

PROPUESTA DE DISEÑO ARQUITECTÓNICO CENTRO DE MEDICINA
INDÍGENA SHINÿ BE AYNÁN (CORAZÓN DEL SOL)

WILSON JHOVANI SIGINDIOY MUTUMBAJOY

1.124.856.848

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE INGENIERIAS Y ARQUITECTURA
PROGRAMA DE ARQUITECTURA
PAMPLONA

2019

PROPUESTA DE DISEÑO ARQUITECTÓNICO CENTRO DE MEDICINA
INDÍGENA SHIN'Y BE AYNÁN (CORAZÓN DEL SOL)

ii

WILSON JHOVANI SIGINDIOY MUTUMBAJOY
1.124.856.848

DIRECTORA TRABAJO DE GRADO:
ARQ. MONICA BIBIANA BOTELLO ARCINIEGAS

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE INGIENERIAS Y ARQUITECTURA
PROGRAMA DE ARQUITECTURA
PAMPLONA

2019

Arquitecto Mónica Bibiana Botello Arciniegas
Directora

Arquitecto Sergio Andrés González Castro
Jurado

Arquitecto Roque Gélvez Lozada
Jurado

Pamplona, julio de 2019

Quiero dedicar este trabajo al esfuerzo que realizaron mis padres para que yo lograra mi objetivo, sé que no es solo lo que yo quería sino, lo que ellos han soñado desde el primer día que ingrese a la academia. Además, quiero dedicar este trabajo de investigación no solo a las comunidades indígenas de mi municipio sino también a todas aquellas que aun sostienen su puño de fuerza en cada rincón de nuestro país. Mamá, papá esto es por ustedes y para ustedes.

Tejaname aslepay atšebe bētsetsangbeyec chiyectejobena tsachnungo atšebe bonshansoy, n̄yendoñe atše chejeytsebašē tšām tmojtjená desde can̄yete senjamashungo watsjendayoy. Sentsebaš atšebe wangmensoy otgenansoy doñe n̄ye atšebe tabanokēnga n̄yetscang caba totcá menangmén nytscá wamanenach taitagem, mamagen, quemsoy, tšabtangbesoy, tšabtagbiam.

Agradecimientos

v

Primeramente, a agradecer a Dios por brindarme salud a mí y mi familia. Agradecer a todas aquellas personas que me apoyaron en momentos difíciles. También agradecer a mi comunidad a la cual pertenezco quienes aportaron grandes ideas para el desarrollo de este proyecto.

De igual forma mis más sinceros agradecimientos al señor Arq. MSc. Elkin Raúl Gómez Carvajal quien brindo la iniciativa para este proyecto que poco a poco fui desarrollando hasta llegar a esta instancia.

A mi directora de grado la señora Arq. Mónica Bibiana Botello Arciniegas, agradecerle por ayudarme y brindarme el apoyo suficiente para el desarrollo de mi proyecto.

A mis amigos más cercanos quienes en algún momento de crisis me brindaron su apoyo incondicional; gracias Arq. Yuleima Romero Saavedra, Adriana Teresa Pineda Urbina y Carlos Alberto Rojas Giraldo. Finalmente agradecer a Yenny Alexandra Hernández Santafé quien fue de gran ayuda y apoyo para la realización de este proyecto, gracias por estar ahí apoyarme.

Tabla de Contenidos

vi

Introducción	1
1 Conceptualización.....	4
1.1 Conceptos de salud, medicina tradicional y medicina convencional.....	8
1.1.1 La salud.....	8
1.2 Medicina tradicional.....	10
1.3 Medicina convencional.....	11
1.4 Cosmovisión y salud	12
1.5 Cosmovisiones particulares de la salud.....	13
1.5.1 <i>Jerarquía, Taita y Gobernador Cabildo</i>	14
1.6 Referente.....	15
1.6.1 Medicina occidental y otras alternativas	15
1.6.2 Sostenibilidad del proyecto.....	18
1.6 Marco normativo.....	21
2 Conceptualización Nacional, Regional, Departamental y Municipal.....	23
2.1 Generalización nacional	24
2.1.1 Regiones Colombianas	25
2.2 Generalización Región amazónica.....	26
2.2.2 Subregión amazónica.....	28
2.2.1 <i>Subregión Amazónica 2004</i>	28
2.2.2 <i>Subregión Amazónica 2014</i>	29
2.3 Población indígena.....	30
2.3.1 <i>Población Indígena en Resguardo 2005</i>	30

2.3.2 Población Indígena en Resguardo 2015	3ii
2.4 Resguardos indígenas	32
2.5 Generalización Departamental.....	33
2.4.1 División Política Putumayo	33
2.4.2 Población indígena	34
Grafica Población Indígena	35
2.5 Generalización Municipal	35
2.5.1 Reseña histórica	35
2.5.2 Generalización Municipal.....	36
2.6 Diagnostico general del municipio	38
2.6.1 Red de vías y conectividad centro del país y frontera	38
2.6.2 Malla Urbana	39
2.6.3 Transporte público.....	40
2.6.3 Usos del suelo	41
2.6.4 Equipamientos municipio	42
2.6.5 Análisis hidrológico, ríos, quebradas, caños.....	43
2.6.6 Áreas de reserva y protección	44
2.6.7 Cabildos indígenas	45
2.6.7 Relieve topográfico	46
2.7 Fitotectura	46
2.7.1 Características	47
2.7.2 Imágenes planta.....	47
2.8 Diagnostico las condiciones urbanísticas del sector y lote a intervenir	49

2.8.1 Población sector	vii
2.8.1.1 Identificación y número de inmuebles.....	49
2.8.2 Grafico Población Indígena sector	50
2.8.3 Ubicación del lote proyecto	51
2.8.4 Visuales del lote proyecto.....	51
2.9 Sistema funcional lote proyecto.....	52
2.9.1 Perfil vial sector	53
2.9.2 Perfil 1 vía primaria conector nacional	53
2.9.3 Perfil 2 vía secundaria lote.....	53
2.9.4 Equipamientos y alturas.....	53
2.9.5 Localización equipamientos	54
2.9.6 Topografía lote.....	55
2.9.7 Elevación lote	55
2.9.7.1 Longitudinal	56
2.9.7.2 Transversal	56
2.9.7.3 Matriz Dofa	56
3 Análisis y desarrollo del proyecto	59
3.1 Propuesta de diseño arquitectónico centro de medicina indígena Shinÿ be Aynán (corazón del sol).....	59
3.1.2 Esquema lógica proyectual.....	59
3.1.2.1 Mitología gráfica indígena:	59
3.1.2.2 Módulo base de diseño:	59
3.1.2.3 Concepto base diseño cubierta	61

3.1.2.4	Esquema básico del centro de Medicina indígena	62
3.1.3	Proceso de diseño	63
3.1.4	Implantación general	64
3.1.4.1	Vista proyecto	65
3.1.4.2	Render proyecto	65
3.1.4.3	Movilidad y circulación general.....	66
3.1.4.4	Zonificación implantación	67
3.1.4.5	Identificación zonas duras y zonas blandas	68
3.1.5	Zonificación módulos.....	69
3.1.5.1	Módulo 1 Fisioterapia indígena y curaciones	69
3.1.5.2	Módulo Taitas	70
3.1.5.3	Módulo mamas	71
3.1.5.4	Movilidad módulos.....	72
3.1.6	Cortes generales implantación	73
3.1.6.1	Corte longitudinal.....	73
3.1.6.2	Corte transversal.....	73
3.1.7	Fachadas módulos	74
3.1.7.1	Fachada principal fisioterapia indígena, Taitas y mamas.	74
3.1.7.2	Fachada lateral derecha.....	74
3.1.7.3	Fachada posterior	75
3.1.7.4	Fachada posterior	75
3.1.8	Cortes módulos	76
3.1.8.1	Corte A-A.....	76

3.1.8.2 Corte B-B.....	76
3.1.8.3 Despiece módulo	77
3.1.9 Materialidad	78
3.1.9.1 Descripción	78
3.1.9.2 Imágenes referente materialidad	79
CONCLUSIONES	81
Referencias	83
Anexos	86

Lista de tablas

xi

Tabla 1 Leyes, Artículos, Decretos.....	21
Tabla 2 Fitotectura Mocoa.....	47
Tabla 3 Imagen y descripción planta.	48
Tabla 4 Identificación Inmuebles.....	49
Tabla 5 Matriz dofa.....	57

Lista de ilustraciones

xii

Ilustración 1 Médico Tradicional Indígena	17
Ilustración 2 Transporte Urbano-Rural. Fuente: Elaboración Propia	40
Ilustración 3 Transporte Urbano-Rural. Fuente: Elaboración Propia	40
Ilustración 4 Zonificación Relieve Topografico municipio. Fuente: Mapas Topográficos de Colombia.....	46
Ilustración 5 Ubicación Lote. Fuente: IGAC.....	51
Ilustración 6 Visual Lote 1. Fuente: Elaboración Propia.	51
Ilustración 7 Visual Lote 2. Fuente: Elaboración Propia.	51
Ilustración 8 Perfil vial. Fuente: Elaboración Propia	53
Ilustración 9 Perfil vial 2. Fuente: Elaboración Propia.	53
Ilustración 10 Elevación lote. Fuente: Google Earth	56
Ilustración 11 Elevación lote 2. Fuente: Google Earth	56
Ilustración 12 Mitología grafica indigena. Fuente: Elaboración propia.....	59
Ilustración 13 Módulo base diseño. Fuente: Elaboración propia.....	60
Ilustración 14 Plano seriado planta y cubierta. Fuente: Elaboración propia.	60
Ilustración 15 Collar indigena. Fuente: Walkari.....	61
Ilustración 16 Esquema básico del centro de Medicina indígena. Fuente: Elaboración propia. ...	62
Ilustración 17 Implantación general. Fuente: Elaboración propia.	64
Ilustración 18 Vista proyecto entorno ecistente. Fuente: elaboración propia.	65
Ilustración 19 Render proyecto. Fuente: Elaboración propia.	65
Ilustración 20 Circulación implantación. Fuente: Elaboración propia.....	66
Ilustración 21 Zonificación implantación.....	67

Ilustración 22 Zonas duras y blandas. Fuente: Elaboración propia.	xvi
Ilustración 23 Movilidad módulos. Fuente: Elaboración propia.	72
Ilustración 24 Corte longitudinal implantación. Fuente: Elaboración propia.	73
Ilustración 25 Corte transversal implantación. Fuente: Elaboración propia.	73
Ilustración 26 Fachada Principal. Fuente: Elaboración propia.	74
Ilustración 27 Fachada lateral derecha. Fuente: Elaboración propia.	74
Ilustración 28 Fachada posterior. Fuente: Elaboración propia.	75
Ilustración 29 Fachada posterior. Fuente: Elaboración propia.	75
Ilustración 30 Corte módulo. Fuente: Elaboración propia.	76
Ilustración 31 Corte 2 módulo. Fuente: Elaboración propia.	76
Ilustración 32 Despiece módulo. Fuente: Elaboración propia.	77
Ilustración 33 Materialidad vivienda. Fuente: Arch-Daily	79
Ilustración 34 Materialidad vivienda. Fuente: Arch-Daily	79
Ilustración 35 Materialidad vivienda. Fuente: Arch-Daily	80
Ilustración 36 Materialidad vivienda. Fuente: Arch-Daily	80

