asistenciales de la región.

B. Factores Condicionantes

B.1 Socio-Económico

La falta de tierras de resguardos indígenas legalmente constituidas incide sobre la salud al interior de las comunidades indígenas. Es el primer requisito para garantizar la supervivencia física y cultural de la etnia.

Los siguientes factores son comunes a toda la población del Litoral, según Diagnóstico Pladeicop-1983:

- a. Deficientes condiciones de saneamiento ambiental en la región (carencia de agua potable, inadecuada disponibilidad de excretas y basuras, estado no higiénico de la vivienda).
- b. La cobertura mínima y poca sistematización de las campañas de vacunación, debido a la insuficiencia e irregularidad de suministros, carencia de sistemas de frío, equipos móviles de vacunación y la falta de una adecuada estrategia para lograr una participación comunitaria eficaz.
- c. Las carencias nutricionales, que en la población menor de 5 años, inciden más notoriamente, disminuyendo sus defensas inmunológicas.
- d. Los esfuerzos por educar a la población en salud son inexistentes.

Otros factores específicos de los indígenas, además de la falta de resguardos son:

- La creciente dependencia económica para la venta y compra de mercancías, anotando la dificultad de ingreso monetario el cual es bajo e inconstante. La agricultura se reduce al autoconsumo y las artesanías carecen de un mercado local - regional efectivo.

B.2 Culturales

La concepción de la enfermedad, está determinada por el pensamiento mágico de estas comunidades del pacífico.

Este enfoque juega un rol específico que asegura y mantiene la estabilidad del orden social, al interior de la etnia; a todo ataque contra la integridad física del individuo reacciona al consenso social para estabilizar la integridad del grupo.

En este orden de ideas, los agentes de la medicina tradicional actúan como la primera línea de atención en la salud-enfermedad.

Su misión es doble: encargados de proteger y vigilar al grupo social y restaurar al enfermo su "sombra", o sea el componente anímico o emocional que, de por sí, toda enfermedad compromete de entrada.

El Jaibana-Chamán de los Embera- está habilitado por el consenso social para retornar la sombra al enfermo, equilibrándolo psíquicamente, a la vez que drena la tensión que la enfermedad genera.

Sobre la población infantil, la más vulnerable a la enfermedad, el consenso social acentúa los mecanismos de protección, a través de la concepción mágica de la enfermedad. Todo síndrome febril es "brujería", aunque lo contrario sea demostrado.

O sea que, en el campo de acción del Jaibaná quedan incluidas entidades clínicas definidas, las cuales reciben un manejo unilateral e incompleto, pero no inapropiado, si asumimos el chamánismo como una institución social que despliega su saber, más en una realidad psico-social al interior de la etnia que en una realidad clínica concreta sobre el cuerpo del enfermo.

De todas maneras, existe una línea de remisión del paciente del nivel tradicional al nivel occidental; si ello no ocurre, es atribuible a la carencia del recurso físico y/o humano del sector salud, aunado a la escases de recursos monetarios de las comunidades indígenas.

Se presentan ciertas barreras culturales del sector salud en el nivel médico y paramédico, en razón de que este personal carece de ciertos conocimientos básicos e intereses mínimos frente a la vida de los grupos étnicos, subconcepción de la salud-enfermedad y su medicina tradicional. Ello dificulta el establecimiento de relaciones médico-paciente dentro de un clima favorable.

VI. Recursos del Sector

A. Recursos Físicos

A.1 Cauca

El centro de salud de San Bernardo de Saija atendido por la Hermana Médico Carmen de la Viezca y una Hermana Enfermera Auxiliar, es circunvecino de las lejanas comunidades del Río Saija las cuales comprenden el 55% de la población indígena del Litoral de Cauca y Nariño.

