


Epidemiología sociocultural de los padecimientos gastrointestinales en niños y niñas del pueblo *Nasa*, Colombia

Socio-cultural epidemiology of gastrointestinal illness in children of the *Nasa* people, Colombia

Edson-Jair Ospina-Lozano^{1,2}

Forma de citar: Ospina Lozano EJ. Epidemiología sociocultural de los padecimientos gastrointestinales en niños y niñas del pueblo *Nasa*, Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud. 2018; 50(4): 328-340. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018006> 

Resumen

Introducción: Los padecimientos gastrointestinales son frecuentes en la población indígena, generando diversas interpretaciones y tratamientos. **Objetivo:** Construir un perfil epidemiológico sociocultural de la enfermedad diarreica en niños *Nasas* menores de un año. **Materiales y métodos:** Método mixto e interdisciplinario que trianguló herramientas cuantitativas y cualitativas, y que orientó la caracterización sociocultural de este pueblo, la descripción estadística sobre la presencia y distribución de dicha enfermedad, y el quehacer etnográfico alrededor de su diagnóstico, interpretación y atención. **Resultados:** El 98.5% de esta población vive en la zona rural y no tiene acceso a saneamiento básico. En los seis meses de investigación se presentaron 349 casos de esta enfermedad en 306 infantes menores de un año, y su incidencia es mayor en las zonas con menor presencia de instituciones estatales. Los diagnósticos los realizan principalmente las madres a partir de elementos específicos: características de las deposiciones, y de situaciones contextuales: incidentes ambientales, sociales y culturales. Las principales causas reconocidas por las cuidadoras son de origen biológico: parásitos (23%) y malnutrición (21%), además de síndromes de filiación cultural: susto (15%), mal viento (8%) y lastimadura (7%). Las estrategias de atención indicaron un pluralismo médico con predominio de la autoatención. La biomedicina es la opción principal cuando las mamás ven comprometida la vida de los infantes. **Conclusiones:** La enfermedad diarreica entre los *Nasas* tiene elevada presencia, y es el reflejo de una vida precarizada, dinamizado en un territorio rural excluido y colmado de simbolizaciones.

Palabras clave: Salud de poblaciones Indígenas; Epidemiología sociocultural; Etnografía; Diarrea infantil; Investigación interdisciplinaria.

Abstract

Introduction: Gastrointestinal illness are frequent in the indigenous population, generating different interpretations and treatments. **Objective:** To construct a Socio-cultural epidemiological profile of diarrheal disease in *Nasa* children under one year of age. **Materials and methods:** Mixed and interdisciplinary method

1. Universidad Santo Tomás. Bogotá D.C.

2. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C

Correspondencia: Edson Jair Ospina. Dirección: Calle 63 75-35 Bogotá. Teléfono: +57 1 316500 ext. 16019. Correo electrónico: ejospinal@unal.edu.co.

that triangulated quantitative and qualitative tools, which guide the sociocultural characterization of this people, the statistical description of the presence and distribution of this disease, and the ethnographic work around its diagnosis, interpretation and care. **Results:** 98.5% of this population live rural areas and do not have access to basic sanitation. During the six months of research, 349 cases of this disease were presented at 306 infants under one year, and its incidence is higher in areas with less presence of State institutions. The diagnoses are mainly made by the mothers based on specific elements: characteristics of the depositions, and contextual situations: environmental, social and cultural incidents. The main causes recognized by the caregivers are of biological origin: parasites (23%) and malnutrition (21%), also syndromes of cultural affiliation: fright (15%), bad wind (8%) and injury (7%). Care strategies indicated a medical pluralism with a predominance of self-care. Biomedicine is the main option when moms see the lives of the infants compromised. **Conclusions:** Diarrheal disease among the *Nasas* has a high presence, and it is a reflection of a precarious life, invigorated in a rural territory excluded and filled with symbolizations.

Keywords: Health of Indigenous people; Sociocultural epidemiology; Ethnography; Infantile diarrhea; Interdisciplinary research.

Introducción

La salud de los pueblos indígenas es un tema abordado desde diferentes disciplinas. Por ser un asunto relacionado con poblaciones de origen amerindio, este tipo de estudios son generalmente emprendidos por la antropología, disciplina con un repertorio teórico y metodológico centrado en el análisis de la dimensión sociocultural del Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA), situación que implica una desatención de las cuestiones bioecológicas de dicho proceso, dimensiones fundamentales para entender y atender las enfermedades prevenibles en este sector de la sociedad latinoamericana.

En el caso de los *Nasa*, indígenas del suroccidente de Colombia, las investigaciones sobre su PSEA están dominados por el enfoque antropológico¹⁻⁸; es decir, se ocupan principalmente de los elementos simbólicos de dicho proceso. Otros trabajos tienen otros enfoques disciplinares^{9,10}, incluida una pesquisa epidemiológica¹¹ que señala alta incidencia de infecciones intestinales entre los niños de este grupo étnico, asunto que además genera descontento social y demanda amplios esfuerzos de los servicios sanitarios.

En consecuencia, y con la motivación de dinamizar enfoques interdisciplinarios y holísticos para el estudio del PSEA, el objetivo de esta investigación es construir un perfil epidemiológico de la enfermedad diarreica en niños *Nasas* menores de un año, en donde sea posible identificar y analizar las dimensiones socioculturales y bioecológicas que interactúan en la aparición, diagnóstico, interpretación y atención de esta infección gastrointestinal.

Una enfermedad, un laberinto

La diarrea, enfermedad gastrointestinal que a inicios del tercer milenio ocasionó entre 1.6 y 2.5 millones de muertes anuales en la población mundial menor de cinco años¹², y una de las principales causas de fallecimientos en población indígena de América Latina¹³, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la presencia de tres o más deposiciones diarias de heces sueltas o líquidas, señal de una infección del tracto digestivo transmitida por bacterias, virus o parásitos, y que se debe tratar con Sales de Rehidratación Oral (SRO). Esta entidad también indica que en las intervenciones para su prevención debe primar el acceso a agua potable, un adecuado sistema de saneamiento y el lavado de manos con agua y jabón antes de consumir alimentos¹⁴.

Esta tesis de la OMS concibe a la diarrea como una enfermedad que se origina a partir de la interacción humana con microorganismos patógenos, definición instaurada en el biologicismo que soporta las ciencias médicas. Tal explicación soslaya una reflexión que considera que las ciencias de la salud no estudian enfermedades sino individuos y colectivos que por motivos de índole sociohistórica y bioecológica tienen inconvenientes en su PSEA, dificultades que son interpretadas y enfrentadas de diversas maneras, y que inciden en el bienestar de los individuos, así como en su interacción equitativa y autónoma con otras personas y grupos sociales.