Lista de gráficos

xiv

Gráfica 1 Componente Indígena.	5
Gráfica 2 Jerarquía Indígena. Fuente: Elaboración Propia	14
Gráfica 3 Porcentaje Población Indígena Putumayo. Fuente: Elaboración Propia	35
Gráfica 4 Población urbana y rural. Fuente: Elaboración propia.	37
Gráfica 5 Población Indígena Sector. Fuente: Elaboración Propia.	50

Lista de mapas

xv

Mapa 1 Localización Fuente: Elaboración Propia	24
Mapa 2 Regiones Colombianas. Fuente: Elaboración propia	25
Mapa 3 Región Amazónica Fuente: SINCHI.....	27
Mapa 4 Subregión Amazónica 2004. Fuente: SINCHI.....	28
Mapa 5 Subregión Amazónica 2014. Fuente: SINCHI.....	29
Mapa 6 Población Indígena en Resguardo 2005. Fuente: SINCHI	30
Mapa 7 Población Indígena en Resguardo 2015. Fuente: SINCHI	31
Mapa 8 Resguardos indígenas. Fuente: SIAT-AC - SINCHI	32
Mapa 9 División Política Putumayo. Fuente: IGAC	33
Mapa 10 Resguardos Indígenas. Fuente: IGAC	34
Mapa 11 Red vial y conectividad. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T. Mocoa	38
Mapa 12 Malla urbana Mocoa. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T. Mocoa.	39
Mapa 13 Características Transporte Publico. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T Mocoa.....	40
Mapa 14 Usos del Suelo. Fuente: P.B.O.T. Mocoa.....	41
Mapa 15 Equipamientos Municipio. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T. Mocoa.	42
Mapa 16 Ríos y quebradas. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T. Mocoa.....	43
Mapa 17 Reservas y Áreas de Protección. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T. Mocoa.....	44

Mapa 18Ubicación Cabildos Indígenas. Fuente: Elaboración propia a partir de	xvi
P.B.O.T. Mocoa.	45
Mapa 19 Sistema Funcional Sector. Fuente: Elaboración Propia a partir de P.B.O.T.	
Mocoa.	52
Mapa 20 Equipamientos Sector. Fuente:Elaboración Propia a partir de P.B.O.T. Mocoa.	54
Mapa 21 Topografía sector.....	55

A

- Acupuntura: Práctica de la medicina tradicional china y japonesa que consiste en la introducción de agujas muy finas en determinados puntos del cuerpo humano para aliviar dolores, anestesiar determinadas zonas y curar ciertas enfermedades.

C

- Cosmovisión: Manera de ver e interpretar el mundo.
- Cosmos: Término latino que procede de un vocablo griego y que se utiliza para nombrar al conjunto de todas las cosas creadas. El concepto puede utilizarse para referirse a un sistema ordenado, oponiéndose a la noción del caos.
- Crisol: Para poder conocer el significado del término crisol se hace necesario, en primer lugar, descubrir su origen etimológico. En este caso, podemos establecer que es una palabra que deriva del catalán “cresol”, que se utiliza para definir a un tipo de cuenco de barro. Palabra aquella que procedía del término latino vulgar “cruceolum” y este de “crucibulum”, que era un cuenco con forma de cruz.

E

- Etnias: Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.

H

- Homeopatía: Método curativo de algunas enfermedades que se fundamenta en la aplicación de pequeñas cantidades de sustancias que, si se aplicaran en grandes proporciones a un individuo sano, producirían los mismos síntomas que se pretenden combatir.

- **Multiculturalidad:** s la existencia de varias culturas que conviven en un mismo espacio físico, geográfico o social. Abarca todas las diferencias que se enmarcan dentro de la cultura, ya sea, religiosa, lingüística, racial, étnica o de género.

La multiculturalidad es un principio que reconoce la diversidad cultural existente en todos los ámbitos y promueve el derecho a esta diversidad.

Según la sociología o la antropología cultural, la multiculturalidad es la constatación de que coexisten varias culturas en un mismo espacio geográfico o social, pero no implica necesariamente que exista una influencia o intercambio importante entre ellas.

P

- **Plurietnicidad:** Pensamiento social que promueve la diversidad de razas y no aprueba la discriminación de raza, cultura, religión, etc. Es la cualidad de un país o territorio de contener una multiplicidad de etnias o grupos étnicos. Que posee varios pueblos de costumbres y orígenes diversos.

Y

- **Yaco:** En la mitología griega, Yaco o Iaco (en griego antiguo Ἰακκῆος) es un epíteto de Dioniso, particularmente asociado con los misterios de Eleusis, donde era considerado un hijo de Zeus y Deméter.
Ya en significado indígena hace referencia a río o cuenca.
- **Yagé:** Brebaje alucinógeno que consumen los miembros de algunas comunidades indígenas como parte de su tradición.

Este trabajo de investigación busca una alternativa para salvaguardar la medicina indígena específicamente de la comunidad Inga Kamentsa del municipio de Mocoa. Se evaluaron diferentes aspectos y causas que afectan al libre desarrollo de sus prácticas en su entorno. Los datos analizados sugieren que las comunidades indígenas se ven directamente afectadas por motivos diversos; los cuales están evidenciados mediante el desarrollo de este documento. Al igual que evidenciamos de primera mano la necesidad de generar más proyectos de investigación etnográficos y así estar al tanto de los cambios poblacionales de nuestras comunidades indígenas.

Se describen alternativas estratégicas para mitigar esta problemática, una de ellas muy puntual es por medio de la creación de un centro de medicina indígena como equipamiento, el cual vincule a estas comunidades de manera prioritaria y así lograr que dichos grupos étnicos no pierdan sus usos y costumbres.

Palabras clave: Salvaguardar, indígena, practica, etnográfico, costumbres.

This research project aims at looking for an alternative in order to safeguard indigenous medicine specifically in the community Inga Kamentsa, Mocoa. Some different aspects and causes which concern free development of their practices within the setting. The data analysis suggests that indigenous communities are directly affected because of diverse factors which are shown throughout this paper.

Moreover, the need of conducting more ethnographic studies appeared inasmuch as indigenous community's population changes are relevant and should be constantly studied. Strategic alternatives are described for mitigating this issue; one of them is directly described as a creation of an indigenous medicine health center having all the equipment which links these communities in a prioritized way encouraging these ethnic groups to maintain their customs and uses.

Key words: Safeguard, Indigenous, Practice, Ethnographic, Costums.

En este trabajo de investigación se evidencio las dificultades, problemas y causas; por las cuales las comunidades indígenas de Mocoa, Putumayo se ven afectadas de alguna u otra manera. El objetivo ha sido identificar aspectos negativos los cuales afectan directa o indirectamente a nuestras comunidades indígenas; aspectos que no solo son de ámbito municipal, sino que podríamos generalizarlos en una escala mayor, departamental o nacional. En este sentido es válido la afirmación de esta investigación que establece como a raíz de los efectos de eventos como la globalización, conflicto armado y el abandono estatal, han sido promotores para la decadencia de nuestras culturas indígenas.

De Acuerdo con lo expuesto, se ha considerado también que el incremento poblacional en regiones donde aún se convive con raíces indígenas, afecta directamente a estas culturas, ya que sus resguardos se ven cada vez más reducidos. Esto lleva a que nuestros indígenas ya no se dediquen a sus prácticas ancestrales; por el contrario, tratan de adaptarse a nuevas culturas que les exige su entorno, lo que conlleva a la perdida de sus conocimientos y costumbres.

Con la intención de entender los cambios en el estado de bienestar indígena, y las repercusiones de estos en su vida diaria, en el primer capítulo han sido expuestos los conceptos y características de cada uno de los elementos que a lo largo del trabajo investigativo han sido utilizados para su debido análisis y para validar el problema. Como objetivo de esta primera parte ha sido el de comprender como las causas ya mencionadas afectan nuestras raíces étnicas. Es decir, la finalidad ha sido exponer los rasgos fundamentales de cada uno de los elementos para así comprender en que o de qué manera afectan estas problemáticas a nuestras culturas indígenas.

En el segundo capítulo se estudió de una manera generalizada nuestra 2
diversidad cultural indígena, presentando por medios gráficos de mapas; donde se dan a
conocer aspectos de nuestro lugar de estudio, comenzando por nuestra región amazónica,
de la cual según el análisis realizado dio como resultado que uno de los aspectos más
influyentes y de mayor impacto hacia nuestras comunidades indígenas, es la globalización
seguido del conflicto armado y dejando en un tercer lugar el abandono estatal.

Es así, que a través de este segundo capítulo se ha podido estudiar el contexto
regional Amazónico, identificando las comunidades indígenas de la región, el departamento
y el municipio a intervenir.

Finalmente, el tercer capítulo de este trabajo he abordado y analizado como opera
la medicina tradicional indígena. El objetivo ha sido establecer y generar un equipamiento
arquitectónico, que sirva para la preservación de nuestra cultura como primera medida,
segundo la trasmisión de conocimientos y la aplicación de los métodos tradicionales a toda
la población.



CAPITULO I

CONCEPTUALIZACIÓN

En un país como Colombia, reconocido por su rica diversidad cultural expresada en la multiplicidad de identidades, expresiones culturales de los pueblos y comunidades indígenas que la conforman como Nación, los grupos étnicos representan la viva imagen de nuestros antepasados, pero a pesar de todo esto nuestras etnias indígenas han tenido un detrimento muy notable; todo esto gracias al conflicto armado que se vive internamente desde hace ya varios años y que aquejan a estas culturas, este aspecto y muchos más están deteriorando nuestras culturas indígenas, tanto es el daño que se les ha causado a estas culturas que algunas ya están en vía de extinción.

Según la (ONIC, 2016), otro problema que afecta el reconocimiento étnico de los pueblos indígenas tiene que ver con el desconocimiento de la realidad etnográfica de nuestro país.

En Colombia desde hace más de veinte años, la academia dejó de hacer estudios etnográficos sistemáticos de pueblos indígenas.

Los pueblos indígenas “han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo ‘eje conceptual’ o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integridad.” (OPS/OMS, 1997).

Las practicas que corresponden al uso de plantas medicinales tienden a desaparecer por razones obvias, ya que las nuevas generaciones están más enfrascadas a la

industrialización, la modernización y otros factores que hacen de la medicina tradicional un conocimiento obsoleto. 5

Las comunidades indígenas son parte de nuestro patrimonio cultural y debemos preservarlas hasta el punto de no dejarlas desaparecer, ese es el caso del departamento del Putumayo quienes tienen una gran convicción y una tarea muy grande al momento de referirse a comunidades indígenas que conforman este departamento.

Gráfica componente indígena

Gráfica 1 Componente Indígena.