La distancia desde las comunidades al centro son:

Cabecera Guangüí	7 horas a potrillo
Boca Guangüí	3 horas a potrillo
Infuí	1 hora por camino

El centro de salud consta de sala de urgencias, consultorio médico, farmacia, sala de materiales y esterilización, puesto SEM y de vacunación.

En Puerto Saija, a dos horas a potrillo desde la comunidad Calle Santa Rosa, está el puesto de salud de la Prefectura Apostólica de Guapi. Consta de sala de urgencias, farmacia bien surtida, sala para 2 enfermos, consultorio médico y sala de materiales. Es de reciente construcción y su estado físico es excelente.

En Guangüí-arriba hay puesto de salud, pequeño, con consultorio farmacia y puesto de SEM.

El SSS del Cauca, cuenta con la Unidad Regional de Guapi.

A.2 Nariño

Dentro de las comunidades no existen puestos SEM ni de salud.

El SSS de Nariño cuenta con el Hospital Local de El Charco. El centro de salud de Bocas de Satinga posee insuficiente dotación y espacio; además la disponibilidad de transporte hacia las zonas indígenas bajo su jurisdicción es difícil por las distancias y costos de combustible.

B. Recursos Humanos

B.1 Cauca

La Hermana Médico Carmen de la Viezca y la Hermana Enfermera Auxiliar están radicadas desde hace dos años en San Bernardo de Saija.

En Puerto Saija existe una Hermana Ayudante de Enfermería dedicada al puesto de salud. Se reciben visitas médicas anuales, en diciembre, por parte de médicos voluntarios del último año de estudios de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín.

En la Unidad Regional de Guapi hay un médico director, un médico de planta y dos médicos rurales, los cuales solo alcanzan a cubrir las demandas de la cabecera municipal y caseríos vecinos.

B.2 Nariño

Un médico en Bocas de Satinga para cubrir los 22.000 habitantes del Municipio; se desplaza a caseríos vecinos de la cabecera municipal.

El Hospital Local de El Charco cuenta con un médico director, dos médicos rurales, un odontólogo y una enfermera profesional, los cuales solo alcanzan a cubrir las demandas de la cabecera municipal y caseríos vecinos.

Además una promotora rural en San Pedro, Río Sequihonda, a cinco horas de la comunidad a potrillo.

VII. La Medina Tradicional

A. Noción de Enfermedad y Cosmovisión

Para el hombre indígena la enfermedad, junto con los desastres provocados por las fuerzas de la naturaleza y las calamidades ocurridas en la vida cotidiana, tiene un mismo sentido emocional y simbólico.

El universo y todos los fenómenos que en él ocurren evidencian lo sobrenatural.

La enfermedad no es asumida como un hecho orgánico meramente, sino que adquiere sentido y explicación en el plano de lo sobrenatural, donde la relación causa-efecto acontece en otra dimensión; la dimensión del pensamiento mítico.

El mito narra la verdad y es su única fuente, a la vez que constituye la única categoría del conocimiento para asumir y entender racionalmente la realidad.

La realidad y el mito revelan la sabiduría de los antiguos, quienes legaron todas las cosas existentes y enseñaron a la gente Eperara a relacionarse con el mundo.

Para la visión indígena, el camino entre el tiempo presente y el tiempo mítico de los orígenes permanece abierto; es la oportunidad de hacerse contemporáneos con los antepasados para retornar revitalizados del encuentro con un excedente existencial que les permite asumir su situación mundana, sea esta de calamidad, enfermedad o de sufrimiento impuesto por las actuales condiciones históricas.

Su actitud vital renovada los recapacita y reubica como hombres indígenas concientes de su modo excepcional de ser, con respecto a los hombres no indígenas que les rodean. El ser indígena es posible en la medida en que se imita a los antepasados. Al indígena le toca en su existencia revivir al hombre del mito.