En este sentido, cabe resaltar que ésta no es una enfermedad que permita ser explicada de forma simple como lo indica la OMS, debido a su arraigada

presencia en ciertos grupos sociales¹⁵ pese a los amplios conocimientos sanitarios para prevenirla y combatirla¹⁶. En consecuencia, la complejidad entorno a esta infección gastrointestinal prioriza la utilización de una herramienta epistemológica como la epidemiología sociocultural. Esta herramienta facilita la integración recursiva de información cuantitativa y cualitativa con el fin de analizar y problematizar la compleja presencia de este malestar en la población y, asimismo, orientar la exploración de sus determinantes sociales, la identificación de las diversas interpretaciones sobre su existencia y la exploración de las diferentes estrategias de atención¹⁷⁻²².

Materiales y métodos

Se utilizó una metodología heterogénea¹⁹ orientada por el principio de pluralidad y jerarquización de niveles de ocurrencia del proceso²³. Esto involucró diferentes escenarios de desempeño metodológico y el uso de diferentes técnicas de investigación: trabajo de campo que incluyó revisión documental para caracterizar a la población; descripción estadística sobre la presencia de la enfermedad diarreica en los infantes menores de un año y el quehacer etnográfico centrado en diferentes aspectos del entorno de este padecimiento.

El primer escenario se centró en la identificación de diferentes aspectos socioculturales que permiten que la diarrea y otras enfermedades infecciosas tengan arraigo, y generen diversas interpretaciones y estrategias de atención. Asimismo, se subrayan elementos bioecológicos que relacionan este padecimiento con lo material e inmaterial del espacio vivido. Esto incluye una caracterización de las condiciones de vida a través del método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y de las notas de campo construidas en las visitas a estas comunidades, además de una referencia cartográfica que describe la interacción de la población con el territorio y sus particularidades.

El segundo se destinó a la labor estadística sobre la presencia de dicha enfermedad en la población infantil, actividad auxiliada en el Programa de Salud Indígena (PSI) que tienen los pueblos indígenas del Cauca. Para la obtención de estos datos, se contó con la participación de funcionarios de este programa. Previamente se realizó un encuentro con promotores de salud, y se unificaron criterios para la identificación de la diarrea¹⁴ y las interpretaciones otorgadas a esta enfermedad. También se elaboró un instrumento en donde se anotó el nombre de los niños que presentaron este malestar, su fecha de nacimiento y su lugar de vivienda. Estos

datos se registraron durante seis meses. La información se centralizó y después se organizó con apoyo de integrantes del PSI.

El tercer escenario fue la etnografía en torno a las causas, diagnósticos, interpretaciones y tratamientos de este padecimiento. Estos datos fueron obtenidos a través de entrevistas etnográficas con madres/cuidadoras, y la observación participante derivada de la interacción con las familias *Nasas*. Esto se realizó de manera intensa en los hogares de cinco mujeres de diferentes comunidades (**Figura 1**), elegidas a partir de su interés en participar en esta investigación y de los siguientes criterios: identificarse como perteneciente al pueblo *Nasa*, vivir al interior de una comunidad de este pueblo y tener al menos un hijo de un año o menos de edad. A partir de estos criterios, se incluyó una mujer de 42 años, del resguardo Santa Rosa, con cinco hijos y una nieta. Una madre de 20 años, procedente de Yaquivá, con un hijo. Una señora de Calderas, 30 años y cuatro hijos, otra de La Gaitana, 25 años y tres hijos y una de Turminá; 33 años y tres hijos (**Figura 1**). Igualmente, se entrevistó a profundidad a Larry Gerónimo, un acreditado *Thê Wala*, con el propósito de complementar, profundizar y organizar información derivada del contacto con dichas parentelas. Por sugerencia de estas mujeres, sus nombres aparecen cambiados en este texto.

Resultados

Para presentar de manera coherente los resultados, se utilizó el PSEA como un instrumento heurístico que permitió detallar y relacionar sus diferentes elementos y momentos, mismos que coadyuvan al análisis holístico de la información numérica colectada. Entre estos aspectos están las particularidades sociales del pueblo *Nasa*, sustrato para comprender la manera en que este colectivo construye el bienestar y disfruta de la salud. Asimismo, se presentan datos estadísticos, y una descripción de la forma en que se entiende y atiende infección gastrointestinal.

El Pueblo *Nasa*

Los *Nasa* son un pueblo indígena que pervive en las montañas del suroccidente de Colombia. Hoy en día cerca de 200 mil personas se identifican como pertenecientes a este grupo étnico, y la tercera parte habla *nasa yuwe*, su idioma. Habitan en Resguardos administrados por Cabildos, entidades lideradas por un gobernador y tuteladas por los *Thê Walas*, sus chamanes²⁴.