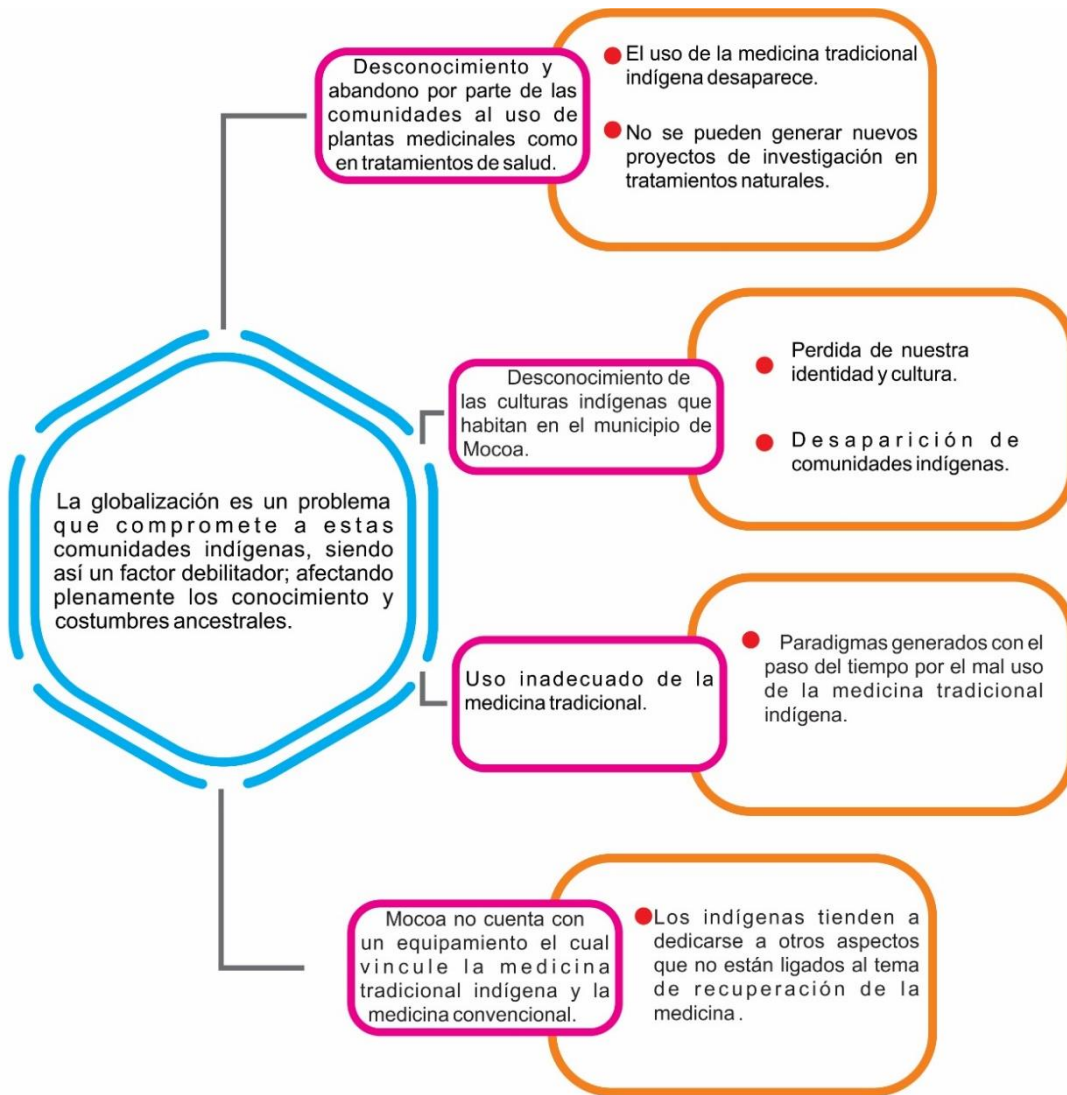
Fuente 1 Elaboración Propia

Según la (ONIC, 2016), en el Putumayo, hay unos 36 mil nativos 6 pertenecientes a 12 etnias, entre las que figuran paeces, awas, ingas, kamentsas, sionas, coreguajes, yanaconas, muruis y kofanes. Unas 280 familias (1.550 personas) de estos pueblos permanecen desplazadas de sus territorios debido a las fumigaciones con glifosato y a la guerra que libran paramilitares y guerrilleros, explica un dirigente indígena.

Los indígenas, explica la (ONIC, 2016), están entre dos fuegos: La guerrilla nos acusa de ir al casco urbano a llevarles información a los paramilitares y cuando llegamos al casco urbano, los paramilitares nos acusan de ir a buscar información para la guerrilla.

El conflicto armado es un claro degradante y el primer causante de que muchos integrantes por miedo a desaparecer migren a otros sectores. El caso es que aquellas familias que migran se olvidaran de sus conocimientos ancestrales y empezaran a laborar igual que un ciudadano común. ¡Yo!, como miembro de una comunidad indígena hago énfasis en que necesitamos una entidad que nos apoye, nos brinde los mecanismos suficientes para seguir subsistiendo, dado el caso de no hacer nada al respecto, todo lo que hoy conocemos como, resguardos indígenas, comunidades indígenas, cabildos indígenas. Etc. Desaparecerán y con ellas nuestra identidad cultural.

- Problema
- Causas
- Efectos



Gráfica 2 Causas y consecuencias. Fuente: Elaboración propia.

1.1 Conceptos de salud, medicina tradicional y medicina convencional

8

La medicina es parte de la cultura de un pueblo. No hay pueblo, que no haya desarrollado algún sistema de medicina, es decir, un sistema ideológico o doctrinario acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, y más concretamente sobre las causas de las afecciones, la manera de reconocerlas y diagnosticarlas, así como las formas o procedimientos para aliviar, curar o prevenir las enfermedades, y además para preservar y promover la salud. La etnomedicina, como afirma Cabieses, es el estudio de las medicinas tradicionales de los pueblos.

1.1.1 La salud

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad. *(OPS/OMS, 1997).*

También es la expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar; y producto de las determinaciones sociales. Comprende el conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales; que tienen como determinantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida.

Se alcanza a través del esfuerzo colectivo, intersectorial y participativo de todos y todas, orientado hacia la conquista y defensa de oportunidades equitativas materiales y sociales de vida, para mejorar el bienestar social y económico de toda la población¹. 9

Acorde a la Iniciativa de Salud de los Pueblos indígenas (SAPIA), la salud expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables, en lo individual (físico, mental, espiritual y emocional), lo colectivo (político, económico, cultural y social) y entre lo natural y lo social. (*OPS/OMS, 1997*).

La concepción de los pueblos indígenas respecto a la salud, está ligada una perspectiva integral del mundo, como consecuencia, se prefiere definir la salud en términos de un bienestar integral que incorpora, infaliblemente, la dimensión espiritual. De esta manera, el concepto de “salud integral” abarca, el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad.

Visto así, la salud de las poblaciones indígenas es una resultante de la integración de elementos fundamentales, como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en lo que respecta a su alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y, especialmente, sus posibilidades de acceso, acorde al derecho que les asiste, a los servicios públicos de atención de la salud en condiciones de equidad y dignidad.

La salud, es, además, un derecho humano que asiste a todas las personas, indistintamente de su género, religión, color, etnia, idioma. Es el derecho que existe a la oportunidad de recibir atención de salud en lo personal, lo familiar y en la comunidad, y es

un deber y responsabilidad del Estado, asegurar efectivamente los derechos a la salud de las poblaciones indígenas. (José, 25 de junio del 2006). 10

1.2 Medicina tradicional

En términos generales, se entiende por medicina tradicional como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral”. (José, 25 de junio del 2006).

Definiéndolo desde la perspectiva de un médico tradicional afirma que para él es un sistema, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica.

Según (José, 25 de junio del 2006), en este concepto abierto caben una diversidad de tradiciones médicas de origen diferente al de los pueblos indígenas. Por ello referiremos la especificidad de la medicina indígena como “medicina indígena tradicional”, que se diferencia de otras tradiciones muy presentes en la llamada medicina popular, principalmente de tradición campesina. Son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron

antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos, metodologías terapéuticas 11

se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Lo cual no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado.

Lejos de desaparecer, la medicina indígena ha resurgido en la actual era, y está ganando su lugar. Las curas tradicionales de hierbas y los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo indígena, pero también existen muchos parecidos. La mayoría de ellos han sido desarrollados a lo largo de los siglos y son prescritos y utilizados con mucha confianza por su población. *(José, 25 de junio del 2006).*

1.3 Medicina convencional

Es la medicina científica, la que se estudia en las universidades y cuyo paradigma básico se funda en las relaciones causa efecto lineal entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación. La medicina convencional se apoya en la farmacopea química para sus tratamientos, en los recursos de la cirugía biológica, el empleo de instalaciones hospitalarias y los equipamientos e instrumental específico.

La medicina convencional la practican aquellas personas que tienen títulos de doctor en medicina y sus profesionales asociados de la salud, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras tituladas. La realidad es que ve al enfermo fragmentado, por especialidades, de manera no integral, con poca comunicación entre unos y otros médicos, “sin un director de orquesta” que integre el tratamiento, y sin contemplar al paciente como persona. Otros

términos para la medicina convencional incluyen alopática; medicina occidental, 12
formal, ortodoxa y ordinaria y biomedicina. (*Tomás p., 1995*).

Esta medicina, se asume como universalmente válida en todas las circunstancias sociales posibles; basada en ese hecho, se hegemoniza como el centro de la organización de los servicios de salud. En razón de sus éxitos (científicos y económicos), esta medicina se ha extendido como enfoque rector de las políticas de salud de la mayoría de los gobiernos. (*José, 25 de junio del 2006*).

Teniendo en cuenta lo anterior es conveniente o se deben tener en cuenta para diseñar un proyecto con dichos conceptos. Uno de los aspectos por los cuales se deben ejecutar proyectos como el de aquí expresado corresponde al caso de Bolivia, siendo un promotor en proyectos de investigación de este tipo.

1.4 Cosmovisión y salud

Es la forma de ver y concebir el mundo (cosmos) en el que viven los seres humanos. Es la visión o ideología que se forman ciertas culturas, asociada a sus creencias míticas y espirituales, para explicarse el mundo y las relaciones que lo sustentan.

Aunque existen diferentes procesos de desarrollo de la salud en los pueblos indígenas, es posible ver una cosmovisión común que, fundamentalmente, entiende la salud como, el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales, entre los individuos y las comunidades. La enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio y su curación tiene que ver con la restauración de los equilibrios perdidos, poniéndose de relieve la armonización necesaria. (*Alternativa, 2002*).

Se basa en el concepto que la vida se define como la unión del cuerpo, los sentidos, la mente, el alma, la naturaleza y está íntimamente ligada a la concepción cuya base simbólica y material es la tierra. La salud se ve como un estado holístico de bienestar físico, mental, social, moral y espiritual y el equilibrio cósmico. Entonces, una enfermedad no puede tratarse en forma fragmentada, porque inclusive la enfermedad puede ser individual como colectiva y que su cura debe incluir tanto causas como efectos. (*Borge, 1997*).

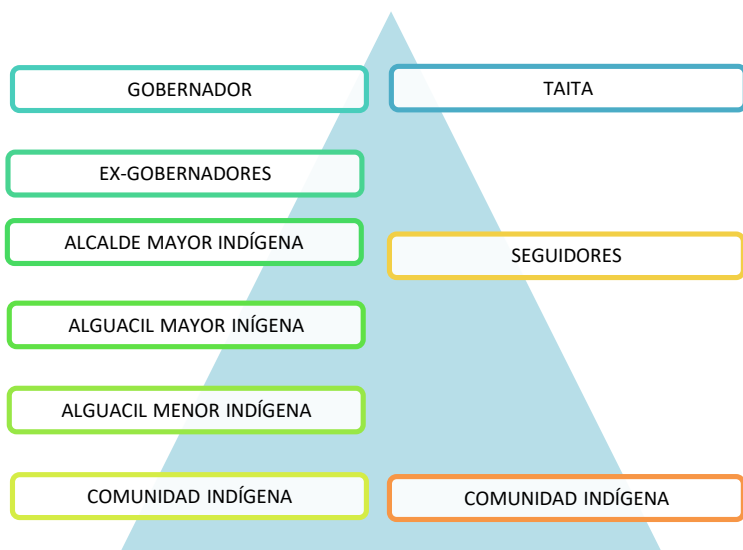
En los pueblos indígenas, existe una reglamentación social y sanitaria que está contenida en mitos y leyendas que en su conjunto forman su tradición (una especie de código ético, social, filosófico y espiritual). Dentro de las prevenciones en materia de salud, se alerta a la gente de no contaminarse tocando objetos con la impureza (excrementos, animales muertos y elementos en descomposición, la menstruación de la mujer, ciertos animales como el zopilote, el armadillo de panteón, las personas que han fallecido). Otra categoría de impureza son los estados de podredumbre relacionados con la fungosidad y todo aquello que está guardado por más de una semana. El contacto involuntario o accidental es cosa seria y amerita de la curación por el médico tradicional, lo cual implica varias ceremonias de cura con hierbas medicinales, purgas y observar dietas severas. (*Borge, 1997*).

