

# El Racismo en Colombia

## Historia y Antropología Médica

Académico Hugo A. Sotomayor Tribín<sup>1</sup>

Marta Patricia Rincón Acuña, Alejandra Quevedo Hidalgo<sup>2</sup> Marcela Torres Mogollón<sup>3</sup>

Pero un día volví... y ahora vuelvo

.....  
esta tierra es mía, mía, mía para adentro  
como mujer en la noche ; mía, mía  
para arriba más allá del gavilán.....

.....  
levántome del tercer siglo de entre los  
muertos y de los muertos vengo...

.....  
Yo soy el indio de América...  
vengo a reclamar mi heredad...

¿Sabéis mi otro apellido, el que me viene  
de aquella tierra enorme, el apellido  
sangriento y capturado, que pasó sobre el mar  
entre cadenas, que pasó entre cadenas sobre el mar?

¡Ah, no podéis recordarlo!  
Lo habéis disuelto en tinta inmemorial.  
Lo habéis robado a un pobre negro indefenso.  
Lo escondistéis, creyendo  
que iba a bajar los ojos yo de la vergüenza.

.....  
Pero no....¿podéis creerlo? No.

.....  
( Que se avergüence el amo.)

Cesar Dávila Andrade : " Boletín y Elegía de las Mitas"

Nicolás Guillen : " El apellido"

### Presentación

Por la firme convicción de los autores de que el estudio de las relaciones entre el proceso de salud-enfermedad y el racismo en Colombia requiere una mirada amplia, se decidió abordarlo dentro de un marco antropológico y con una perspectiva histórica tomando para este propósito las definiciones de Antropología Médica y Medicina más completas y humanísticas posibles, ambas del historiador de la medicina, el español, Pedro Lain Entralgo: "La Antropología Médica es la teoría general del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal", ( 1) "la Medicina es una ciencia práctica cuyo objeto es un "sujeto": la persona enferma" (2).

Hoy es de reconocimiento general que el campo de la salud comprende cuatro grandes áreas : 1) la

biología humana- genética, procesos de maduración y envejecimiento, etc,-; 2) el entorno, todos aquellos factores externos al cuerpo humano sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control -realidades económicas, sociales, culturales y naturales-, indiscutiblemente el determinante más importante de la salud; 3) los estilos de vida, entendidos como el conjunto de decisiones y prácticas que toman y ejercen las personas con respecto a su salud y sobre las cuales tienen cierto grado de control; y 4 ) la organización de la atención en salud.

### Justificación

En la historia de nuestro actual soterrado racismo, herencia de la abierta y legal exclusión racial de la sociedad de castas de la época colonial y de las tres

<sup>1</sup>Médico Pediatra. <sup>2</sup>Antropólogas. <sup>3</sup>Estudiante de Antropología e Historia.

primeras décadas de nuestra vida republicana, contra lo pardo, lo indígena y lo negro- la esclavitud de los negros fue abolida en 1851- creemos que no se han estudiado suficientemente las respuestas de adaptación que han generado los grupos humanos objetos de ese sentimiento de desprecio, por parte de los "blancos" y europeos, y los efectos de ellas en la salud y las enfermedades.

En el análisis de los determinantes socio-económicos de los problemas de salud que enfrentan las comunidades indígenas y negras en Colombia es necesario superar los conceptos de marginación, pobreza e "ignorancia". Se requiere relacionar a éstos con el del racismo para así superar los eufemismos encubridores.

Si aceptamos que, desde el punto de vista de la situación médica de los sujetos enfermos, no sólo el de las enfermedades, la época colonial estuvo profundamente marcada por la epidemiología de la servidumbre y de la esclavitud (3) y si reconocemos que ese espíritu de superioridad de los considerados "blancos" -en esos años de dominio español- y su correspondiente de desprecio o subvaloración sobre los considerados negros e indios, no ha desaparecido en la actualidad, entonces podemos decir que el racismo sigue teniendo diferentes consecuencias en las situaciones y conductas sociales que generan riesgos sanitarios y enfermedades y en las vivencias colectivas e individuales de las comunidades de negros e indios y en la sociedad mestiza, "blanca", colombiana.

Como hoy no vivimos bajo una estructura colonial, ni en los años republicanos en que se permitió la esclavitud, eso que recientemente denominamos epidemiología de la servidumbre y de la esclavitud (3) y que hubiera podido ser objeto de lo que llamamos antropología médica de la servidumbre y de la esclavitud (4), entonces el estudio de la situación médica relacionado a la marginación racial debe ser considerado no a esas categorías, que hacen referencia a las situaciones económicas, legalmente estructuradas de la encomienda, el vasallaje y la servidumbre, para los indígenas, y la esclavitud, para los negros, sino a la que hace referencia a la persistencia de los sentimientos de superioridad y minusvalía que lleva siempre aparejados el racismo.