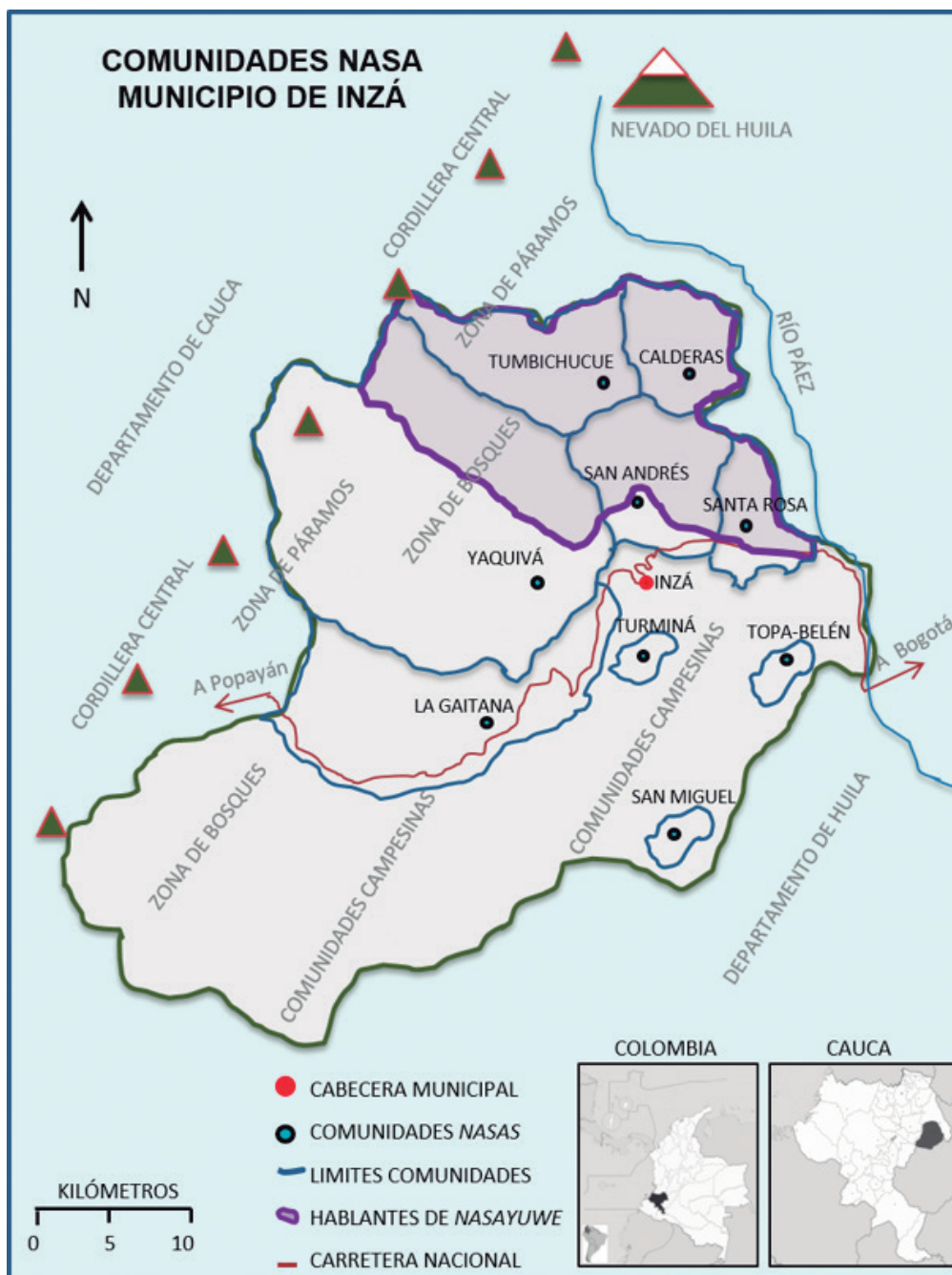


Figura 1. Mapa de Comunidades *Nasa* en el Municipio de Inzá, Cauca.
 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos colectados.

El escenario específico de esta investigación es el municipio de Inzá, nororiente del departamento del Cauca (**Figura 1**). Su extensión es de 90 mil hectáreas y su población de 30.000 habitantes. El 57 por ciento son mestizos y el 43 por ciento son *Nasas* que habitan en nueve comunidades: La Gaitana, Calderas, Santa Rosa, Tumbichucue, San Andrés, Yaquivá, San Miguel, Turminá y Topa-Belén²⁵ (**Tabla 1**).

Datos censales del Plan de Vida del año 2010 indican que 14.079 personas (3.904 familias) de este municipio se reconocían como integrantes del pueblo *Nasa* -3.904 familias- (**Tabla 1**). El 3 % de estos son mayores de 60 años, el 21 % menor de 15 años y 306 personas tenían en ese momento un año o menos de edad. El 52 % son hombres y el 98.5 % habita en la zona rural²⁵.

Tabla 1. Población de comunidades *Nasas* del municipio de Inzá

Territorio	Nº de personas	Nº de familias	Área (ha)
Calderas	1.014	224	2.478
San Andrés	3.385	926	4.038
Santa Rosa	1.811	416	1.848
Yaquivá	2.944	885	16.948
La Gaitana	2.398	835	3.450
Tumbichucue	710	167	4.641
Topa-Belén	585	135	s/t
San Miguel	411	96	s/t
Turminá	821	220	s/t
Total	14.079	3.904	32.403

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Asotama 2010. s/t: sin territorio colectivo.

La etnografía permitió comprender que la vida material e inmaterial de esta población está ligada a su territorio: valles y montañas colosales, colmadas de páramos sagrados, bosques andinos, zonas destinadas al cultivo de café, caña, frijol y maíz (**Figura 1**). Éste es el escenario vital para su reproducción biológica, social y cultural, y el lugar en donde se anclan pragmáticamente para entender y atender la enfermedad.

Esta es una región rural marginada donde conviven conflictivamente varios grupos socioculturales; además, las instituciones del Estado tienen una leve presencia. Con relación a las condiciones de vida, la exploración de las cuatro dimensiones que mide el NBI (educación, ingresos monetarios, vivienda y saneamiento básico), indica que para el año 2010, el 98.5 % de esta población tenía una o más NBI²⁶.

En educación, el 65 % de los *Nasas* de entre cinco y 24 años asisten a la escuela. Otros datos revelan que el 50 % de los adultos culminó sus estudios primarios y el 20 % de los mayores de 15 años son analfabetas²⁶. Asuntos económicos, geográficos y culturales son las principales barreras para acceder a la educación.

La economía se basa en la agricultura de subsistencia. El dinero usualmente proviene de la pequeña cosecha de café, el comercio de los escasos recursos de las parcelas o la venta de animales domésticos. Los salarios derivan de jornales agrícolas que no superan los siete dólares diarios. Otro dinero proviene del programa estatal de lucha contra la pobreza llamado Más Familias en Acción, y para muchas parentelas es el único ingreso.

En el tema de vivienda, el hacinamiento y la poca higiene es común en zonas de Yaquivá, San Andrés, Santa Rosa, Calderas y Tumbichucue, lugares donde imperan casas de bahareque, una sola habitación, techos inestables, piso en tierra y sin servicios sanitarios. En otras comunidades, sobre todo en Turminá, La Gaitana, Topa-Belén y San Miguel, es frecuente observar casas construidas en materiales resistentes e higiénicos, diseñadas con habitaciones separadas para dormir, cocinar y asearse (**Figura 1**).

Sobre saneamiento básico se encontró que solo las familias que viven en el centro urbano del municipio tienen acceso a agua potable (1.5 % de la población). Hay innumerables arroyos que facilitan el suministro de este líquido a través precarios acueductos; no obstante, este recurso se consume sin ningún tipo de tratamiento. Muchas viviendas no tienen conexión al alcantarillado o tienen pozo séptico; aun así, infinidad de personas defecan a campo abierto, contaminando cultivos y fuentes de agua.

En este municipio, los servicios de salud son de primer nivel de atención y los ofrecen dos entidades: la Empresa Social de Estado Oriente (ESEO) y la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena Juan Tama (IPSI). La primera brinda atención médica occidental según el Plan Obligatorio de Salud (POS) y la segunda brinda atención médica intercultural a través del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Dichos servicios son autónomos, pero no excluyentes.

Estas entidades consideran que la diarrea es un “serio” problema sanitario. Para el gerente de la ESE, ésta es una “infección causada por virus o bacterias que debe ser tratada con suero oral”. Para este médico, su prevención es posible si se modifican ciertos comportamientos en el cuidado infantil por parte de las familias indígenas quienes, según él, “tienen graves problemas de salud por su cultura”. Por su parte, el coordinador del IPSI cree en las mismas causas biológicas de este malestar, pero considera que en su tratamiento debe primar la infraestructura sanitaria y una estrategia intercultural donde la “medicina tradicional sea fundamental”. Asimismo, es notoria la apatía de estas dos entidades alrededor de intervenciones en saneamiento básico.