El vínculo que equilibra al hombre entre el mito y la realidad mantiene la libertad y la sanidad mental. Es su profilaxis psicosocial. Cuando este vínculo se rompe, el hombre percibe este estado como enfermedad. Toda vez que se transgreden las normas del consenso grupal aparece la enfermedad, independiente de su causa natural, como expresión de un estado negativo, con carga emocional y simbólica agregada. Se trasciende así la concepción de lo orgánico al explicar el origen de la enfermedad; por esta razón la terapéutica estará siempre más allá de lo puramente biológico.

El sentirse enfermo implica soportar la carga emocional de angustia y culpa por haber trasgredido la norma, lo cual viene a sumarse al malestar físico aportado por el hecho orgánico alterado.

Aparece una noción autóctona de enfermedad, matizada con elementos culturales propios, a la cual corresponde consecuentemente una noción terapéutica propia del mundo indígena Eperara: El Jaibanismo (es el chamanismo entre ellos).

B. Los agentes de la Medicina Tradicional y sus Campos de Acción

El consenso social reconoce la siguiente clasificación de las enfermedades:

- Enfermedades que cura el Jaibaná
- Enfermedades que cura el Yerbatero
- Enfermedades que cura la Medicina Occidental

B.1 El Jaibaná

Es aquel hombre capaz de accionar los mecanismos rituales tendientes a restablecer el vínculo perdido entre el hombre y el mito. Retorna al enfermo del presente hacia el tiempo pasado, resarcido así la trasgresión cometida contra las normas. De esta forma, el estado negativo de la enfermedad cambia de polaridad hacia el estado positivo, liberando la carga emocional y simbólica que implica el estar enfermo.

La condición existencial del enfermo mejora después del canto ritual, tolerando más fácilmente el malestar físico o las secuelas físicas que deja la enfermedad, sean estas reversibles o no.

El Jaibaná ofrece la posibilidad de recomenzar la vida periódicamente. Es este el territorio terapéutico del Jaibaná. Una vez liberado el trasfondo psico-social de la enfermedad se pasa al tratamiento de lo orgánico propiamente dicho. Queda entonces demarcado el campo de acción de la Medicina Occidental y la Atención Médica; si se la ignora se corre el riesgo de limitar el alcance terapéutico al interior de la Etnia.

Debe entenderse claramente que la Malaria, y otra entidad clínica definida, no tiene el mismo significado para el indígena que para el hombre occidental, así el agente patógeno sea un hecho científico, incuestionable. Dentro de esta dimensión del pensamiento mítico debe entenderse el fenómeno salud-enfermedad para lograr un tratamiento apropiado.

B.2 El Pildecero

Es el auxiliar del Jaibaná. Personaje tradicional de los Embera del Pacífico Sur que constituye un rasgo diferencial con el chamanismo de los Embera del Norte.

El Pildecero (Basteneriopsis spp) es un bejuco alucinógeno de la selva húmeda tropical del nuevo mundo. A diferencia de los Embera del Chocó, los Eperara (Embera de la Costa Pacífica Sur) lo usan tradicionalmente durante la ceremonia ritual del Jaibaná. Ello permite al Jaibaná orientarse en el Mundo de las Sombras. ("Jai" o espíritus) identificando su presencia y determinando cual de todos los Jais posibles es el culpable del estado patológico del enfermo; además le facilita predecir cual método terapéutico ha de ser empleado; o bien el canto de Jai será suficiente, o se complementará con plantas y/o con medicina "blanca" u occidental.

B.3 El Yerbatero

Es un agente que tiende a desaparecer dentro de estas comunidades indígenas. En las comunidades del Río Inúi existen 5 de estos agentes, quienes cuentan con mucho prestigio en la región. En el Río Sanquianga y Calle Santa Rosa de Saija cuentan con uno solo de estos personajes.

El Yerbatero es conocedor de las virtudes terapéuticas y de las propiedades tóxicas de las plantas de la selva húmeda tropical. Dada la dispersión poblacional y la ubicación de varios maestros en diferentes ríos, la formación de estos agentes es ardua y muy costosa, condiciones estas que posiblemente expliquen la tendencia a la desaparición de este valioso recurso humano.