En el estudio del proceso de salud y enfermedad de las comunidades de indígenas y negros es necesario entender que éstas han estructurado respuestas culturales ante su situación de marginados, pobres, subvalorados y despreciados y que aunque muchas de ellas, si no la mayoría, han sido beneficiosas, otras, las menos, probablemente, han podido y pueden crearles riesgos para su salud.

Al asociar algunas de las respuestas culturales con los conceptos de estilo de vida perjudiciales para la salud no queremos "culpar a la víctima", ni pensar que los negros y los indígenas son los únicos y principales responsables de sus situaciones sanitarias. Lo que queremos es remarcar que aquellas desempeñan un papel en los riesgos médicos entre esas comunidades.

Un enfoque histórico de este fenómeno del racismo es necesario para entender mejor como las herencias sociales tienen efectos acumulativos sobre lo que se llamaría un perfil social y sanitario.

### **Las Concepciones del cuerpo entre los afrocolombianos y los indígenas: Una historia**

Aceptando que el hombre hace de su cuerpo un lugar de expresión de todos sus simbolismos entonces es necesario aceptar, para mejor comprender lo que trataremos de desarrollar, que los indígenas y los negros avasallados y esclavizados por los españoles durante nuestra época colonial, y subvalorados en toda nuestra vida republicana han expresado en sus cuerpos sus representaciones simbólicas alrededor de su situación emocional y con relación a sus enfermedades.

Si bien entendemos que el concepto de raza no tiene la validez biológica que hasta hace varios años se le dió, comprendemos que el hoy llamado racismo corresponde a una construcción social e histórica relacionada con estructuras económicas de explotación de un grupo humano por otro y que este, en nuestra realidad, lo entendemos como los sentimientos de superioridad que muestran los grupos y personas con unos rasgos físicos asociados a los de los europeos, en los cuales predomina la tez blanca, sobre aquellas personas con fenotipos amerindios y africanos subsaharianos y su correlato o imagen en espejo de inferioridad de estos con relación a aquellos.

Si se piensa la salud desde la subjetividad de la persona, con sus concepciones sobre el cuerpo, el ámbito social y el entorno natural y sus ideas sobre los factores que pueden ponerla en riesgo y se relaciona con la historia del grupo social, la etnia o la raza a las que pertenece la persona, entonces es necesario entender que el estado de salud y la salud sentida están determinados por la forma como el individuo, la persona, en su intimidad, se apropia, proyecta e interpreta el proceso vital de salud-enfermedad y ve el cuerpo a través de las ideologías (5).

La historia de las concepciones del cuerpo en las sociedades indígenas americanas y entre los africanos traídos como esclavos a América y las de sus descendientes hasta el presente muestra como en ellos el cuerpo se ha pensado y se piensa todavía, en varias

de las regiones rurales que ellas habitan, como condicionado por el tipo de producción o actividad económica, o relacionado con la estructura política y social, o correlacionado funcionalmente con los procesos y elementos del macrocosmos, y cómo cada una de esas concepciones a su vez se refleja en sus mitos, ritos de paso y de iniciación. (6,7). Muchas sociedades indígenas y algunas sociedades negras antropomorfizan sus entornos naturales y *mutatis mutandis* naturalizan sus cuerpos e intimidades como es el caso de las de San Basilio de Palenque en donde: "La tierra... es concebida como un cuerpo a semejanza de su gente, con sangre, pulmones y respiración, con ojos que lloran en las ciénagas, con venas de agua que son los arroyos" (8).

Estas concepciones que las sociedades indígenas y las negras, principalmente rurales, han tenido y todavía tienen sobre sus cuerpos, si las comparamos con las que se han desarrollado en el conjunto principal de la historia de la medicina en el occidente, podríamos equipararlas, sin mucha dificultad, con los tiempos que antecedieron la obra pictórica de Leonardo da Vinci y la anatómica de Andrea Vesalio, de finales del siglo XV y mediados del XVI, respectivamente, y ciertas corrientes del panvitalismo europeo del Renacimiento.

El imaginario del europeo en general y del español en particular, relacionado con la posesión demoníaca, la guerra a las idolatrías y la cacería de brujas conformaron durante la conquista y la colonia una concepción que tuvo que ver con las entidades del bien y el mal encarnadas en Dios y su opuesto, el diablo. Esta concepción terminó marcando el cuerpo del indígena, el del negro y el del mestizo. Mientras que el mal en España era personificado por los musulmanes, los judíos y los protestantes; en las colonias españolas todo ese "mal", se transfirió a los indios y a los negros. El español veía en los comportamientos de los indígenas y de los negros un riesgo para su monoteísmo y para su alma. El negro, contrario y opuesto al blanco, se convirtió en el terreno propicio para representar a lo profano, a lo sucio, al pecado, a la transgresión, a la oscuridad, etc; a él se le adjudicó el imaginario español correspondiente al sistema simbólico de la brujería y la magia. En América se luchó contra la brujería y la magia de los negros, contra las supersticiones y hechicerías de los indígenas como se había luchado contra judíos y moros en la península. (9)