La emergencia de los números

Con relación a los indicadores sanitarios sobre este malestar, la ESEO tiene datos sobre enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de un año. Éstos

revelan que en 2005 hubo 7.9 casos por cada 100 niños y dos muertes por esta dolencia. En 2007 esta tasa se ubicó en 7.3 % y ocurrió un fallecimiento. En 2009 este indicador descendió a 6.5 % y existió un deceso²⁷. Cabe señalar los posibles subregistros de esta enfermedad.

Respecto a este asunto estadístico, los datos colectados reportan 349 casos de diarrea en 306 niños durante los seis meses de registro (Tabla 2). Asimismo, se muestra una heterogeneidad en las causas de este padecimiento.

Tabla 2. Casos y causas de diarrea en niños y niñas *Nasas*. Municipio de Inzá. 2010.

Causas	Nombre en <i>nasa yuwe</i>	N	%
Parásitos	<i>Sxa'we</i>	83	23
Mal nutrición	<i>E'wmeu'nxu</i>	73	21
Susto	<i>U'khnxi</i>	51	15
Mal viento	<i>Wejxaewmesa</i>	27	8
Lastimadura	<i>Pa'gnxi</i>	25	7
Calor	<i>A'cxa</i>	21	6
Sereno	<i>Slenu</i>	13	3
Mal de patio	<i>Vxiitxwe'sx</i>	12	3
Frío	<i>Fxi'ze</i>	10	3
Arco iris	<i>Fxtuus</i>	10	3
Empacho	<i>Tutxutanxi</i>	9	3
Hielo de difunto	<i>Uuzafxi'zewe'jxaophta'z</i>	9	3
Mal de ojo	<i>Ya'fxzu'de</i>	6	2
Total		349	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos colectados.

Para las familias *Nasa*, los orígenes más frecuentes de esta enfermedad son los parásitos y la mal nutrición, 44 % de los episodios. Otra proporción importante (36 %) corresponde a procesos mórbidos que son entendidos y atendidos con relación al contexto cultural específico donde la eficacia simbólica es trascendental²⁸ y que se reconocen como Síndromes de Filiación Cultural (SFC). Éstos son: susto, mal viento, lastimadura y calor. El porcentaje de casos restante es por sereno, mal de patio, frío, arco iris, empacho, hielo de difunto y mal de ojo, otros SFC. (Tabla 2). La diarrea motivada por “duende”, y referenciada en otros estudios^{2,6}, no se reportó.

Al comparar la información entre comunidades, son notorias las desigualdades (Tabla 3). En Calderas, Santa Rosa y Tumbichucue, zonas más segregadas del municipio, la situación indica que en la primera de estas comunidades se presentaron 46 casos en 22 niños, en la segunda 74 casos en 39 infantes y en la tercera

23 casos en 16 niños. En San Miguel, tres sucesos en ocho pequeños y en Topa-Belén tres casos en 11 niños. Estas dos comunidades tienen mayor presencia de instituciones estatales, la economía cafetera es próspera e interaccionan dinámicamente con el municipio de La Plata, centro mercantil de la región (Figura 1).

En una comparación a partir de elementos socioculturales, se observa que en las zonas más mestizadas (Turminá, Topa-Belén y San Miguel) los parásitos y la mal nutrición predominan como elementos generadores de este malestar (73 %). Situación contraria sucede en Calderas, Tumbichucue, Santa Rosa y San Andrés, en donde el *Nasa yuwe* es el idioma predominante (Figura 1) y los SFC son señalados como causantes de más del 60 % por ciento de los casos de este padecimiento (Tabla 3).

Tabla 3. Casos y causas de diarrea en niños y niñas *Nasas* por comunidad.

Causas diarrea	Comunidades Nasas – Municipio de Inzá								Total casos	
	Calderas	Tumbichucue	San Andrés	Santa Rosa	Yaquivá	La Gaitana	Topa-Belén	San Miguel		Turminá
Causas otorgadas por madres/cuidadoras										
Parásitos	10	5	15	15	15	15	2	1	5	83
Mal nutrición	9	8	12	12	12	12	1	1	6	73
Susto	8	3	10	15	10	5	0	0	0	51
Mal viento	2	3	6	8	6	2	0	0	0	27
Lastimadura	3	1	5	5	6	2	0	1	2	25
Calor	3	1	4	5	4	3	0	0	1	21
Sereno	2	1	2	2	3	2	0	0	1	13
Mal de patio	1	1	3	3	2	2	0	0	0	12
Frío	2	0	3	2	3	0	0	0	0	10
Arco iris	1	0	2	3	2	2	0	0	0	10
Empacho	2	0	2	1	3	1	0	0	0	9
Hielo de difunto	2	0	2	2	2	1	0	0	0	9
Mal de ojo	1	0	2	1	1	0	0	0	1	6
Eventos por territorio	46	23	68	74	69	47	3	3	16	349
Niños por territorio	22	16	75	39	65	52	11	8	18	306

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos colectados.

Con relación a la mortalidad, durante la etnografía se registró en Yaquivá la muerte de un niño de once meses de edad, a causa de diarrea originada por mal viento, según lo informó una promotora de salud de la IPSI.

Las formas de entender

Si bien la presencia de esta enfermedad es notoria, es preciso indicar que existen heterogéneas maneras de entenderla, asunto íntimamente ligado al contexto sociocultural y bioecológico. El diagnóstico inicial de esta enfermedad es realizado por las madres y demás cuidadoras. Para reconocer la aparición de este padecimiento, llamado en *nasa yuwe*: *uhcxi'cxnhnau'sa* [está con diarrea], sus saberes permiten clasificar cada evento a partir de la interpretación de las características de las deposiciones: apariencia, color y olor, además de signos como vómito, fatiga, erupciones cutáneas, fiebre y llanto, y de la interacción de las familias con las cosas animadas e inanimadas del territorio.

Desde esta lógica, la diarrea por parásitos se diagnostica por un abdomen abultado, vómitos espontáneos y deposiciones “casi” transparentes. Por malnutrición se detecta por excrementos olorosos y una consistencia similar a la “leche fermentada”. Por empacho se identifica a partir de evacuaciones abundantes y mal olientes, pero se diferencia de la anterior porque en las deposiciones son visibles “restos de comida”. Un pequeño irritado y fatigado con deyecciones similares a la consistencia del “huevo crudo batido”, es diagnosticado con diarrea por susto. Y si las deposiciones en un niño son “babosas”, generalmente con sangre, acompañadas de fiebre y dolor pélvico, se considera que tiene diarrea por lastimadura.