Existe un sistema propio para la atención de la salud en los pueblos indígenas compuesto por un complejo proceso médico tradicional, los cuales están conectados a tratamientos específicos relacionados con la forma de entender su universo (*OPS*).

Indagando sobre nuestra comunidad kamentsa (Mocoa-Putumayo), afirman que tienen una similitud al momento de referirse al mundo en que habitan, sus prácticas

chamánicas y sus interpretaciones de las mismas. Para ellos mantener el espíritu puro (limpio); es primordial. Por tal razón esta comunidad generación tras generación a desarrollado una práctica denominada toma de “Yagé”, sé que no muchos conocen este término; pero en el sur de Colombia es muy común. Según los abuelos practicantes aseguran que de esta forma se obtiene mayor conocimiento y mayor experiencia en la utilización de las plantas medicinales. Esta práctica tiene muchos paradigmas, es tanto el respeto que los ancianos, son muy precavidos y solitarios al momento de la preparación del yagé. Un paradigma que se maneja internamente es que las mujeres en su ciclo menstrual no pueden interactuar en el lugar de preparación del yagé, ya que según los ancianos le quita atributos al remedio. Teniendo en cuenta también que para llegar a ser un “Taita” de gran experiencia se necesitan años de preparación, la mayoría de los que siguen este camino son hijos de grandes “Taitas o chamanes” que dedicaron su vida a la utilización de la medicina tradicional indígena y dejaron un legado a su hijos o seguidores practicantes.

1.5.1 Jerarquía, Taita y Gobernador Cabildo.



Gráfica 3 Jerarquía taita y gobernador cabildo. Fuente: Elaboración propia

1.6.1 Medicina occidental y otras alternativas

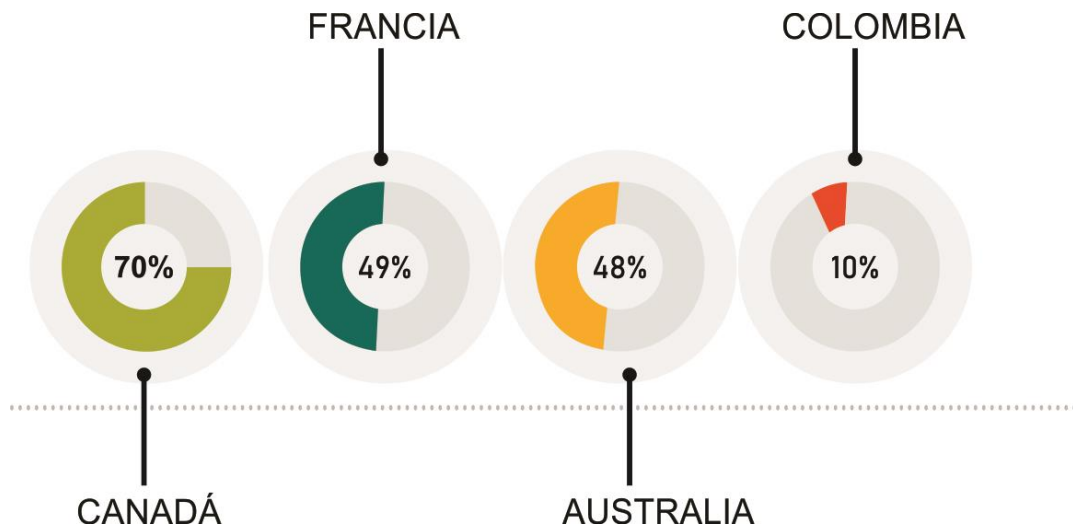
(Gomez, 2003) Afirma que en el presente proyecto de investigación hace parte de una serie de reflexiones sobre el abordaje intercultural de los sistemas de salud y las políticas públicas que le corresponden, provocadas por el estudio de dos hospitales mixtos (interculturales) creados en áreas rurales de México. El uso cada vez más frecuente de diversas medicinas alternativas y complementarias y la existencia de un modelo médico hegemónico que las excluyen, hacen del sistema de salud occidental una respuesta que no satisface las necesidades de toda la población. Se discute el concepto de complementariedad como componente del desarrollo del sistema de salud y se proponen prioridades en el tema desde diferentes enfoques: la complementariedad como política pública, como proyecto institucional y como decisión individual del terapeuta o del paciente.

Según la tesis de doctorado en Salud Pública sobre las relaciones que se dan entre la medicina indígena y la medicina occidental en dos hospitales mixtos (interculturales) creados en México en los municipios de Cuetzalan (Puebla) y Jesús María (Nayarit).

La multiculturalidad y pluri-etnicidad de los países latinoamericanos se ve reflejada en la diversidad de sistemas médicos existentes. A pesar de la hegemonía de la medicina occidental en términos de políticas y programas, la medicina indígena, la auto-atención o medicina casera y otras alternativas terapéuticas no tradicionales como la acupuntura y la homeopatía, son utilizadas de manera creciente con mayor o menor intensidad, dependiendo de diferentes factores sociales. *(Gomez, 2003).*

internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y varias declaraciones como la firmada en Winnipeg en 1993 a raíz de la reunión sobre salud de pueblos indígenas (OPS, 1993), así como algunas propias de los países de América Latina, han sido importantes antecedentes en los esfuerzos por buscar el acercamiento entre los sistemas médicos tradicionales y los occidentales con el fin de responder a las reivindicaciones de los pueblos indígenas. Igualmente, las actuales políticas nacionales de descentralización, ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios públicos de salud, sumadas a la tendencia al rescate de lo indoamericano y de lo natural, han favorecido experiencias de complementariedad en México y otros países americanos, con diferentes motivaciones y en diferentes niveles de atención.

De acuerdo con un artículo recientemente publicado por la (*OMS, 2002*), las medicinas tradicionales (Indo-americana, China, Ayurveda, homeopática, etc.), llamadas complementarias o alternativas, se utilizan cada vez más, tanto en países “desarrollados” como en los “en desarrollo”, en paralelo con la medicina alopática. Llama la atención que en Canadá 70% de la población había utilizado una de estas medicinas al menos una vez, en Francia 49%, y en Australia 48%. Sin embargo, estas tendencias han tenido como limitación el MMH (Modelo Médico Hegemónico) biomédico, que tiende a ser excluyente de estas alternativas. (*Gomez, 2003*).



Gráfica 4 Uso de medicina alternativa. Fuente: Elaboración propia.



Ilustración 1 Médico Tradicional Indígena
Fuente: OZIP.

En nuestras sociedades latinoamericanas, la búsqueda de nuevas opciones de terapia en todos los estratos sociales (Menendez, 1990), obedece a limitaciones de la medicina

alopática tales como falta de accesibilidad (Vargas, 1989, apud Campos, 1992), 18 su limitada eficacia para tratar algunas dolencias crónicas (OMS, 2002), o aquellas con fuertes componentes psicológicos. Esta búsqueda también ha sido una respuesta al temor a los efectos adversos de los medicamentos (OMS, 2002), a la burocratización y despersonalización de la atención; al creciente interés en lo natural y lo ecológico (Gort, 1989), así como al prestigio y la eficacia de algunas prácticas alternativas en determinados grupos de población y frente a determinados padecimientos. El acceso cada vez mayor a la información sobre alternativas de atención es, por lo tanto, un factor que facilita y promueve la búsqueda de la diversidad en el abordaje del proceso salud/enfermedad/atención por parte de los pacientes y de algunos médicos que deciden abrir el espectro de sus herramientas diagnósticas y terapéuticas. Castés (2002) comenta el aumento en la popularidad de la medicina alternativa o complementaria (MAC) como un reflejo de los cambios en las necesidades y valores de la sociedad actual en general, que tiene que ver con el cambio de paradigma que se va gestando.

En países desarrollados esto ha tenido consecuencias como la inclusión en algunas universidades de conocimientos y prácticas alternativas y la asignación de recursos para la investigación que permita rescatar los beneficios de las MAC e integrarlas a la medicina occidental. (Gomez, 2003).

1.6.2 Sostenibilidad del proyecto

Al elaborar los productos medicinales con la recolección de hierbas naturales, las beneficiarias del proyecto, incrementaran sus ingresos económicos comercializando y al mismo tiempo consumiendo conjuntamente con sus familias, por tanto, se justifica la

sostenibilidad del proyecto. Se espera que el proyecto al capacitar a las mujeres logre el proyecto a elaboración de medicamentos alternativos, promoviendo el fortalecimiento económico, social y político de las mujeres en todos los niveles de planificación, asegurar la participación y practica de desarrollo. 19

Desarrollar y poner en práctica métodos innovadores que permitan a las mujeres de bajos ingresos, sacar provecho de las nuevas oportunidades económicas, facilitando el acceso a medicina natural, a la capacitación y las tecnologías mejoradas y a los nuevos mercados expandiendo a si la productividad de las mujeres, los ingresos familiares y el acceso a las oportunidades de comercialización.

La educación es un derecho humano y constituyen un instrumento indispensable para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz. Todas las mujeres capacitadas coadyuvaran en la medicina alternativa desde el proceso de selección, recojo, elaboración y será comercializada en la posta sanitaria, el sector cuenta, con ingente variedad de hierbas medicinales, con la ayuda de las promotoras se incrementará los ingresos de las familias de la región, esto quiere decir que la actividad permitirá ampliar y obtener recursos para elevar los niveles de ingresos de las familias de las comunidades y adyacentes. De este modo se ha contemplado que una vez que se establece el proyecto, se posibilite el ingreso de un mayor número de participantes de la misma comunidad o de otras vecinas con la compra de materia prima hasta su total consolidación, la venta al público y consumidor usuario. *(JAKAÑA, 2011-2013).*

Sin duda alguna la intervención puntual con este tipo de proyectos es buscar una alternativa diferente para salvaguardar el uso de las plantas medicinales en tratamientos, claramente se evidencia que no solo ese aspecto, sino que también se busca convalidar la parte social, de igual forma generar ingresos adicionales a nuestros indígenas para su vida diaria.

Todo lo dicho anteriormente y analizando las diferentes variables nos indica que nuestro proyecto “Centro de medicina indígena” es notoriamente viable para incentivar el uso de las plantas medicinales en términos de salud, respetando así su cosmovisión y forma de entender el mundo visto desde las comunidades indígenas.