### **Matrices coloniales de las respuestas culturales de los negros e indios contra el racismo**

La situación de servidumbre y esclavitud que los indígenas y los negros sufrieron durante la época colonial hizo que ellos respondieran no sólo suble-

vándose, tomando las armas o huyendo, sino creando toda una cultura cotidiana de resistencia, sincretismo y readaptación a los impactos y cambios culturales del momento que necesariamente debió marcar sus concepciones sobre salud y enfermedad.

### **Esclavos Negros**

Con los negros esclavizados procedentes del África llegaron agentes infecciosos desconocidos en América (10). Los sitios donde los negros fueron ubicados por los esclavistas, o los que ellos escogieron en sus huidas, se convirtieron en focos de las nuevas enfermedades parasitarias e infecciosas las cuales trajeron consigo: la dracontiasis, entre los esclavos recién llegados o *bozales*; la filariasis por la *Wuchereria bancrofti* conocida como "elefantiasis árabe" en la literatura médica internacional y como "potra" en nuestra Cartagena, hasta principios de los cincuenta del presente siglo; la filariasis por *Onchocerca volvulus*, la "ceguera de los ríos", confinada a una población afrocolombiana del río San Juan de Micay (11, 12, 13, 14, 15); el pian o frambesía, muy probablemente también traído por ellos, que fue un gravísimo problema de salud pública entre la población afrocolombiana del litoral pacífico hasta finales de los años cincuenta (16); la uncinariasis por *Necator* "americano", que inicialmente debió ser un gran problema entre los esclavos y los afrocolombianos "libres", en las zonas mineras del bajo Cauca y el Chocó (5, 12); el paludismo por *P. falciparum*, hoy todavía un serio problema en toda la costa Pacífica (17, 18, 19) y la "emergente" infección por el virus linfotrópico humano (20, 21, 22). Los sitios o focos iniciales del paludismo por *P. falciparum* y la uncinariasis por *N. americanus* por las condiciones en que se mantuvieron y se han mantenido hasta la actualidad, desempeñaron y desempeñan, un efecto de centro de irradiación de estas enfermedades hacia el resto del territorio colombiano (5,12,23).

Entre los negros esclavizados una de las respuestas más estudiadas ha sido la de la creación de espacios físicos alejados y defendidos bélicamente de los españoles: los palenques. En éstos los negros crearon espacios propios y construyeron identidades.

Pero ellos también respondieron de otras formas a las acciones de destrucción que sobre sus culturas, creencias, lenguas y personas practicaron sistemáticamente los españoles. Estas fueron las respuestas culturales. Es el caso de la creencia que tuvieron y tienen los negros de San Basilio de Palenque sobre el infierno al considerar que a ese lugar iban "los espíritus malos, así como aquellos palenqueros que no cumplieron con el mandato principal de Dios: la felicidad terrenal

gozando de la vida. Por desoírlo, sus almas son arrojadas a la candelada infernal como castigo, y no tienen perdón. *"La mujer virgen se va pa la candelá". "el que ha gozado se va pa'l cielo"* (8).

Dentro de estas respuestas culturales en oposición al sufrimiento que la esclavitud les ocasionaba, esta concepción de gozarse la vida tuvo, en la música de ritmos sincopados y en los bailes que inventaron, a manera de un sincretismo religioso y cultural (24, 25), un papel muy importante en su salud sentida y en su lucha contra las enfermedades porque a través de ellos, los sabores, los olores, los contactos y las contracciones entre sus cuerpos los mantenían vivos y les alejaban, a manera de un exorcismo, de las enfermedades, las tristezas y melancolías. La música y el baile por ser elementos de identidad cultural son extraordinarios promotores de la vida individual y colectiva. La lucha por vivir, por sentirse importantes y amados les daba la salud que el trabajo de esclavo les arrebatava.

Este concepto de gozarse la vida, de aplazar el trabajo impuesto por el amo; y el soportar y conformarse con situaciones que no atentaran de forma evidente contra su salud, fueron las causas que generaron ciertas conductas como el de **"dejar pasar las cosas"** y las que construyeron una cultura del ocio que estructuraron una convivencia con lo que hoy se llaman riesgos para la salud.