La diarrea por mal de ojo se conoce en niños irritables pero no expuestos a eventos estresantes, y así diferenciarla de la diarrea por susto. Si la causa es el calor, los excrementos son olorosos y amarillos y en ocasiones aparecen lombrices rosadas; y si es por frío, hay dolor abdominal y a veces aparecen lombrices blancas. Por sereno, las evacuaciones son de color verde; y por hielo de difunto, hay excesiva sudoración e inapetencia. En el mal viento, existen cólicos estomacales y fatiga. Llanto continuo y excreciones “babosas” y “cortadas” son propias en el mal de patio. La diarrea por el arco iris se dictamina por la presencia de evacuaciones olorosas, agotamiento inusual, erupciones cutáneas en la zona abdominal y sollozos contantes.

Según los hallazgos etnográficos con las cinco madres, algunas causas de esta enfermedad se relacionan con explicaciones bioecológicas afines a la medicina alopática, como sucede en la diarrea por parásitos, reconocida por Marina como una situación derivada del consumo de alimentos “mal lavados” o por beber agua “sucía”. Laura enfatiza estas mismas causas en la diarrea de su hijo y reconoce la importancia de hervir el

agua para el consumo y la prevención de este malestar; sin embargo, reconoce no hacerlo por la “costumbre de tomarla así no más”.

Otro origen indicado es la malnutrición. Esta explicación denuncia las dificultades para proveer una alimentación apropiada a los niños y niñas, incluida la lactancia materna, y de esta forma revelar la alta susceptibilidad a esta enfermedad. Al respecto, Carmen expresa su experiencia con su hijo menor, y relaciona su diarrea con un periodo en que no pudo amamantarlo plenamente por asuntos laborales.

La alimentación también se relaciona con este malestar. Si la comida es “pesada para el estómago” (frijol o maíz), los niños pueden padecer diarrea por empacho; se “ahítan”, dice Laura, refiriéndose a la indigestión. Carmen comenta que darles alimentos calientes -chocolate o café- “les puede generar diarrea por calor”. Las características de los alimentos es por lo tanto un asunto de importancia, debido a los desequilibrios que causan en el cuerpo y la salud de los infantes.

Otras causas provienen de lo sucedido en el entorno familiar y comunitario. La diarrea por susto, una desarmonía en el “compás del corazón de los infantes”, aparece luego de situaciones estresantes: disputas familiares, irrupción de extraños en las comunidades y los ocasionales combates entre el ejército y la guerrilla, como lo subraya Sofía, madre de una bebé de 10 meses.

La diarrea por lastimadura surge por traumas en la pelvis cuando los bebés están aprendiendo a caminar. La diarrea por mal de ojo emerge por “miradas extrañas cargadas de energías negativas”: “es que hay personas con una mirada muy pesada para los niños”, apunta Carmen. Exponer a los infantes al viento, la humedad o la lluvia, puede ocasionar diarrea por frío. Si se dejan los pañales de tela a la intemperie durante la noche y luego los usan los párvulos, a éstos les dará diarrea por sereno, debido a que “recogen ese sereno de la noche”, indica Marina.

Otros orígenes se relacionan con la cosmovisión de este pueblo, en específico con la interacción desequilibrada entre el mundo del medio (de las personas vivas) y el mundo de abajo (de las personas muertas). Así, vivir en los lugares donde están enterrados los ancestros puede ocasionar diarrea por mal de difunto. Igualmente, si se lleva un bebé a un velorio o si un pariente de éste asiste a uno de estos sucesos y luego tiene contacto con él, le puede ocasionar diarrea por hielo de difunto.

Varias causas provienen del “irrespeto” a los sitios sagrados (páramos y sus lagunas) y a las “tierras bravas” (bosques deshabitados) (**Figura 1**), lugares ubicadas en las comunidades en donde existe alta incidencia de SFC que denotan una “interacción desequilibrada” con el ecosistema (**Tabla 3**). Por lo tanto, si una persona camina a “deshoras” por los estos sitios o por fuentes de agua sin “pedir permiso a los espíritus guardianes de la naturaleza”, se llevará energías inoportunas a su hogar que pueden generar diarrea por mal viento a sus pequeños.

La naturaleza también se “enoja” cuando se lava ropa “contaminada” con sangre menstrual en agua corriente, originando diarrea por arco iris. Para los *Nasa*, estas aguas son una apología de las cosas “sucias” (*ph̄taʼz*) que deben correr; entre éstas está la menstruación, la “no vida”. Un *Thê Wala* explicó que el término para menstruación es *kakweyuʼ vyaa* [dejar correr el agua por el cuerpo], y luego relata que el agua detenida equivale a la vida, como lo es el agua de las lagunas del páramo o la ausencia de la “regla” en tiempos de preñez. Por lo tanto, si una mujer limpia en un río o quebrada las vestimentas usadas durante su menstruación, el arco iris, un ser mitológico, se “molesta” y envía la enfermedad sobre los más débiles de la familia.

Las maneras de atender

Las diversas formas en que se entiende este padecimiento, son un soporte fundamental para comprender la existencia de diferentes mecanismos de atención. Así, en este escenario de pluralismo médico, la labor etnográfica indica que son las madres quienes lideran las estrategias para recuperar el estado de salud de los infantes, una vez se detecta la presencia de dicha enfermedad. Las acciones iniciales se orientan a detener esta infección gastrointestinal con los recursos curativos que tienen a su alcance. Entre dichos recursos destacan medicamentos como el lomotil y las plantas de uso medicinal, como lo indican Sofia, Laura, Carmen y Marina, al referir el uso de este medicamento y las infusiones de guayabo agrio (*Psidium araca*) como elemento eficaz contra la diarrea. El té de “yerba e’chivo” (*Ageratum conyzoides*) y de apio -*Apium graveolens*-, o la colada de plátano verde (*Musa paradisiaca ssp*), también son mencionadas como tratamiento. Otro recurso herbolario utilizado son las hojas de coca (*Erythroxylum coca*), preparadas a modo de infusión (**Tabla 4**).

Otras estrategias articulan varios saberes. Carmen, por ejemplo, fusionó lo aprendido de una enfermera y de su mamá en la preparación de las SRO: “Para la diarrea, mi amiga enfermera me enseñó el suero casero y mi mamá agua de guayabo agrio. Yo les hice caso a las dos y le echo hojas de ese guayabo agrio al suero casero” (**Tabla 4**).

Tabla 4. Tratamientos utilizados por la población *Nasa* frente a la diarrea.