El proyecto denominado CENTRO DE SALUD INDIGENA SHINŶ BE AYNÁN (CORAZÓN DEL SOL), consiste en contribuir a la preservación y utilización de los conocimientos sobre la medicina tradicional indígena, especialmente de la comunidad kamëntsá, localizada a escasos metros de donde se ejecutará este proyecto.

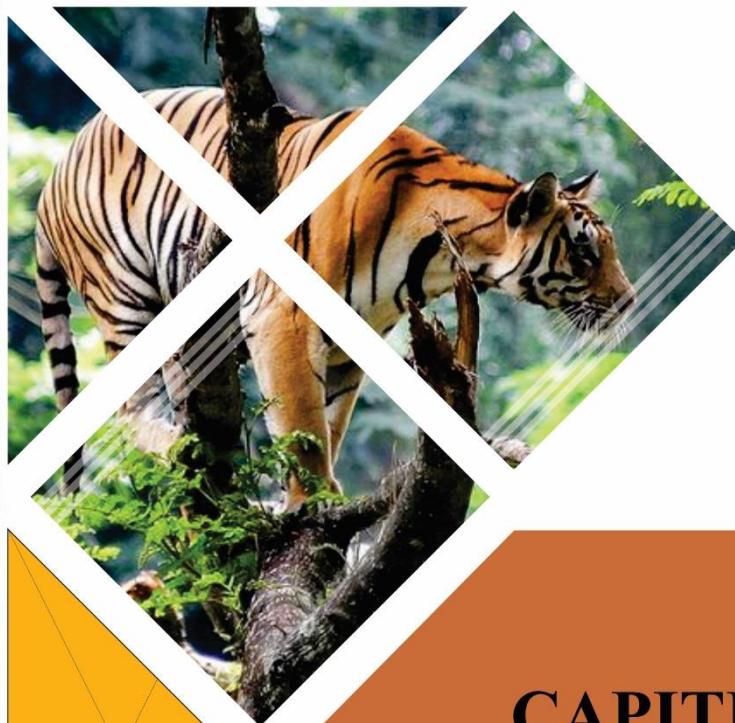
Tabla 1 Leyes, Artículos, Decretos.

Ley 21 de 1991, Decreto 1387 de 1996 y Decreto 1320 de 1998 para el caso de las comunidades indígenas, y la Ley 70 de 1993 referente a las negritudes.	El Estado Colombiano garantiza el desarrollo integral de las minorías étnicas, mediante su reconocimiento cultural, autonomía en la toma de decisiones, mecanismos de concertación y la provisión de territorios.
Artículo 21 del decreto 2164 de 1995	(Resguardos) este artículo confiere a las comunidades indígenas llevar un régimen interno de autonomía.
Decreto 1811 de 1990 y la resolución 5078 de 1992.	Instrumentos que determinan la gratuidad en los servicios de salud, el fortalecimiento de la medicina tradicional y la formación de personal propio de salud.
Decreto 1811 de 1990 y la resolución 5078 de 1992.	Instrumentos que determinan la gratuidad en los servicios de salud, el fortalecimiento de la medicina tradicional y la formación de personal propio de salud.
El Convenio 169 se ratifica mediante la promulgación de la Ley 21 de 1991. <ul style="list-style-type: none"> Promulgación de la Ley 691 de 2001 	El reconocimiento de la salud como salud intercultural y el respeto por la cosmovisión y etnicidad a que tienen derecho los pueblos y comunidades indígenas. <ul style="list-style-type: none"> Integridad cultural.
Decreto 1953 de 2014	Otorgó la capacidad jurídica a los territorios indígenas para el derecho de autonomía y gobierno propio
Artículo 330 de la constitución política y el art. 15 de la ley 21 de 1991, complementando el decreto 1953 de 2014.	Por el cual se establecen y reconocen competencias a las autoridades de los territorios indígenas respecto de la administración, protección y preservación de los recursos naturales y del ambiente.
Decreto 1973 de 2013.	Siguiendo los lineamientos del Convenio 169 de la OIT, se crea la Subcomisión en Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas, con el fin de orientar las políticas públicas en temas de salud, y enfocarse en la interculturalidad y respeto por sus costumbres, creencias y cosmovisiones.
Decreto 1953 de 2014.	Se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas. Consagra el SISPI “SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL”
la ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios.	Las prestaciones de los servicios de salud en Colombia se encuentran reglamentada por la Política Nacional de Servicios de Salud.

ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios.	Las prestaciones de los servicios de salud en Colombia se encuentran reglamentada por la Política Nacional de Servicios de Salud.
ARTÍCULO 161	Índice Máximo De Ocupación: Los índices máximos de ocupación de los predios a intervenir en la zona urbana del municipio de Mocoa no deben superar al 70% del área total del lote sin incluir las cesiones para el Municipio.
ARTÍCULO 162.	Índice Máximo De Construcción: Este hace referencia al área máxima de construcción en metros cuadrados (m ²) del proyecto a realizar, para el Municipio de Mocoa no podrá superar dos veces el área de ocupación del lote.

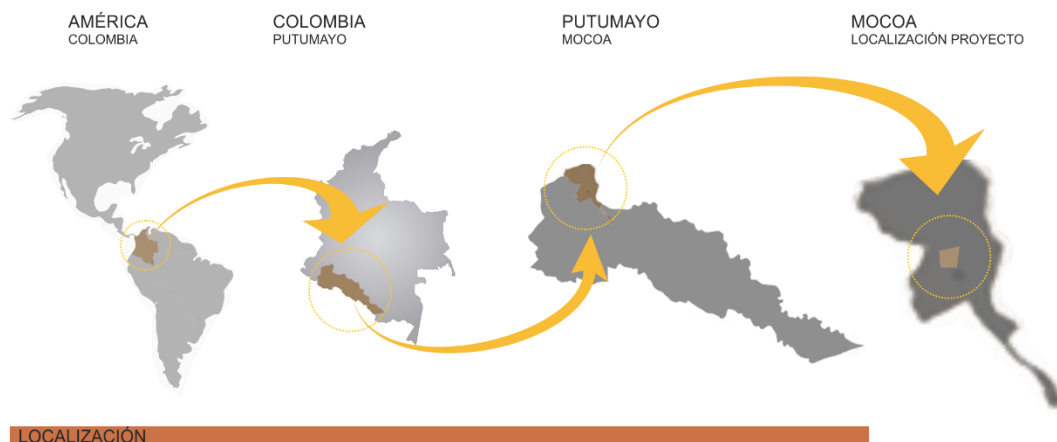
Fuente 2 Diferentes Políticas Dirigentes

En la anterior tabla se identifican las leyes que rigen a nuestros pueblos indígenas en su ambiente. Cada ley fue diseñada con el fin de salvaguardar sus derechos como etnias nativas. La tabla la elabore de descendente dándole mayor prioridad a las leyes más importantes así hasta llegas hasta los artículos que rigen nuestro sector (lote).



CAPITULO II
CONTEXTUALIZACIÓN

2.1 Generalización nacional



Mapa 1 Localización Fuente: Elaboración Propia.

Colombia, al noroccidente de América del Sur, es un país rico de muchas formas. Con una amalgama de especificidades étnicas y regionales que conllevan prácticas sociales, cosmovisiones y culturas distintas que son reconocidas y protegidas protegida por la Constitución de 1991.

Colombia es un país ubicado en el trópico, que tiene costas sobre los océanos Pacífico y Atlántico. Su territorio es de 1'141.748 kilómetros cuadrados a los cuales se suman la plataforma marina y submarina.

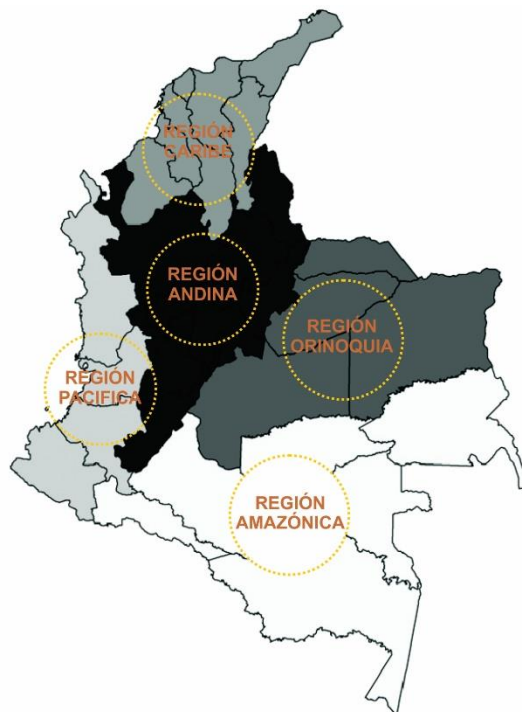
La diversidad climática y de paisajes es enorme gracias a la existencia de cinco regiones diversas: la región andina, conformada por tres divisiones de la Cordillera de los Andes; la región Amazónica, considerada el pulmón del planeta; la región Caribe, en la costa norte de Colombia; la región de la Orinoquía, con enormes llanuras. Colombia es también rico en diversidad biológica. (PNUD, 2019).

Es con Brasil el país con mayor riqueza en cuanto a especies, que se concentran en la región Andina con cerca de 10.000 especies, seguida por 6.800 en la región Amazónica, 7.500 especies en la región Pacífica, 3.429 especies en la región Caribe, 2.200 especies en la región de la Orinoquía y 824 especies en la región insular.

En Colombia hay 32 departamentos (dirigidos por gobernadores); 1123 municipios (dirigidos por alcaldes); cinco entidades territoriales con una administración especial (Bogotá y las ciudades puerto de Cartagena, Barranquilla, Santa Marta y Buenaventura); las entidades territoriales indígenas; y los territorios colectivos adjudicados a comunidades afrocolombianas en zonas del Pacífico.

El Estado se divide en las tres ramas del poder público: la legislativa, la ejecutiva y la judicial (PNUD, 2019).