Estas conductas de no buscar activamente lo que hoy llamaríamos un saneamiento ambiental y de no promover la salud con medidas individuales y comunitarias tuvo en el intenso calor, -que hace que las personas eviten al máximo los grandes esfuerzos físicos que les puedan ocasionar alteraciones en su homeostasis corporal de líquidos y electrolitos- y en la abundante oferta ambiental de nutrientes, importantes factores coadyuvantes para que así se estructurara una economía de supervivencia, del diario, sin sentido del ahorro y acumulación, ni del mejoramiento. Entre los negros esclavizados, por no existir un importante aglutinante religioso, las magias protectora y agresiva, que buscaban, respectivamente, los éxitos amorosos y la curación de enfermedades, y la derrota o muerte de sus enemigos, cumplieron un papel muy importante en su lucha por su salud personal y su identidad cultural (26, 27).

En la lucha por lograr superar los sentimientos de extrañamiento, aislamiento, soledad afectiva generados por las dificultades por mantener las uniones entre hombre-mujer o encontrarlas, la magia, con propósitos de encantamiento sexual y amoroso, jugó un papel muy importante en la búsqueda del bienestar individual y la salud personal.

La lucha del negro esclavo fue por construir una identidad y disfrutar al máximo los pocos momentos de solaz

que su terrible situación le permitía; la lucha de los negros en la actualidad es por hacerse ver, es por superar la "invisibilidad", a decir de Nina Sánchez de Friedemann, a la que los ha sometido la sociedad mestiza, "blanqueada", colombiana.

## Indios avasallados

Diferentes fueron las respuestas que los indígenas dieron a su derrota y sojuzgamiento: unas veces la huida, otras la lucha, las más asumir una actitud de resistencia pasiva y fatalismo que en no pocas veces se expresó en un abandono de sí mismos y en un desinterés por superar las condiciones que, hoy sabemos, favorecen la eclosión de enfermedades infecciosas y carenciales; y en otras, no infrecuentes, en conductas autodestructivas, nutridas en una profunda melancolía y tristeza, como fueron los suicidios colectivos, la disminución de las tasas de natalidad y el consumo excesivo y fuera de contexto ritual, de bebidas alcohólicas (28). La derrota y el avasallamiento, las pérdidas de sus tierras y de sus chagras, la vergüenza de ser reconocido como muisca, chimila, guayabero, nukak y la identificación con la genérica denominación de indio crearon las bases del abandono de sus prácticas de buen aprovechamiento de sus recursos alimenticios y su resultado: la malnutrición con su sombra perenne de tuberculosis.

Así como varios sitios de importante presencia indígena se convirtieron en el pasado en importantes focos de dispersión de enfermedades como el carate, hoy algunos de ellos lo son de la tuberculosis, las hepatitis b, delta y la llamada fulminante -por la desafortunada asociación de las dos anteriores-.

Por el contacto con los europeos y africanos y por su derrota y pérdida de sus tierras a manos de los españoles, los indígenas comenzaron a sufrir un proceso intenso de degradación de sus condiciones sanitarias y de vida en general. (4, 12) Por la transformación de sus sistemas de vida, sus patrones de asentamiento, su convivencia con animales importados, sus cambios en las técnicas de explotación de la naturaleza, comenzaron a aparecer entre ellos nuevas y varias enfermedades nutricionales, infecciosas y psicoemocionales. (29).

Para esas sociedades perder sus territorios ancestrales ha equivalido, en no pocas veces, a perder los simbolismos de su cuerpo y de su naturaleza circundantes, en romper los espejos donde se miran hacia adentro y hacia fuera, perder sus ataduras históricas y míticas, y de esta forma, afectar negativamente sus identidades, sus intimidades, creando así condiciones de tipo psicossomático y fisiológico -

neurovegetativas, neuroendocrinológicas, inmunológicas humorales y celulares- ideales para que ingresen a sus cuerpos los agentes infecciosos y tóxicos que, sumados a los graves efectos nutricionales por el abandono de sus hábitos alimenticios tradicionales, han generado serios y persistentes problemas médicos.

Las sociedades indígenas en su lucha contra las enfermedades infecciosas, que a manera de "dardos mágicos", les han traído los advenedizos y a las que se han visto expuestas desde que en diferentes momentos de la historia nacional han entrado en contacto con los "blancos" y los negros, han centrado su respuesta a ellas no en el buscar soluciones en su gran saber empírico botánico, sino en la huida a lo profundo de sus territorios ancestrales y en la búsqueda de consuelo y fortaleza espiritual en sus mitos y tradiciones (29).

La lucha del indio ha sido por recuperar sus tierras, depositarias de sus tradiciones, salvaguardas de sus identidades y protectoras de sus intimidades. Indígenas y negros ante los intentos "blancos" de darles "muerte cultural" han construido toda una red de resistencia cotidiana para mantener sus energías, sus vidas y sus identidades (30).

Negros e indios han compartido una respuesta ante el dominio del "blanco": el "blaqueamiento" de sus costumbres, de sus aspiraciones y de su tez. El mestizaje en Colombia siempre ha tenido en este "blaqueamiento" su tendencia más importante como se ve en el proceso histórico en Antioquia y en la costa caribe, y se percibe hoy, en un proceso lento, a través de las migraciones de chocoanos al interior del país y en la mezcla de estos con las poblaciones más "blancas" de la costa caribe y de antioqueños en sitios de frontera, como la región de Urabá (31).