Causas	Tratamiento específico	Tratamiento General (inmediatos)
Parásitos	Desparasitantes.	
Mal nutrición	Alimentación “nutritiva”	
Susto	“Limpia”: Yervas específicas	
Mal viento	“Limpia” Yervas específicas	- Sales de Rehidratación Oral.
Lastimadura	Sobada y fajada	
Calor	Hidratación: “Plantas frías”	- Sales de Rehidratación Oral combinada con guayabo agrio.
Sereno	“Limpia” en “nido de helecho”	- Suero casero (Agua hervida, azúcar y sal), combinado con guayabo agrio.
Mal de patio	“Limpia”: Yervas específicas	
Frío	Hidratación: “Plantas calientes”	- Infusiones de guayabo agrio, coca, “yerba e’ chivo”, apio.
Arco iris	“Limpia”: Yervas específicas	
Empacho	Sobada e infusiones de yerbas	- Colada de Plátano Verde.
Hielo de difunto	“Limpia”: Yervas específicas	
Mal de ojo	“Limpia”: Diversos elementos	

Estas mujeres también se apropian de los saberes médicos tradicionales. Sofia aprendió a tratar la diarrea por sereno a través de una pariente suya que es sobandera, y relata un procedimiento que consiste en

tomar varias ramas de helecho (*Osmunda cinnamonea*) y ponerlas a soasar levemente hasta que obtengan un verde intenso. Luego se ponen estas yerbas en los brazos de un adulto y se acuesta el niño en esta especie

de “nido”, y de inmediato se pasa por encima del fogón en una y otra dirección, evitando las quemaduras. Una vez hecho esto, el paciente debe abrigarse y evitar su exposición a cambios de temperatura durante uno o dos días (**Tabla 4**).

Es claro que las decisiones iniciales de estas mujeres se centran en debilitar este padecimiento. Y si éste persiste una vez se interviene en el ámbito familiar, se recurre a otras formas de atención en un escenario de pluralismo médico. Estas decisiones se dinamizan por las interpretaciones sobre este malestar y por la interacción de la parentela con las diferentes formas de atención a la salud existentes en este territorio.

Dicha búsqueda de atención fuera del hogar se prioriza debido a la insistencia de la enfermedad, la intensidad de otros signos y síntomas, o el deterioro del estado de salud del infante. Marina, por ejemplo, comenta que una vez su pequeña hija tuvo este padecimiento y no pudo controlarlo con los recursos de su entorno, decidió llevarla a la consulta médica en la ESE, en donde se resolvió esta situación; no obstante, las barreras de acceso que tuvo que superar en dicha institución.

Tales barreras no solo están en el escenario de la medicina occidental. Laura, por orientación de una promotora de salud de la IPSI, llevó una vez a su hijo a un tratamiento con *Thê Wala* para hacer frente a la diarrea por arco iris. Asistir con este chamán le generó un gasto en transporte de cinco dólares y un pago por servicios de 35 dólares, suma elevada para la economía local.

Discusión

A través de la epidemiología sociocultural fue posible integrar y analizar información cualitativa y cuantitativa²⁹⁻³¹ sobre una infección gastrointestinal en un territorio específico, más aún, articular fundamentos teóricos y metodológicos de las ciencias sociales y de la salud, propósito esencial para el abordaje holístico del PSEA, al reconocer sus múltiples dimensiones y su determinación estructural e histórica, asunto imposible de comprimir a través de informes numéricos y explicaciones estadísticas¹⁷⁻²².

Esta perspectiva dinamizó la interacción recursiva de varias disciplinas, lo cual indica que cada dimensión es parte de un proceso y no una simple variable¹⁹⁻²². También incluyó una mirada relacional que reconoce no solo a quienes padecen esta enfermedad sino a los múltiples agentes sociales involucrados en esta problemática socio sanitaria, enfoque central para deslegitimar la discriminación hacia los pueblos

indígenas, quienes tienen los mayores rezagos en salud al interior de la sociedad latinoamericana²⁰.

Uno de los fundamentos de este enfoque, son sus responsabilidades sociales²⁹. Una de éstas es revelar la presencia de estos padecimientos y disentir la información institucional³². Al respecto, los datos del hospital local indican entre siete y 10 casos de diarrea por cada 100 infantes, a nivel nacional esta cifra es de siete por ciento³³ y a nivel mundial entre tres y cinco por ciento³⁴. Por otra parte, la información obtenida con el apoyo de los promotores de salud, indica cifras preocupantes y superiores a las referenciadas institucionalmente; así, en seis meses se presentaron 349 casos en 306 infantes, incluido un muerto (**Tabla 2**). Asimismo, una parte de éstos tuvieron tres o más episodios de diarrea durante el periodo de estudio; situación similar a reportes que indican que algunos pequeños en condiciones sociales precarias padecen entre tres y 10 episodios de diarrea por año³⁵.

Esta alarmante situación está determinada socialmente. En estas comunidades es evidente el abandono estatal y sus precarias condiciones de vida, realidad observada durante la labor etnográfica y reafirmada con datos que indican el elevado porcentaje de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (98.5 %), evidencia para interpretar el alto número de procesos infecciosos y carenciales asociados a la pobreza. Sobre esto, diferentes investigaciones realizadas en América Latina subrayan que los peores indicadores de morbimortalidad infantil están en la clase trabajadora rural que pertenece a un grupo indígena, con escasos ingresos económicos y bajo nivel educativo³⁶, asunto que se exacerba con el consumo de agua insalubre y deficiencias en el saneamiento básico¹⁵, situación común en esta región del suroccidente del país.

Si bien es notoria la inequidad social y la elevada presencia de este padecimiento, es importante indicar que su presencia es desigual entre las nueve comunidades estudiadas. Para interpretar su existencia y dichas diferencias, es necesario recrear la interacción entre las dimensiones socioculturales y bioecológicas²⁰ en la matriz territorial de este pueblo indígena³⁷. Así, las cifras indican mayor presencia en las zonas con peores condiciones de vida, instituciones estatales ausentes y una actividad económica restringida y desintegrada de los mercados regionales. Esto es frecuente en Calderas, Tumbichucue y Santa Rosa, resguardos en que habita la cuarta parte de los infantes y se reportaron la mitad de estos eventos. Realidad inversa se presentó en Topa-Belén, San Miguel y Turminá, parcialidades donde vive

el 12 % de los menores de un año y sucedieron seis de cada cien casos de diarrea (**Tabla 3**).

Entre las principales causas que le dio la población a este padecimiento, están los parásitos y la malnutrición, que representaron el 44 % de los casos. Esto indica que una importante proporción de las explicaciones sobre el origen de esta enfermedad provienen de la racionalidad de la “medicina occidental”, realidad que indica un posicionamiento de esta forma de atención a la salud y contrasta con las pretensiones políticas de este pueblo por fortalecer la “medicina tradicional” como matriz central en un modelo de atención para los pueblos indígenas. El 56 por ciento de los eventos restantes derivan de diversos SFC (**Tabla 2**).