Actualmente no hay agentes en formación en esta línea.

Su campo de acción es amplio e incluye el manejo de heridas, complicaciones hemorrágicas del post-parto, "purgas", manejo de síntomas como cefaleas, cólicos, dolores en general, tratamiento de la mordedura de serpientes y de intoxicación con veneno vegetal.

El Yerbatero administra las plantas de variadas maneras, tales como baños, vahos, bebidas y emplastos.

El hecho de conocer la flora tóxica de la región, le confiere al mismo tiempo respetabilidad y desconfianza dentro de los miembros del grupo.

C. La Curación : Función Socio-Etnica y Realidad Clínica

La curación jaibanística atraviesa dentro de diferentes contextos históricos, por situaciones que le otorgan, desde validez absoluta hasta validez relativa a sus logros terapéuticos. El carácter de las relaciones que se establecen entre el Jaibaná, el enfermo y la estructura social, varían también según el momento histórico del contexto no indígena, el cual tiene a desintegrar estas relaciones. No hay duda, por ejemplo, de que la presencia de población negra y blanca confrontó a las poblaciones indígenas con nuevas enfermedades y con patrones epidemiológicos que modificaron en forma sustancial su problemática de salud y que limitaron la eficacia curativa de su Medicina Tradicional.

Por otra parte, dado el hecho de que dentro de la cultura indígena el enfermo es un reflejo de las tensiones internas y externas al grupo, su curación requiere de cierto restablecimiento del orden social y, más específicamente, de su reubicación social o del mejoramiento de sus relaciones sociales con otros miembros del grupo. Esto implica que, para poder influenciar o modificar los determinantes psico-fisiológicos de la enfermedad, es preciso modificar o manipular correlativamente el contexto psico-social dentro del cual se desenvuelve el enfermo.

Finalmente, el proceso de curación de las condiciones patológicas requiere de un tratamiento complementario con hierbas medicinales y/o medicamentos occidentales, en razón de que se reconoce que el enfermo es afectado por las condiciones cambiantes actuales, frente a las cuales la curación tradicional ha perdido poco a poco su alcance. Este último es precisamente el punto de encuentro que se le plantea a la Medicina Occidental: su eficacia y aceptación será mayor en la medida en que comprenda su rol complementario a la función psico-social del Jaibaná, respetando la línea tradicional de autoridad en el manejo de la salud-enfermedad al interior de la Etnia y ofreciéndole soporte a una concepción sobre lo patológico que trascienda la concepción meramente orgánica-biológica.

Queda así planteada la necesidad de adoptar un enfoque etnomédico para el manejo integral de las condiciones normales y patológicas en la salud de los pobladores indígenas de las tierras bajas del Pacífico.

VIII. CONCLUSIONES

A. Morbi-mortalidad

El patrón de la morbi-mortalidad refleja la interacción compleja de factores ambientales, geográficos, socio-económicos y culturales. Es típico, además, de los sectores que no participan de los beneficios del desarrollo económico y social de la región y del país.

Predomina un cuadro de enfermedades básicamente infecto-contagiosas, susceptibles de ser manejadas con las estrategias de la Atención Primaria.

B. Nutrición

El patrón dietético está conformado fundamentalmente por carbohidratos: papachina, ñame, plátano, arroz y banano. La ingesta protéica es baja e irregular; la población menor de 5 años y la materna representa los grupos más afectados.

C. Resguardos Indígenas

El manejo del fenómeno de la salud en las comunidades indígenas no puede dejar de lado ciertas condiciones estructurales que afectan su situación demográfica y su situación socio-económica. De ahí la importancia de otorgar prioridad adecuada a la titulación de Resguardos Indígenas.