En las relaciones interculturales entre las etnias de afrocolombianos e indígenas, los primeros han asumido con frecuencia el papel del "blanco" ante las segundas, como es el caso del Chocó, donde los indígenas sufrieron un proceso de desplazamiento a las partes más bajas de los ríos, por la acción de la expansión de las comunidades afrocolombianas (31). Hoy gracias a diferentes artículos de la Constitución Política de 1991 y a la Ley 70 de agosto 27 de 1993 esas comunidades están encontrando un acuerdo sobre esas tierras.

En la observación de las comunidades afrocolombianas e indígenas por mestizos, como los autores de estas líneas, aparece una imagen, que puede no corresponder a la propias que tienen aquellas etnias, en la que la melancolía, la música de poca brillantez y los bailes monótonos son características indígenas mientras la alegría del disfrute, la música polifónica y

el baile dinámico son propios de los negros como si la necesidad de reconstruir el pasado perdido indígena y construir un futuro para los negros pesaran en la gestación de esas manifestaciones afectivas y lúdicas.

Esta última reflexión marca la importancia de entender que "uno", el observador, nunca puede pretender comprender en su total extensión al "otro", al observado, y que siempre es necesaria para esta tarea la participación y la reflexión de este último.

### **Salud y respuestas culturales ante el racismo moderno**

Al colocarse las modernas sociedades indígenas y afrocolombianas en desventaja ante las demandas y funcionamiento de la economía extractiva de la sociedad mayor, mestiza, y ante la obligación de la supervivencia física como sociedades, muchas de ellas hacen lo que aquella economía exige: destruir la naturaleza al compás de los adelantos tecnológicos - escopetas, moto-sierras, uso del mercurio en las explotaciones auríferas, etc-, al ritmo de sus propios suicidios como sociedades y de la amputación de los simbolismos de sus cuerpos humanos y de sus entornos naturales.

La histórica y persistente violencia y marginación contra negros e indios ha logrado que las respuestas culturales que se estructuraron durante toda la vida colonial y los primeros años republicanos no hayan desaparecido sino, por el contrario, tomen nueva vida en cada individuo y grupo humano así tratado, convirtiéndose de esta manera en causas importantes para la persistencia de conductas personales y grupales riesgosas para la salud.

Muchas comunidades indígenas y afrocolombianos viven a diario con peligrosas condiciones higiénicas a pesar de las campañas educativas y no han desarrollado una mentalidad de activa participación comunitaria para solucionar los problemas de contaminación de las fuentes de agua de consumo, ni tienen prácticas de hervir sistemáticamente las aguas de beber, ni de protegerse, a través de toldillos, de la picadura de insectos. Un gran número de comunidades indígenas y negras abandonan de forma vergonzante sus hábitos tradicionales de alimentación (32). En la actualidad las enfermedades como el cólera, el paludismo, y la malnutrición priman, en diferente forma, en aquellos departamentos y regiones colombianas donde los negros y los indígenas están concentrados: Choco, Cauca, Putumayo, Amazonas, Vaupés, Nariño.

El departamento del Chocó, habitado en su inmensa mayoría por personas negras, muestra una realidad sanitaria patética en comparación con la

también grave situación del resto del país: la mayoría de sus municipios tienen al 98% de sus pobladores con sus necesidades básicas insatisfechas, la tasa de mortalidad materna, en 1990, fue con la de la Guajira, la más alta del país; el paludismo fue la principal causa de egresos hospitalarios en el período de 1989 a 1992 y la leishmaniasis tiene en ese departamento el primer puesto de incidencia y prevalencia con relación a todo país (33). Si bien el pian gracias a las campañas para su erradicación y al uso en ellas de la penicilina ya no es un problema importante de salud pública, hoy las enfermedades gastrointestinales en general y el cólera en particular, por depender su superación como problema de salud pública de adecuadas y suficientes redes de agua potable y alcantarillado, tienen en las regiones habitadas principalmente por afrocolombianos las tasas más altas del país como ocurre también para enfermedades como las hepatitis a, b y en general las de las enfermedades infecciosas (34). En las comunidades negras del Pacífico la incidencia de la hipertensión arterial y los accidentes cerebrovasculares, asociados a un control defectuoso de esta patología, supera con creces al de otras regiones del país sin una importante población negra, indicando esto que además de una mayor susceptibilidad de la raza negra a esta enfermedad existe una menor calidad de cobertura y atención médica para estas poblaciones negras. En las nueve regiones que está dividido el departamento de Antioquia las que tienen mayores índices de necesidades básicas insatisfechas son las que tienen mayor población negra (33).