Estos síndromes no fueron reportados en Topa-Belén y son escasos en San Miguel y Turminá (30%), parcialidades con un marcado proceso de desindianización que lideró el Estado colombiano durante el siglo XX, y que entre sus propósitos instituyó la medicina alopática. Por el contrario, su frecuencia es elevada en Santa Rosa y Yaquivá, cercana al 65%, y en donde son comunes los casos de diarrea originados por “susto”, asunto posiblemente relacionado con eventos de violencia doméstica y comunitaria, e incluso con la violencia política que existía en ese momento en esta zona del departamento de Cauca. Otros SFC provienen de la interacción con fenómenos meteorológicos (mal viento, calor, sereno, frío), que representan un 20% (**Tabla 2**) y que son frecuentes en las comunidades de la zona nororiental (**Figura 1**).

La presencia desigual de este padecimiento entre las comunidades también se relaciona con la pervivencia cercana a los lugares “sagrados” y “bravos” del territorio que no “aptos” para la vida de la gente, a donde esta población fue desplazada forzosamente desde la época colonial³⁸. En estos terrenos la interacción con otras personas y con la naturaleza se tutela a través de rigurosas reglas ancestrales, cuya infracción genera desarmonías socioculturales³⁹. Éstas son habituales en zonas altas, boscosas y frías de Calderas, Tumbichucue, La Gaitana, Yaquivá, San Andrés y Santa Rosa (**Tabla 3**), resguardos donde además se habla *nasa yuwe* (**Figura 1**), elemento esencial para comprender los SFC³⁷, síndromes donde la diarrea es un habitual signo de sanción y sufrimiento.

Este sufrimiento es palpable en el escenario familiar⁴⁰, al ser entendida esta afección como una señal que indica una desequilibrada interacción de la parentela con las cosas materiales e inmateriales del territorio³⁹, desequilibrio que se representa en forma de signos

y síntomas específicos entre los más débiles; por lo general, los niños. De esta manera, una vez se comprende el origen del padecimiento, se comparte el sufrimiento de la persona afectada y se asumen responsabilidades en la emergencia del mismo, consternación sobre la cual se soporta el itinerario terapéutico a seguir para restaurar la salud de las personas y la armonía en la familia.

Para evitar este sufrimiento, una labor central es prevenir la emergencia de este tipo de padecimientos⁴¹. Por lo tanto, una parte de las familias tienen cuidado especial con el consumo de agua y alimentos, asumiendo los discursos biomédicos que han colectivizado los servicios de salud estatales e indígenas allí asentados, y que se centran en el control de los gérmenes y en la higiene doméstica. Paralelamente, tienen cuidado en mantener relaciones armoniosas con sus vecinos; no exponen a los infantes a elementos de la naturaleza como la lluvia, el viento o el frío; y evitan visitar ciertas zonas del territorio sin una previa autorización de los seres que tutelan dichos espacios.

Aún realizando este tipo de prácticas preventivas, es frecuente la aparición de este padecimiento, su diagnóstico se da a partir del razonamiento de las madres y demás cuidadoras de la familia, quienes hacen de cada caso un fenómeno único⁴², razonamiento construido a partir de su propia experiencia en un territorio materializado y simbolizado, en donde es notoria la heterogeneidad sociocultural entre estas comunidades, la desigual interacción con los servicios sanitarios y la comprensión de estos padecimientos¹⁹. Así, una joven madre que vive en una comunidad cercana al hospital y con estudios secundarios, tiene habilidades diagnósticas diferentes a las de una madre mayor, hablante de *nasa yuwe* y que interacciona con curadores tradicionales.

En esta región es notorio el contexto de pluralismo médico^{43,44}, escenario de atención en donde los servicios biomédicos fueron inicialmente impulsados por el Estado y durante el último cuarto de siglo ha sido una de las demandas sociales de las organizaciones indígenas. Allí también existe un sistema médico tradicional que igualmente ha sido promovido por dichas organizaciones, saberes y prácticas, que son asumidas discursivamente como un elemento central de su cultura y como un instrumento contra hegemónico de pervivencia y autonomía territorial.

Entre estas comunidades la autoatención es cardinal, misma que se sustenta en particularidades socioculturales y se potencia en el entorno bioecológico. Esta es una estrategia que es parte del pluralismo médico y hace uso de los recursos curativos del hogar, y de elementos

médicos “occidentales” y “tradicionales” asimilados por las cuidadoras a partir de una lógica centrada en la eficacia terapéutica y el grado de afectación de esta enfermedad. De esta manera, se demuestra que la estrategia de autoatención articula varios saberes médicos alrededor de un mismo malestar⁴⁵, y es realmente el primer nivel de atención. A partir de lo que sucede con esta estrategia de atención, y, si este tipo de padecimientos continúa, las familias acuden a otras formas de atención en busca de una restauración de la salud de los infantes.

Conclusiones

El perfil epidemiológico sociocultural de la diarrea en infantes *nasas* permitió la identificación y el análisis de las dimensiones socioculturales y bioecológicas que determinan y distribuyen dicho padecimiento gastrointestinal en esta población. Asimismo, estas dimensiones son el sustrato sobre el cual las familias de este pueblo indígena entienden y atienden este malestar.

Si bien los datos numéricos obtenidos sobre la diarrea son elevados, es el análisis multidimensional de esta información lo que genera reflexiones detalladas. Así, la interacción recursiva de lo estructural y lo simbólico propone que las condiciones de vida son el sustrato del padecimiento, y que el sentido y significado de éste constituye una explicación sobre la forma que los grupos micro sociales interactúan con las cosas animadas e inanimadas al interior del territorio, escenario indivisible donde confluyen todos los ámbitos de la vida cotidiana.

El territorio es por lo tanto el corpus heurístico en donde lo estructural y lo simbólico se entranan, e igualmente es este espacio conocido, vivido e interpretado en que se distribuye de manera diferencial la enfermedad al ser éste un grupo social heterogéneo que se reproduce social y culturalmente de forma desigual. En este caso, cada resguardo indígena es parte del mundo *Nasa*, y a su vez cada una de estas comunidades tiene su propio micro escenario bioecológico de construcción y reproducción sociocultural.

A partir de estas dimensiones, también se reflexiona sobre las estrategias para comprender los orígenes y los diagnósticos, y los mecanismos de atención a esta enfermedad. Es fundamental subrayar que dichas estrategias se dinamizan en un escenario de pluralismo médico, contexto en donde son evidentes las tensiones entre los diferentes modelos de atención a la salud allí existentes. Aún estas disputas, el modelo

de autoatención es jerárquico al hacer frente a las infecciones gastrointestinales, modelo implementado por las madres y demás cuidadoras de los núcleos parenterales.