2.1.1 Regiones Colombianas



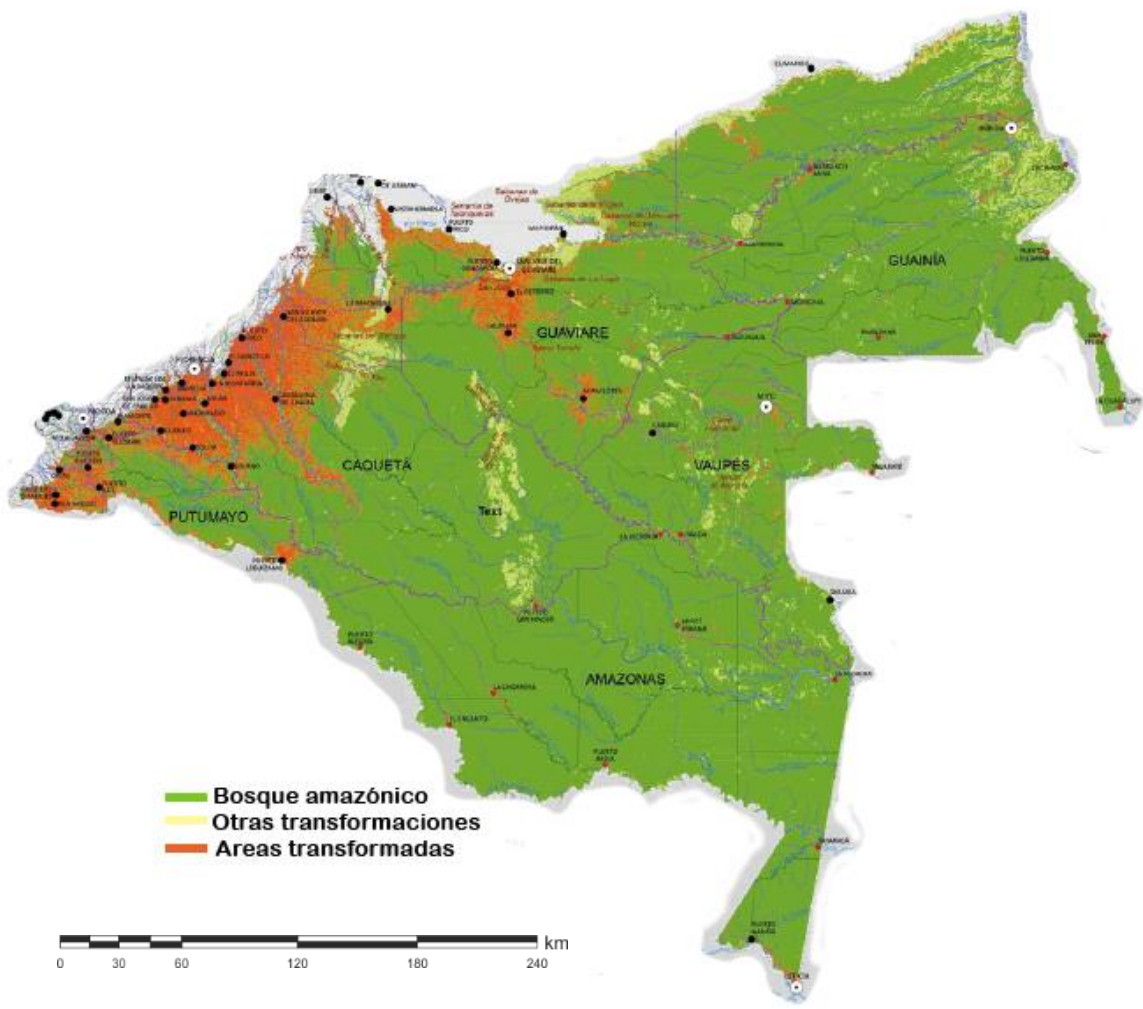
Mapa 2 Regiones Colombianas. Fuente: Elaboración propia.

La delimitación de la región amazónica colombiana planteada por el Instituto (SINCHI, 2019), incorpora los criterios de límite hidrográfico, biogeográfico y político-administrativo, procurando así una aproximación integral.

La regionalización propuesta así, comprende el límite de la cuenca hidrográfica en el sector occidental definido por la divisoria de aguas; en el sector norte, hasta donde llega la cobertura de bosque amazónico; y en el sur y el oriente corresponde a las fronteras políticas internacionales. Su superficie se estima en 483.163 km². (SINCHI, 2019).

Equivalente al 5,71% de la Gran Amazonia (Gutiérrez *et al.*, 2003), al 6,4% del territorio de los países de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (PNUMA, 2009), y al 42,3% del territorio continental de Colombia.

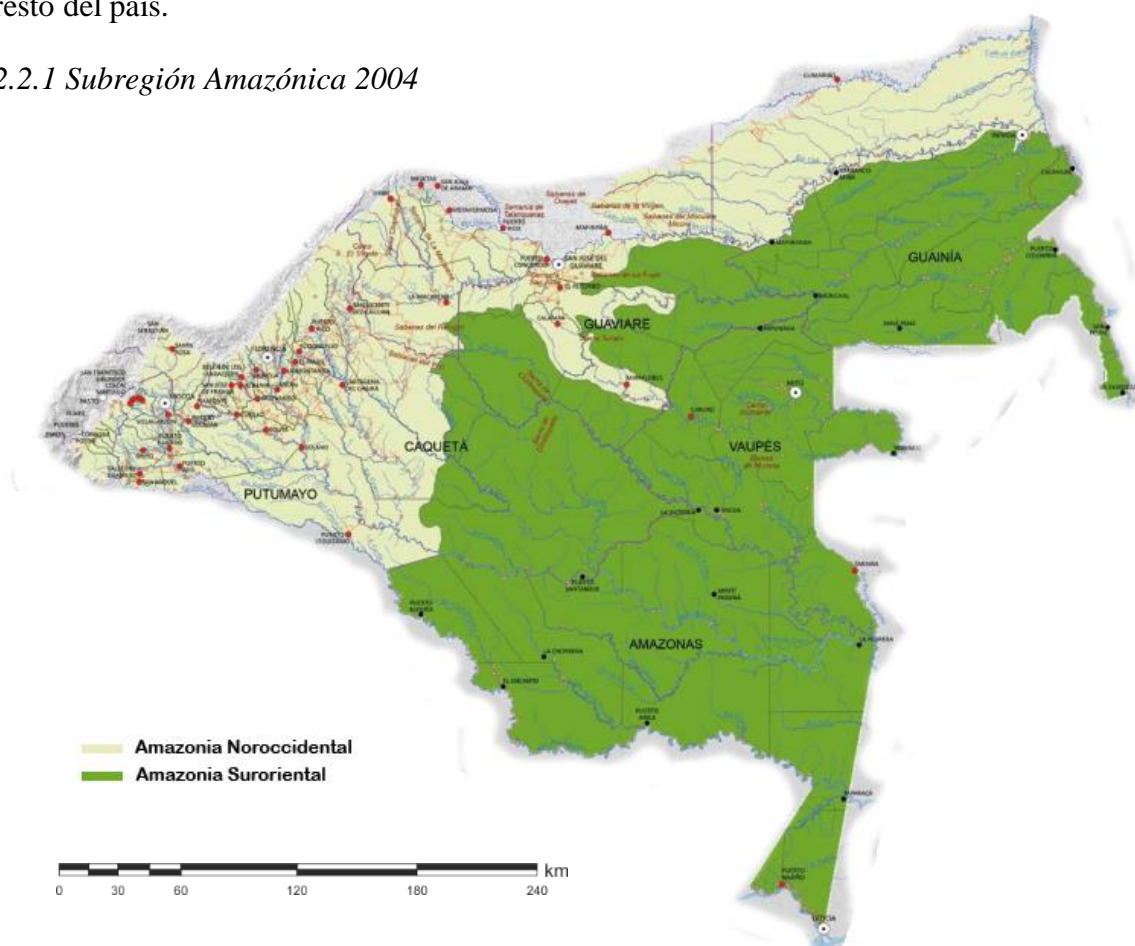
Según (SINCHI, 2019), la región amazónica colombiana, se delimita así: partiendo de la desembocadura del río Vichada en el Orinoco, se sigue su vega por la orilla sur. Luego con rumbo suroeste, pasa por los nacimientos de los ríos Uvá, Iteviare y Siare, hasta llegar a la boca del caño Jabón en el río Guaviare. Por el río Guaviare arriba se continúa hasta encontrar el río Ariari. Por este se sigue aguas arriba hasta la boca del río Güejar y se continúa aguas arriba hasta el nacimiento del río Sanza que se deriva de la quebrada Barrialosa y el río Peñas. Desde este punto, en línea recta con dirección occidente, hasta encontrar el río Guayabero, el cual se sigue hasta su nacimiento en el Cerro Triunfo. A partir de ahí se sigue en dirección sur, la divisoria de los ríos amazónicos hasta la frontera con Ecuador. El polígono se completa siguiendo los límites internacionales amazónicos con Ecuador, Perú, Brasil y Venezuela, hasta su cierre en la desembocadura del río Vichada sobre el Orinoco.



Mapa 3 Región Amazónica Fuente: SINCHI

Según (SINCHI, 2019), en las dos últimas décadas, producto de procesos como la propagación de los cultivos ilícitos, el avance de la minería ilegal, la descentralización político-administrativa, las nuevas condiciones institucionales de la región, aquella división inicialmente planteada como Amazonia noroccidental y Amazonia suroriental ha comenzado a ceder a nuevas realidades, explicada por el proceso de expansión del anillo de poblamiento, como avance de las estructuras urbanas del país, que penetran la selva desde la periferia hacia el centro y ahora desde los denominados enclaves geopolíticos y económico-extractivos del borde hacia el centro de la región, buscando conectar con el resto del país.

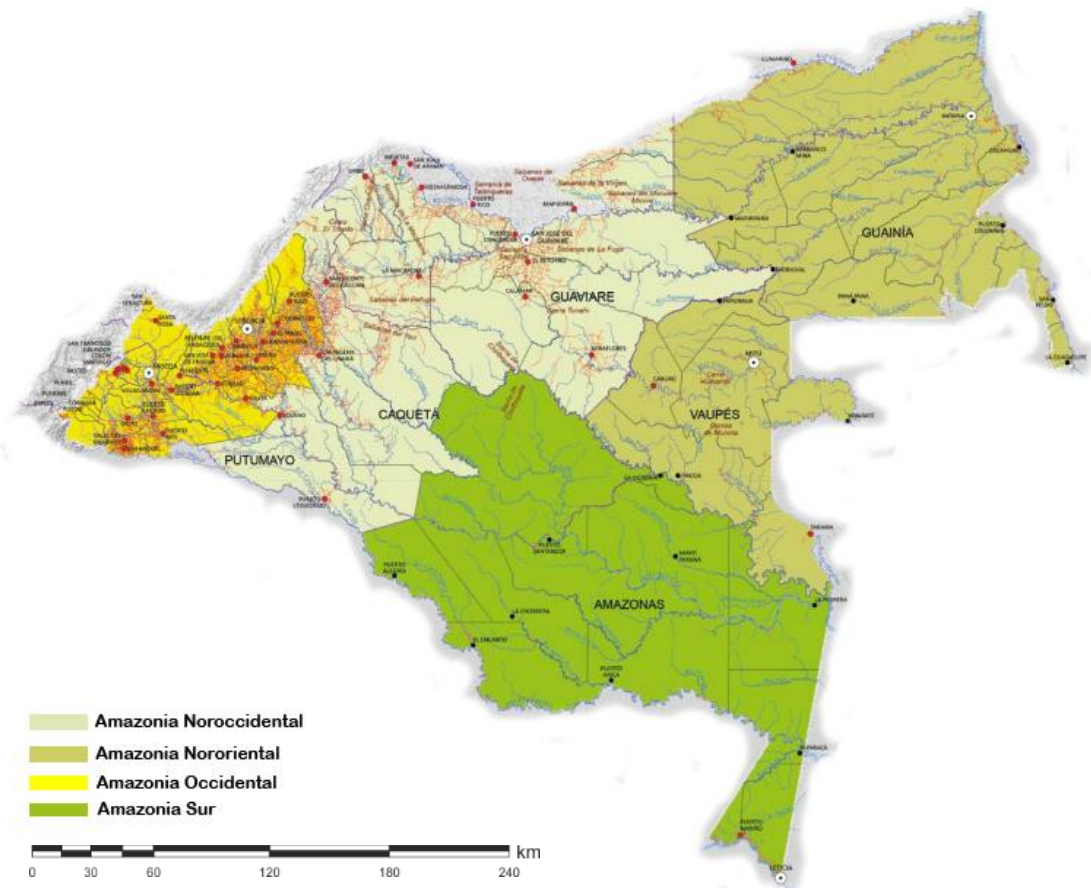
2.2.1 Subregión Amazónica 2004



Mapa 4 Subregión Amazónica 2004. Fuente: SINCHI

solo desde el punto de vista de sus actores, sino de las relaciones sociales, económicas y ambientales es posible dividir la región amazónica colombiana en cuatro subregiones, mutuamente diferenciales y contrastantes: Amazonia occidental, Amazonia noroccidental, Amazonia oriental y Amazonia sur. Este enfoque supera la visión que señala la gran homogeneidad regional y muestra que la Amazonia colombiana como región no presenta una clara integración socioeconómica y ambiental, siendo necesario, por tanto, hablar de un territorio socialmente construido, donde hay diversos dominios que tienen diferentes singularidades. (Salazar Cardona & Riaño Umbarila, 2015).