La poca acción política de los líderes de estas etnias se deja ver hasta en las estadísticas de un Ministerio como el de Salud en donde no se puede ver con claridad una distribución de la morbilidad y la mortalidad de ellas, en virtud a la mirada, que prima en la burocracia del aparato sanitario que quiere dejar de ver, o no puede ver, por ejemplo, en el Urabá, el Chocó y en el Cauca a los negros y en la amazonia y la orinoquia a los indígenas (35).

Proyectar a través de sólo interpretaciones de lucha política, en el Estado o en los grupos vinculados con el poder económico, la responsabilidad sobre las propias situaciones sanitarias o de enfermedades transmisibles, es en muchos sectores de indígenas y negros una respuesta que, aparte de su validez histórica y social, favorece la enajenación de la voluntad propia, debilita la decisión de participar activamente en la solución de sus problemas sanitarios, y perpetúa las respuestas conformistas, fatalistas y a veces autodestructivas ante sus realidades cotidianas y sus futuros.

La necesidad de sobrevivir como individuo, familia o grupo en circunstancias adversas y de pobreza, al

disminuir la autoestima, desestabilizar el equilibrio que la persona debe tener consigo misma, con su sociedad y con su entorno natural crea condiciones subjetivas ideales para que esos sujetos, familias y grupos, atenten contra el equilibrio de la inerte vida vegetal y animal. El racismo contra lo moreno, indio y negro, en una sociedad mestiza, "blanqueada" como la colombiana, crea focos de enfermedades infecciosas que tarde o temprano afectan al resto de la geografía humana del país y crea condiciones ideales para ejercer la violencia contra el "otro", el diferente a uno y contra los otros seres más indefensos de la naturaleza: las plantas y los animales (5, 23). Se crea de esta forma un círculo vicioso de destrucción ambiental, violencia y enfermedad humana.

La baja autoestima del despreciado, del subvalorado; la prepotencia del "blanco" retroalimentan la espiral de violencia social, de destrucción del entorno natural, de insalubridad y de pobreza general.

Prosperar en este contexto no es pretender que las personas posean los bienes de consumo que dan estatus social: tener grandes grabadoras portátiles, lucir en el cuello joyas de oro, poseer costosos relojes, conducir vehículos costosos, gastar importantes cantidades de dinero en parrandas; es tener las necesidades básicas: techo, alimentación, educación y salubridad satisfechas.

### **Conclusiones: enseñanzas y tareas**

La antropología y la historia médica de la esclavitud, la servidumbre y el racismo en Colombia coincide con una de las más importantes lecciones del médico griego Galeno de Pérgamo, durante su ejercicio profesional en la Roma Imperial y esclavista: que las enfermedades dependen de la condición del hombre: libre o esclavo, rico o pobre.

Un verdadero estudio a la luz de la historia, antropología y de la medicina social de las enfermedades que padecen los indígenas y negros en Colombia no puede ser compatible con la imagen de las llamadas enfermedades "tropicales" que, por ahistórica e incompleta desde el punto de vista epidemiológico y telúrico, cuasi miasmática, teóricamente, lo que hace es agravar los sentimientos de fatalismo que existen entre no pocos pobladores de esas zonas a la vez que hace crecer el paternalismo y los "aires" de superioridad de los habitantes del interior e inclusive de personal sanitario que labora en ellas.

La antropología médica en Colombia deja ver que para las comunidades rurales de negros y, principalmente de indígenas, la propiedad de la tierra entre ellos es más que una señal material de riqueza: es garantía de salud, de vida, de procreación y de amor.

Ella nos deja entrever que fenómenos sociales como el "mamagallismo" de la costa caribe colombiana son simplemente retazos de herencias de prácticas de resistencia cultural a los intentos de organización y explotación del trabajo en condiciones poco favorables para los individuos.

El estudio de la historia del fenómeno social del racismo en nuestro país nos deja ver que éste "rebota" contra el que excluye o considera inferior al "otro" y nos debe enseñar a queremos más a nosotros mismos (5).

Una práctica médica entre las comunidades indígenas y afrocolombianas, realmente dotada de un piso antropológico, debe luchar porque estas superen todos los sentimientos que les hagan perder sus sentidos de pertenencia e identidad, convencida que éstos son elementos de un gran valor defensivo, a manera de un poderoso blindaje, contra las enfermedades, a la vez que debe esforzarse por desarrollar una medicina social participativa. Una historia y una antropología médica que estudien a las etnias afrocolombianas y de indígenas, al entender el importante papel que tienen los sentimientos de identidad en la supervivencia de los individuos y sus comunidades debe propugnar por que las mujeres, los mejores baluartes de las tradiciones de estos grupos, desempeñen cada vez mejor y más ampliamente su importante papel de sostén de lo mejor de sus legados.