Agradecimientos

Al Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT), por la beca para estudiar el doctorado en antropología social del cual surgió esta investigación.

Consideraciones éticas

Esta investigación contó con el consentimiento de Avelina Pancho (QEPD), presidenta de la Asociación de Cabildos Indígenas de Inzá Juan Tama (ASOTAMA).

Conflicto de intereses

El autor manifiesta no tener conflicto de interés con ninguna institución o persona en la realización del presente estudio.

Referencias

1. Bernal S. Medicina y magia entre los Paéces. *Rev Col Antropol.* 1954; 2: 221-264.
2. Nachtigall H. Chamanismo entre los indios Paéces. *Rev Col Folklore.* 1953; 2: 223-242.
3. Ulcué Chocue A. Los brujos y yerbateros Paéces “*nasa peisa*”. *Ethnia.* 1985; 63: 43-50.
4. Portela H. Yu’ce, la medicina Páez. Simposio otra América en construcción, medicinas tradicionales y religiones populares. 1988; Amsterdam, Holanda. Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología e Historia y Universidad de Ámsterdam; 1991: 193-204.
5. Portela H. Las plantas en la medicina Páez. Simposio sobre plantas medicinales; 3-5. 1992; Bogotá, Colombia. Ed. Universidad Javeriana; 1992: p. 95-107.
6. Portela H. La Cultura médica en la cosmovisión Páez. Popayán: Ed. Universidad del Cauca; 1997.
7. Portela H. Las señas y el chamanismo en la Cosmovisión Páez. Popayán: Ed. Universidad del Cauca; 2002.
8. Portela H. Cultura de la salud Páez: un saber que perdura, para perdurar. Popayán: Ed. Universidad del Cauca; 2003.
9. Sevilla E. La pobreza de los excluidos. Economía y sobrevivencia en un resguardo indígena del Cauca. Quito: AdyaYala. Etnos; 1986.
10. Peña M. Procesos de movilización social por el

- derecho a la salud de la Asociación Campesina de Inzá, Tierradentro. Tesis de maestría para optar el título en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
11. Escobar J. Situación de salud de las comunidades indígenas *Nasas* de Santander de Quilichao, Cauca. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2002; 20(2): 35-50.
 12. Kosek M, Bern C, Guerrant RL. The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bull World Health Organization*. 2003; 81: 197-204.
 13. Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. [Internet]. Washington: OPS; 2008.
 14. World Health Organization. Handbook IMCI Integrated Management of Childhood Illness. Geneva: WHO; 2005.
 15. Prüss-Ustün A, Bartram J, Clasen T, Colford JM Jr, Cumming O, Curtis V, et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. *Trop Med Int Health*. 2014; 19(8): 894-905. doi: 10.1111/tmi.12329.
 16. Cairncross S, Hunt C, Boisson S, Bostoen K, Curtis V, Fung IC, et al. Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea. *Int J Epidemiol*. 2010; 39(Suppl 1): 193-205. doi: 10.1093/ije/dyq035.
 17. Haro JA. *Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
 18. Almeida-Filho N. Por una epidemiología con más que números: cómo superar la oposición cuantitativo cualitativo. *Sal Colectiva*. 2007; 3(3): 229-233.
 19. Hersch-Martínez P. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública Méx*. 2013; 55(5): 512-518.
 20. Menéndez E. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región Sociedad*. 2008; 20: 5-50.
 21. Trostle J. *Epidemiology and culture*. Cambridge University Press, 2005.
 22. Hahn RA. *Anthropology and epidemiology: one logic or two. Sickness and healing: an anthropological perspective*. Yale University Press; 1995: p. 99-128.
 23. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplina en el campo de la salud colectiva. *Evaluación de conceptos y aplicaciones*. *Sal Colectiva*. 2006; 2(2): 123-146.
 24. Rappaport J. La política de la memoria, interpretación indígena de las historias de los Andes colombianos. Popayán: Edi. Universidad del Cauca; 2000.
 25. Asociación de Cabildos Indígenas de Inzá. Plan de vida, pensamiento ancestral: por la construcción del tejido social y el fortalecimiento de las relaciones interculturales. Popayán: Unión Europea; 2010.
 26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín censo general 2005 perfil Inzá - Cauca. Bogotá, DANE; 2006.
 27. Empresa Social del Estado Oriente. Línea base enfermedad diarreica aguda. Inzá; 2010.
 28. Zolla C, Del Bosque S, Tascón A, Mellado V, Maqueo C. *Medicina tradicional y enfermedad*. Campos R. V.2 Ed. La antropología médica en México; 1988: p. 71-104.
 29. Haro JA. Ejes de Discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural. En: Haro JA. (Editor) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
 30. Sadler M. "¿Qué es lo cultural en la epidemiología cultural?". *Rev Estudios Interdisc Asosylff, Univ Chile*. 2006; 1: 91-100.
 31. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
 32. Sesia P. El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica "crítica". En: Haro JA. (Editor) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2010.
 33. Cáceres DC, Estrada E, De Antonio R. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(1): 6-14.
 34. Murray C, López AD. *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank; 1996.
 35. Bern C, Martínez J, de Zoysa I, Glass R. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease: a ten-year update. *Bull World Health Organ*. 1992; 70(6): 705-714.
 36. Behm H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Sal Colectiva*. 2011; 7(2): 231-253.
 37. Barabas AM. Etnoterritorios y rituales terapéuticos en Oaxaca. *Scripta Ethnol*. 2002: (24).
 38. Aguirre Beltrán G. Regiones de refugio; el desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizoamérica; 1967.
 39. Brown PJ, Inhorn MC, Smith DJ. Disease, ecology, and human behavior. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Methods*. 1996: p.

- 183-218.
40. Castro A, P. Farmer. El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuad Antropol Soc.* 2003; 17(1): 29-47.
 41. Heggenhougen HK. Shore L. Cultural components of behavioural epidemiology: implications for primary health care. *Soc Sci Med.* 1986; 22(11): 1235-1245. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90190-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90190-5).
 42. Lewis G. *A failure of treatment.* Oxford University Press on Demand; 2000.
 43. Mendoza Z. Enfermedad ¿para quién??. *Rev Nueva Antropol.* 1997; 16(52), 117-139.
 44. Osorio RM. Entender y atender la enfermedad, los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. *Biblioteca de la medicina tradicional mexicana.* México D.F.: Conaculta; 2001.
 45. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En: Campos R. *La antropología médica en México, Tomo I.* México D.F.: Editorial Antologías Universitarias; 1992.