2.2.2 Subregión Amazónica 2014

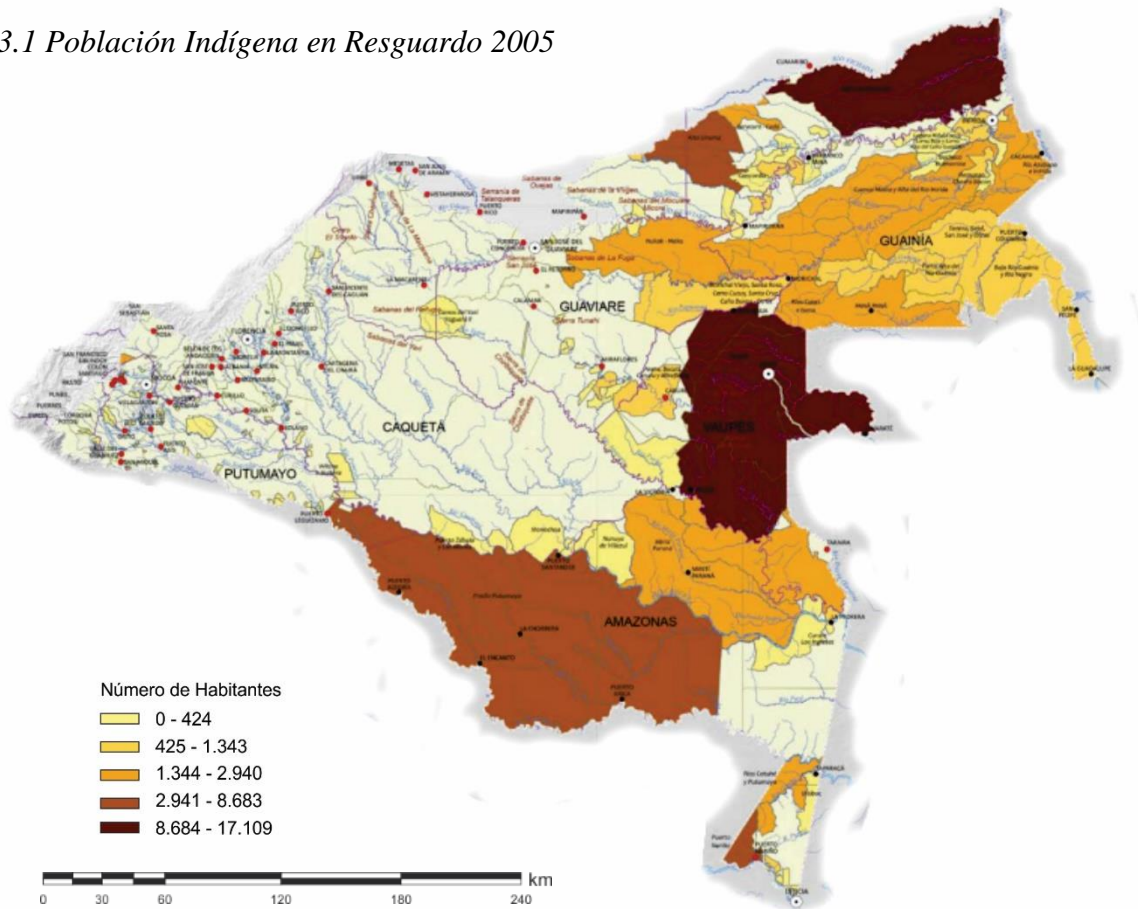


Mapa 5 Subregión Amazónica 2014. Fuente: SINCHI

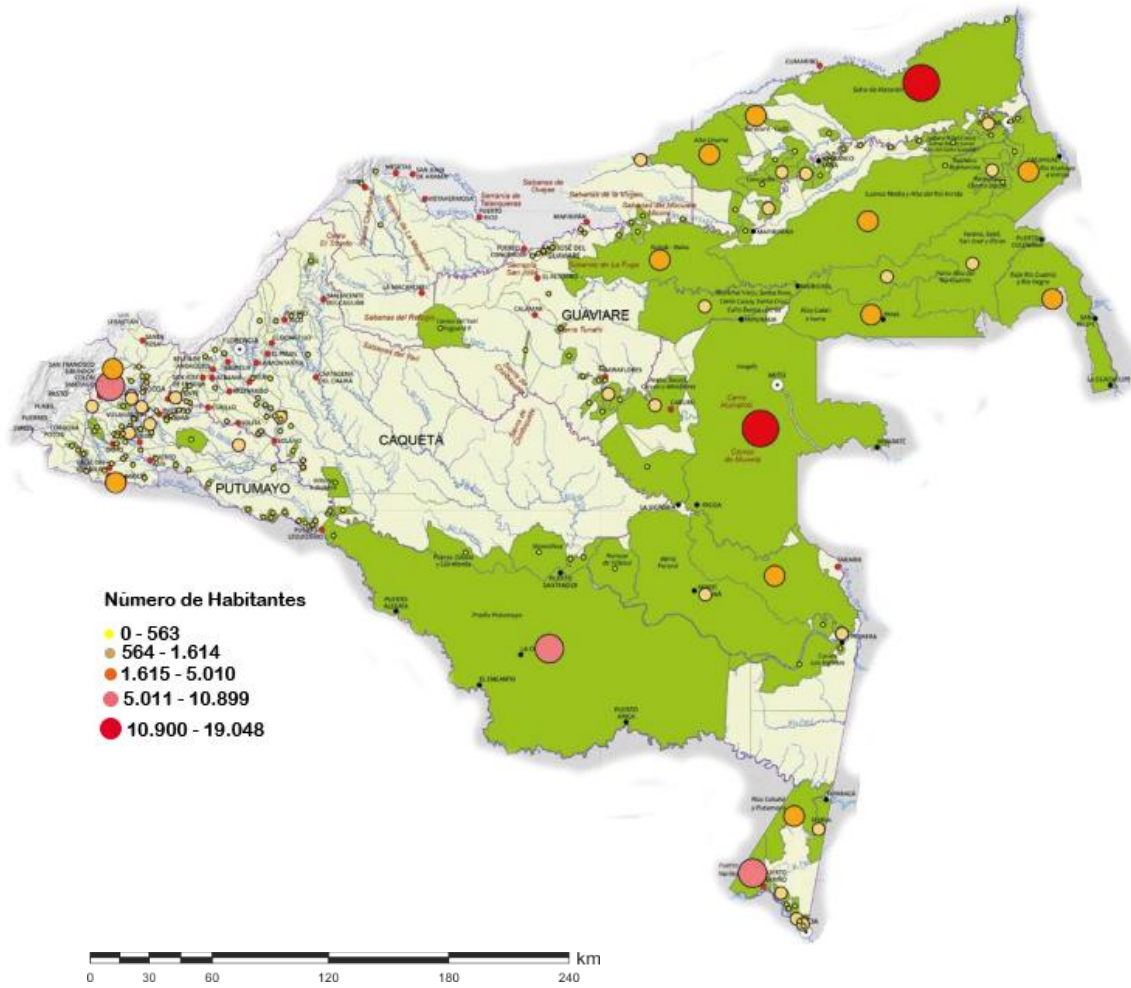
2.3 Población indígena

El (SIAT-AC, 2015), Afirma que la Amazonia colombiana es una región pluricultural y multiétnica. Alberga un crisol de culturas de orígenes precolombinos, con cerca de 99 pueblos indígenas, mantienen una relación espiritual con la naturaleza, cuya construcción social permite la recreación de sus conocimientos asociados a la biodiversidad. Este servicio tiene como finalidad mostrar la información existente sobre modos de vida y territorios de los pueblos indígenas, fundamentales para la conservación de los ecosistemas amazónicos, y generación de estrategias encaminadas a atenuar los efectos de los cambios climáticos; esenciales en la construcción del desarrollo sostenible en la Amazonia colombiana.

2.3.1 Población Indígena en Resguardo 2005



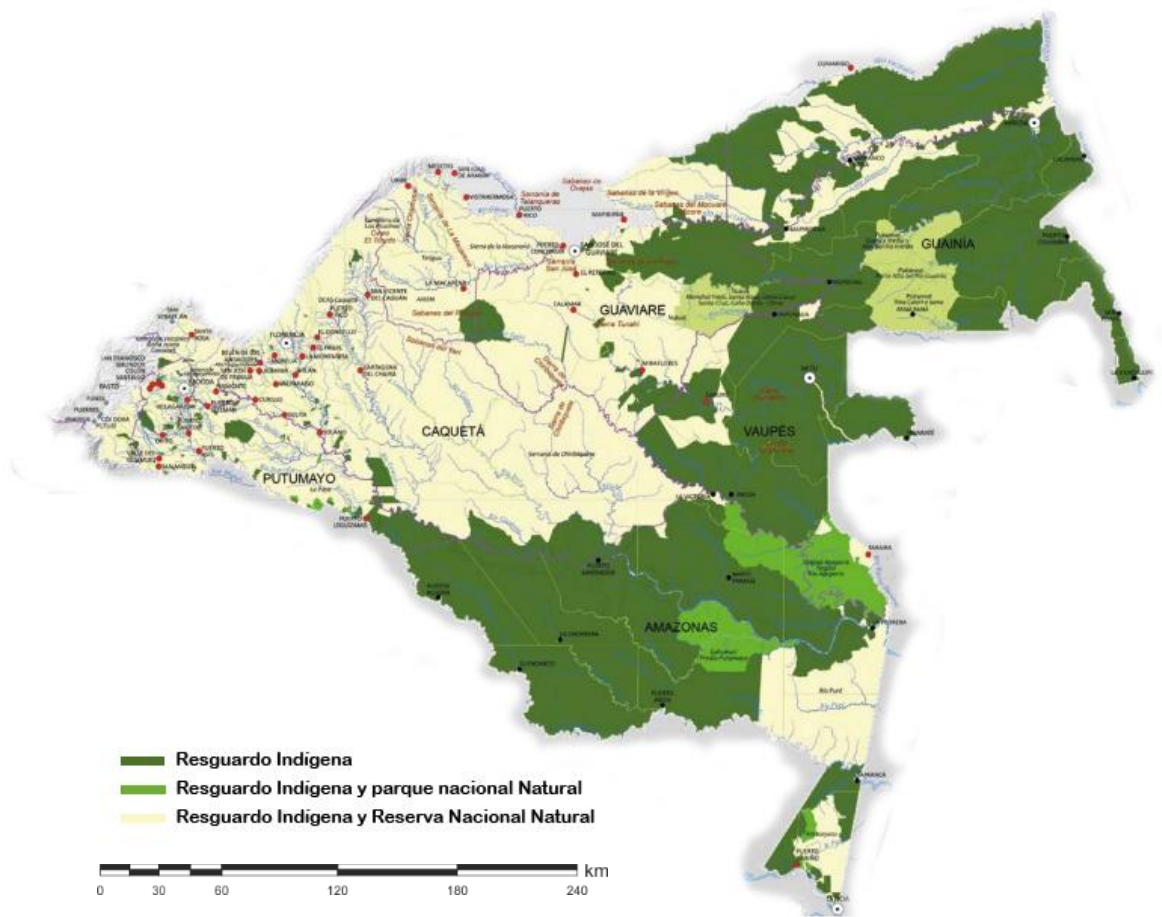
Mapa 6 Población Indígena en Resguardo 2005. Fuente: SINCHI



Mapa 7 Población Indígena en Resguardo 2015. Fuente: SINCHI

2.4 Resguardos indígenas

Según (SIAT-AC, 2015), en la Amazonia Colombiana habitan 185 resguardos indígenas que ocupan una superficie de 26'217.159 hectáreas, las cuales equivalen al 54,18% del total del territorio amazónico. Además, 14 de los 185 resguardos ocupan 22'488.337 hectáreas (86%) del total de la superficie de resguardos indígenas en la Amazonía.