Una antropología médica entiende y propugna para que las comunidades con sentimientos de minusvalía, por su color de tez y su etnia, superen activamente estos sentimientos y vivan orgullosos de lo que son, y se esfuerza por que ellas mismas, en asocio con las instancias estatales pertinentes, superen los niveles de insalubridad, poca escolaridad y pobreza que refuerzan las imágenes negativas que ellas tienen de sí mismos y que los "otros" tienen de ellos. Lucha por hacer vivir como dueños y propietarios de sus vidas y tierras a los que vivieron como siervos y esclavos en el pasado y buscan "blanquearse" en la actualidad; enseña que dejar de comer comida de "indios" y de "negros" expone a esas etnias al riesgo de malnutrición. Ella pretende que las etnias y comunidades de indígenas y afrocolombianos participen activamente en todos los niveles organizativos, locales, regionales y nacionales, que ayuden a definir el derrotero de sus vidas en general y su salud en particular y se liberen de las expectativas de hijas menores, del paternalismo y del burocratismo. Ella debe recoger el empeño que tiene la intelectualidad de las comunidades negras de llamarse afrocolombianas para así superar las imágenes peyorativas que se tiene de negro aun entre ellas mismas, como que un porcentaje importante de

personas con esos rasgos fenotípicos no se reconocen como tales. El Ministerio de Salud debe esforzarse por crear un sistema de información que recoga lo mejor posible la situación de las comunidades afrocolombianas como lo ha hecho recientemente un investigador médico de esa comunidad (36). Cualquier política dirigida hoy a las comunidades indígenas debe contar con sus representantes, así como cualquiera dirigida a las llamadas negras debe comenzar a recoger las opiniones de sus intelectuales y dirigentes.

Las comunidades afrocolombianas e indígenas deben estructurar sus posiciones y prácticas políticas dentro de la definición constitucional de que la nación colombiana es multiétnica y que dentro de un proyecto nacional el reconocer la existencia del racismo debe servir para superar constructivamente nuestros viejos problemas nacionales.

Enfrentar sin eufemismos nuestros grandes problemas históricos sociales, sanitarios y médicos es la verdadera garantía para que muchas de las enfermedades que hoy parecen restringidas a focos geográficos humanos o superadas en el tiempo no vuelvan a emerger como grandes problemas o simplemente verse reemplazadas por otras propias de la pobreza, la marginación, el racismo o de la destrucción del ambiente natural. Hoy a pesar de los avances de la tecnología médica el cólera y el beriberi han regresado; la tuberculosis a reaparecido, la leishmaniasis y el paludismo siguen campeando en nuestro país y la mielopatía asociada a retrovirus emerge como un problema entre importantes asentamientos afrocolombianos e indígenas.

### Bibliografía

1. Lain Entralgo, Pedro. Antropología médica para clínicos. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1984
2. Lain Entralgo, Pedro. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1982.
3. Sotomayor Tribín, Hugo. "Una historia epidemiológica de Colombia. Enfoque epidemiológico de las grandes etapas históricas de Colombia." En Temas Médicos tomo XV Academia Nacional de Medicina de Colombia. Santafé de Bogotá. 1995 pp 375- 403.
4. Sotomayor Tribín, Hugo. "Enfermedades y geopolítica en Colombia". En Medicina. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Septiembre. 1997. n° 45. Vol 68. pp. 21- 26.
5. Morales Gómez, Jorge. La argumentación histórica en la curación entre los indios Cuna. Tribuna Médica. Vol. 95, abril 1997. pp: 165-171.
6. Pinzón, Carlos E; Suarez, Rosa. Las mujeres lechuza. Historia, cuerpo y brujería en Boyacá. Ican/ Colcultura, Cerec. Bogotá. 1992. pp. 31- 47.
7. Los onczy, Anne-Marie. "De lo vegetal a lo humano: un modelo cognitivo afrocolombiano del pacífico" 1993. Revista Colombiana de Antropología. Vol. XXX, pp: 33-57.