D. Capacitación a Voluntarios Indígenas en Salud

La comunidad aceptó y participó en la elección de los VIS bajo estos criterios:

- Mayor de edad
- Bilingüe
- Escolaridad básica
- Voluntad de servicio a la comunidad

Además propuso que se les capacitara en la Botánica Médica Indígena.

Es necesario capacitar indígenas en salud, para que establezcan el vínculo entre la Medicina Tradicional y la Occidental. Deben concientizarse sobre su función y relación con los agentes de la Medicina Tradicional desempeñándose como sus agentes complementarios y no como sus sucedáneos.

E. Aspectos Socio-Económicos

Actualmente se atraviesa por un proceso de descomposición social más intenso en las comunidades indígenas de los Ríos Sanquianga y Satinga.

Económicamente la dependencia crece en la medida en que la Etnia se inserta en los modos de producción dominantes.

F. Aspectos Culturales

El acceso a los centros hospitalarios de la zona está condicionado por el sistema de creencias mágico-religiosas acerca de la salud-enfermedad, cuyo sentido y contenido desconoce el personal de salud que labora en el área. No se tiene en cuenta la Medicina Tradicional.

G. Participación Comunitaria

El factor anteriormente anotado es el principal obstáculo para lograr una adecuada participación de la comunidad en los diferentes programas.

IX. Recomendaciones

A. Socio-Económicos

- Creación de Resguardos Indígenas legalmente constituidos.
- Creación de un mercadeo regional de artesanías sin intermediarios; Se mejoraría a corto plazo el ingreso monetario a la mujer, garantizando una inversión directa en el bienestar de sus hijos (víveres, medicamento).

B. Nutrición

Introducir la crianza de animales de especies menores con asistencia técnica para mejorar la ingesta protéica.

C. Medicinas Tradicionales

Deberá ser el eje en torno al cual gire la atención primaria en comunidades indígenas.

El personal de salud de los niveles seccionales, regionales y locales deberá ser motivado y orientado hacia el conocimiento de esta medicina.

D. Participación Comunitaria

De acuerdo a la experiencia con Emberas en Antioquia y Chocó en el desarrollo de programas educativos y sanitarios, se reconoce la necesidad e importancia de impulsar la organización de la comunidad paralelamente con los programas de salud; se logrará así que se refuerzen mutuamente: que la comunidad vigile y se encargue de la ejecución del programa y que alrededor del programa se organice la comunidad.

Se garantiza así una participación comunitaria más efectiva, lo cual repercute en experiencias formativas para la comunidad misma, en la medida en que todos los miembros se sientan comprometidos en el análisis de la situación de salud y en la planeación de sus programas.

En las brigadas de salud que se hagan a las comunidades se deberá respetar la línea interna de autoridad indígena en el manejo de la salud-enfermedad, deben establecerse contactos con los agentes de la medicina tradicional para comprender ampliamente la noción de enfermedad y de curación.

Se deberá enfatizar a través de las brigadas y contactos con líderes la importancia de promover entre los miembros de los grupos indígenas el estudio de sus situación de salud particular, los factores que la condicionan y actitudes que la determinan, hallando creativas propias y colectivas en la dimensión de lo cotidiano y sencillo, de tal modo que se influya efectivamente en el estado de salud individual y grupal.

E. Capacitación a los VIS

Los VIS, no solo se deben capacitar en acciones en salud, sino también en cuestiones organizativas y administrativas; por ejemplo en manejo de farmacias comunales.

El Cabildo y la ORIECOP deberán supervisar y orientar la actividad de los VIS, garantizando la prestación de un mejor servicio a la comunidad basado en el respeto de los Médicos Tradicionales.

La sede del curso más indicada es la Escuela de Guangüí en Saija (Cauca). Se cuenta con un paisaje muy agradable e infraestructura suficiente: 6 aulas, una sala múltiple, casa de profesores (alojamiento del personal)

La cercanía con la "Mayordomas" es de vital importancia.

La disponibilidad de víveres en la zona, como la caña y el plátano; dos Cooperativas en San Bernardo (a 1 hora a motor) y una Cooperativa Indígena a $\frac{1}{2}$ hora a potrillo.

La mejor época para la capacitación sería el mes de junio/julio coincidiendo con las vacaciones del horario académico y de los VIS de Infui el uno es maestro de primaria en Infui y el otro estudia 4o. de bachillerato.

Como recursos endógenos se cuenta con: a) el profesor Pablo de Infui con experiencia de 8 años como maestro de primaria en su comunidad, dedicado a la recuperación de mitos, leyendas y costumbres tradicionales; es un líder natural y actualmente por su propia cuenta trabaja en una cartilla de lecto-escritura bilingüe. b) Pedro Chiripua de Sanquianga (Nariño) es médico tradicional en el ramo de la botánica; está dispuesto a transmitir a los VIS elementos básicos para la curación.

F. Lista de VIS

Seleccionados por la comunidad; hubo consenso en torno al carácter de voluntariado y de la necesidad del mismo actualmente, además de su ubicación dentro de la medicina tradicional como coterapeutas del Jaibaná y no como sucedáneos.

El consenso general se mostró interesado en que los VIS manejarán además de la "droga de botica", elementos botánicos tradicionales.

Nariño

- 1- Luís Alberto García
Bilingüe
Escolaridad: Primaria
Hijo de médico tradicional del Río Sanquianga
- 2-3 Río Satinga
2 VIS
Se requieren en razón del patrón de dispersión ribereña.
Uno arriba y otro abajo.

Sindulfo Chiripua
28 años
Escolaridad: Primaria

Delfino Chiripua
28 años
Escolaridad: Primaria
- 4- Sequihonda
Lorenzo Mejía Chiripua
25 años
Escolaridad: Primaria
- 5- Tapaje
Dionel Chirimía
22 años
Escolaridad: Primaria

Cauca

- 6- Calle Santa Rosa de Saija
José Valencia Durán
17 años
Escolaridad: Primaria
- 7- Infui
Profesor Pablo Pertiaga
38 años
Etnoeducador Escuela de su comunidad desde hace 8 años.
Líder natural y maneja puesto de primeros auxilios en
colaboración con la Hermana Médico Carmen de la Viesca.
- 8- Misael Garabato Valencia
25 años
Cursa 4o. de bachillerato en San Bernardo
- 9- Boca Guangüí
Alberto Valencia
25 años
3o. de bachillerato
- 10- Guangüí-Cabecera
- 11 Las dos indígenas que hicieron el curso en Limones con la
Hermana Enfermera de la Prefectura Apostólica de Guapi.

12- Micay
Herber Hueso Moya
21 años
Escolaridad: Primaria

En promedio queda 1 VIS por cada 110 habitantes.

X. Bibliografía

1. Botero Camilo J., Contribución al Estudio de la Salud-Enfermedad en los Grupos Indígenas del Chocó. Convenio Colombo-Holandés, Abril de 1984.
2. Castrillón Héctor, Chocó Indio. Edición Compas 1982.
3. Eliade M., El Mito del Eterno Retorno, Alianza Ed.
4. Kiev Ari, El Curanderismo: Cuadernos Joaquín Martiz México.
5. OMS, Atención Primaria en Salud. Las Medicinas Tradicionales del Mundo, 1984.
6. Pardo Mauricio, Transformaciones Históricas de los Embera. Rev.Col. Antropología, 1985.
7. Pladeicop, Diagnóstico Preliminar 1983, Cali.
8. Talleres II. Prestación de Servicios a Comunidades Indígenas. Valledupar, Mayo de 1983.
9. G. Varese L., Etnodesarrollo vs. Etnocidio, Costa Rica.
10. Documentos y Conclusiones del Primer Encuentro Indígena Nacional Bogotá de 1982.