8. Friedemann, N. Sanchez de. "Vida y muerte en el Caribe afrocolombiano: cielo, tierra, cantos y tambores". *América Negra. Expedición Humana*. Diciembre. 1994. n°8. pp 83-96.
9. Borja Gómez, Jaime. *Rostros y rastros del demonio en la Nueva Granada*. Ariel Historia. Santafé de Bogotá. 1998. 390p
10. Sotomayor Tribín, Hugo. "Los negros, las minas y las enfermedades en Colombia. *Africa en Colombia. Una historia paralela de cuatro parasitismos*". En *Medicina. Academia Nacional de Medicina de Colombia*. Febrero. 1995. n° 39. pp 31-37.
11. Sotomayor Tribín, Hugo "Dracontiasis en Colombia. Una historia" en *Medicina. Academia Nacional de Medicina de Colombia*. Febrero. 1994. n° 35. pp. 43-44.
12. Sotomayor Tribín, Hugo. *Guerras, enfermedades y médicos en Colombia*. Orion editores. Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Santafé de Bogotá. 1997. 367p.
13. Trapido H, D'Alessandro A, Little M.D. 1971. *Onchocercosis in Colombia. Historical Background and Ecologic Observations. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Vol 20, N° 1. Pp 104- 108.
14. Palma Gloria, Travi Bruno, Satizábal Jorge E, Martínez Fernando, Smith D.Scott. 1995. ¿Onchocercosis en Colombia? Una revaluación del foco de López de Micay. *Biomédica* 15:131- 136.
15. Corredor Augusto et al. 1998. *Current Status of Onchocercosis in Colombia*. (pendiente editar).
16. López Narvaez G: Pian y campaña antiplánica en Colombia. *Rev Fac Med UN ( Colombia)* 24: 294-342, 1956.
17. Florez Pedrozo, Daniel. 1983. *Epidemiología del Plasmodium Falciparum en Colombia*. Ministerio de Salud.Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria. 31 p.
18. Ministerio de Salud. Subdirección de Ambiente y Salud. *Malaria por Departamentos. Muestras Examinadas, positivas y por especies*. Colombia 1997, 1996, 1995, 1994 y 1993.
19. Ministerio de Salud. Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas. *Malaria Región Pacífica 1960 -1996*.
20. Navas Marfa C et al. 1995. Prevalencia de anticuerpos contra HTLV-1 en una población negra de Colombia. *Biomédica* 15: 34-36.
21. Zaninovic V. et al. 1992. *Epidemiología del HTLV- 1 en indígenas de Colombia*. *Colombia Médica*. Vol 23 N° 3: 94-99.
22. Zaninovic, Vladimir. 1997 *Investigación epidemiológica y virológica de la paraparesia espática tropical*. VIII Premio a la Investigación Médica. Rhône-Poulenc Forer/Academia Nacional de Medicina de Colombia pp: 11-20.
23. Sotomayor Tribín, Hugo. "Violencia, racismo e insalubridad en Colombia". En *Medicina. Academia Nacional de Medicina de Colombia*. Octubre. 1995. n° 41. pp. 45-48.
24. Quintero, Angel Q; Alvarez, L.M. "La etnicidad cimarroneada: la melodización de ritmos en la música de la contraplantación". *América Negra. Expedición Humana*. Diciembre. 1994. n° 8. pp 51-80.
25. Bermudez, Egberto. "Música, identidad y creatividad en las culturas afroamericanas". *América Negra. Expedición Humana*. Junio. 1992. n° 3. pp 57-68.
26. Pineda, V. Gutierrez de. "Legado afroamericano" en *Medicina Tradicional de Colombia. El triple legado*. Vol. 1. pp 211- 275. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1985.
27. Pineda, V. Gutierrez de. "Función de la magia en situaciones de conflicto". *Universitas Humanística*. Enero- Junio 1989. Año XVIII. pp. 27-38.
28. Sotomayor Tibín, Hugo. "Guerras de conquista y suicidios indígenas en el Nuevo Reino de Granada". En *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Septiembre 1993. n° 3.Vol. XXII. pp181-186.
29. Gómez, Augusto; Sotomayor, Hugo; Lesmes, Ana. *Amazonia colombiana: Enfermedades y epidémias. Un estudio de bioantropología histórica*. 1998 Inédito.
30. Torres, Marcela. *Enfermedad y muerte entre los esclavos negros de la costa caribe colombiana durante la colonia*. (1997. Inédito)
31. Wade, Peter. *Gente Negra. Nación Mestiza. Dinámicas de las identidades raciales en Colombia*. Editorial Universidad de Antioquia, Instituto Colombiano de Antropología, Siglo del Hombre Editores, Ediciones Uniandes. Santafé de Bogotá. 1997.
32. Sotomayor, Hugo; Mahecha, Danny; Franky, Carlos; Cabrera, Gabriel; Torres, María Lucía. "La nutrición de los Nukak. Una sociedad amazónica en proceso de contacto". *Maguare. Revista del Departamento de Antropología*. Universidad Nacional de Colombia. n° 13. 1998.
33. Ministerio de Salud Pública. *Perfiles epidemiológicos. Región Suroccidente*. 1996.
34. Ministerio de Salud Pública. *La salud en Colombia. Diez años de información*. 1994.
35. Ministerio de Salud Pública. *Perfiles epidemiológicos. Regiones Orinoquía y Amazonía*. 1996.
36. Makanaky C, Gustavo. *Informe final proyecto: políticas de salud para la población afrocolombiana, bases y directrices de largo plazo*. Ministerio de Salud, Despacho del Viceministro de Salud. Santafé de Bogotá. Diciembre 6 de 1997.