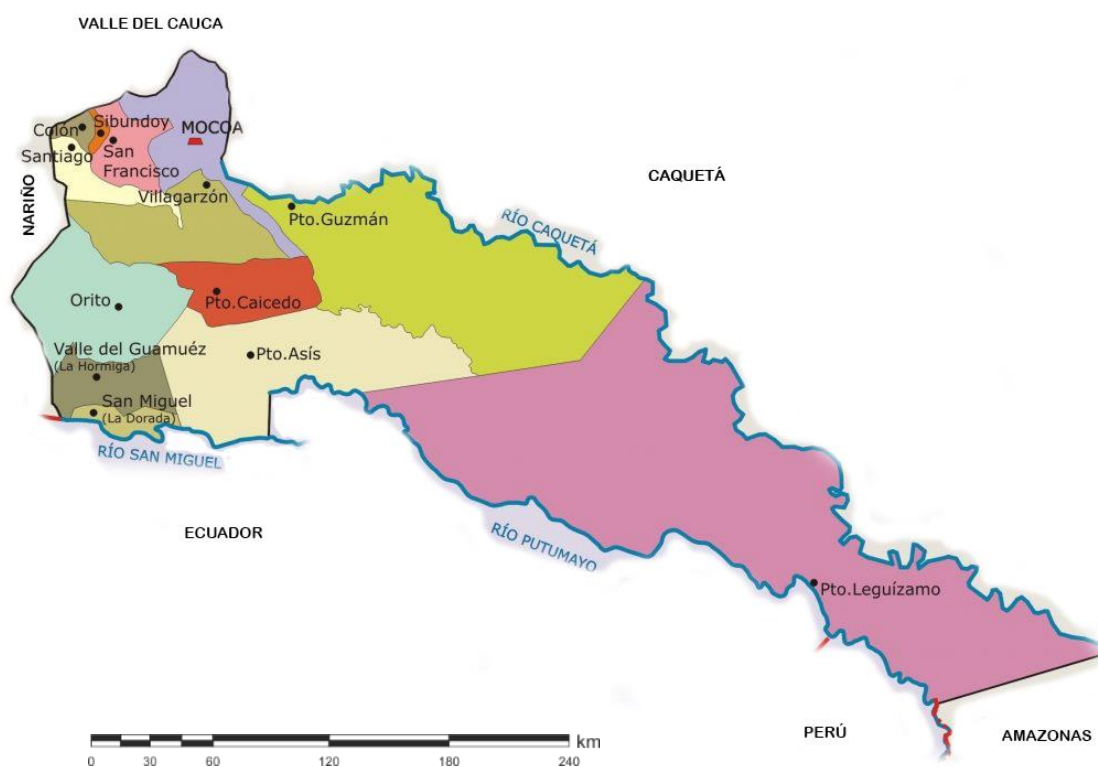
Mapa 8 Resguardos indígenas. Fuente: SIAT-AC - SINCHI

2.5 Generalización Departamental

33

De acuerdo con (IGAC, INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI, 2019), está ubicado al sur-occidente del país, y limita con los departamentos de Caquetá, Cauca, Nariño y Amazonas y con las repúblicas de Ecuador y Perú. Tiene una superficie de 2.488.500 hectáreas, es decir el 2,18 por ciento del país. Cuenta con 13 municipios: Colón, Sibundoy, San Francisco, Mocoa, Villagarzón, Pto. Guzmán, Valle del Guamuéz, San Miguel, Pto. Asís, Orito, Pto. Caicedo y Pto. Leguízamo.

2.4.1 División Política Putumayo



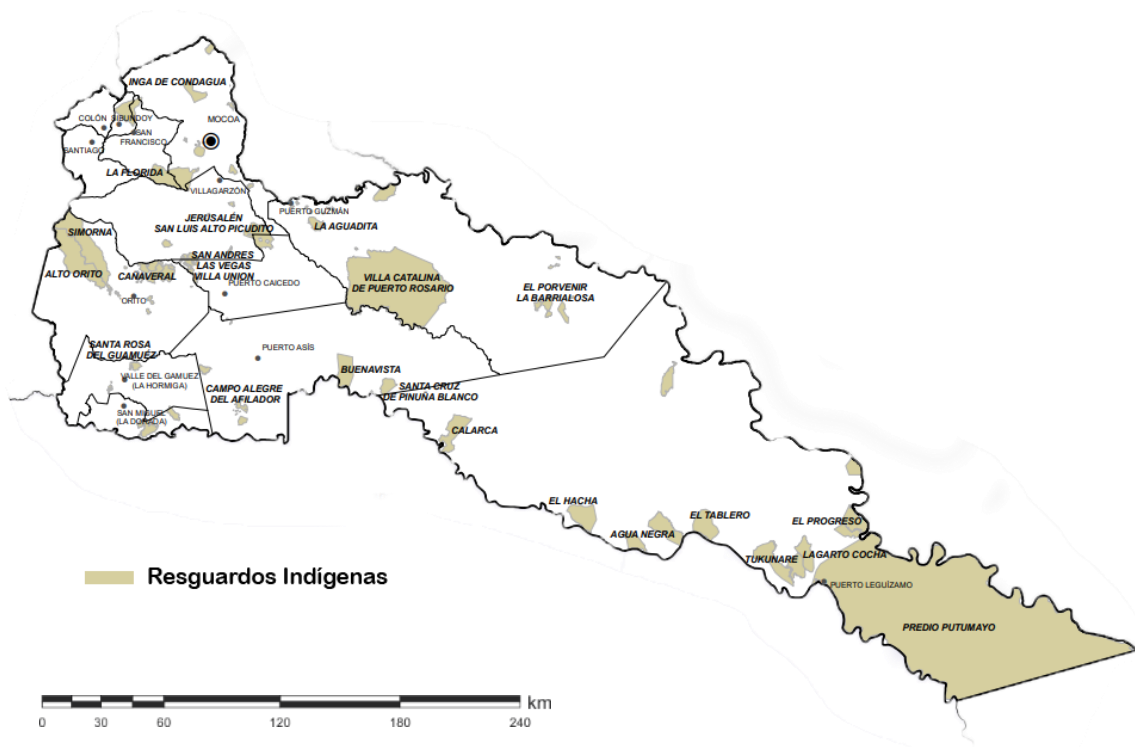
Mapa 9 División Política Putumayo. Fuente: IGAC

Los principales cultivos son arroz de secano, frijol, maíz, plátano, yuca, caña, cacao y papa, aunque también se ven brotes de frutales como chontaduro, piña, borjón, granadilla, manzana, anón, chirimoya y lulo.

2.4.2 Población indígena

El Departamento del Putumayo cuenta con una alta complejidad social, ya que cuenta con habitantes de origen urbano, población campesina de origen mestizo, población indígena y población afrodescendiente.

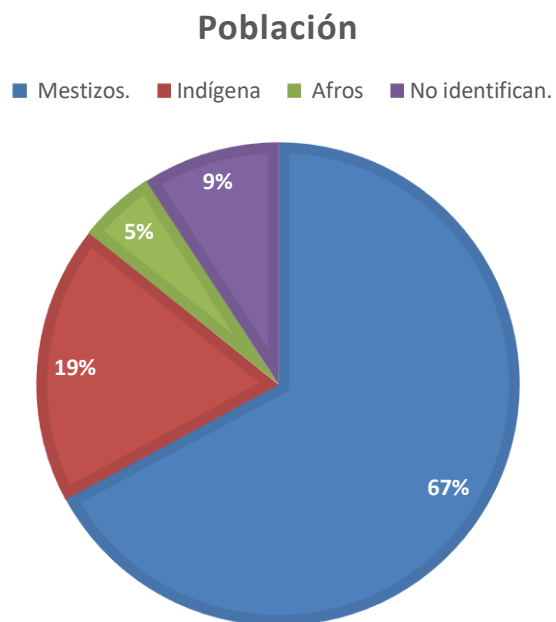
En el departamento del Putumayo habitan doscientos dos (202) cabildos y quince (15) pueblos indígenas, con una población aproximada de 64.823 personas. Existen 14 pueblos indígenas reconocidos por el Ministerio del Interior. (IGAC, INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI, 2019)



Mapa 10 Resguardos Indígenas. Fuente: IGAC

Es uno de los departamentos más ricos si a identidad cultural nos referimos; ya que según el DANE el 18.8 % de personas son nativos indígenas, pertenecientes a las etnias Inga, Kofán, Embera, Embera-Katio, Nasa, Uitoto, Awa, Coreguaje, Kamëntsa y Siona principalmente.

Grafica Población Indígena



Gráfica 3 Porcentaje Población Indígena Putumayo. Fuente: Elaboración Propia

2.5 Generalización Municipal

2..5.1 Reseña histórica

Según (*Ancestral, 2018*), Mocoa tuvo sus orígenes por obra de don Pedro de Agreda en 1551 y a ella, llegó en 1542 el conquistador Hernán Pérez de Quesada, quien, con sus tropas diezmadas y casi vencido por las adversidades que había tenido que padecer en su alocada travesía en la búsqueda de El Dorado, por las tierras del Alto Llano y de la Alta

Amazonia, para descansar y recuperarse antes de continuar su viaje hacia la ciudad de Pasto. El 29 de septiembre de 1563, el capitán Gonzalo H. p de Avendaño, sobre la margen izquierda del río Mocoa, fundó oficialmente la ciudad con 10 vecinos encomenderos y 800 indígenas, dándole el nombre de San Miguel de Agreda 1 de Mocoa. Por falta de comunicaciones, la ciudad no tuvo gran movimiento y tendió a estancarse; en 1582, dependía en lo civil del Gobernador de Popayán y en lo eclesiástico del obispo de Quito. En varias ocasiones el poblado fue atacado por los temibles indígenas Andaquíes, quienes lo incendiaron casi por completo en 1683 y, además, sublevaron a los indios. Esos acontecimientos determinaron que la población fuera trasladada de su lugar de fundación al sitio, entre los ríos Mocoa, y Mulato, en donde se encuentra actualmente. para 1876, Mocoa era centro de comercio de Quina, Caucho, sal del Brasil y Zarzaparrilla; Al caer el valor de la quina y el caucho la mayoría de los pobladores blancos abandonaron el pueblo, y después varios incendios destruyeron la población, debiendo ser reconstruida. En 1958 la localidad fue elevada a la categoría de Municipio y al ser creada en 1968 la intendencia de Putumayo, pasó a ser la capital de la nueva División Político Administrativa, característica que conservo al ser elegido el Departamento del Putumayo en 1991. (*Ancestral, 2018*).

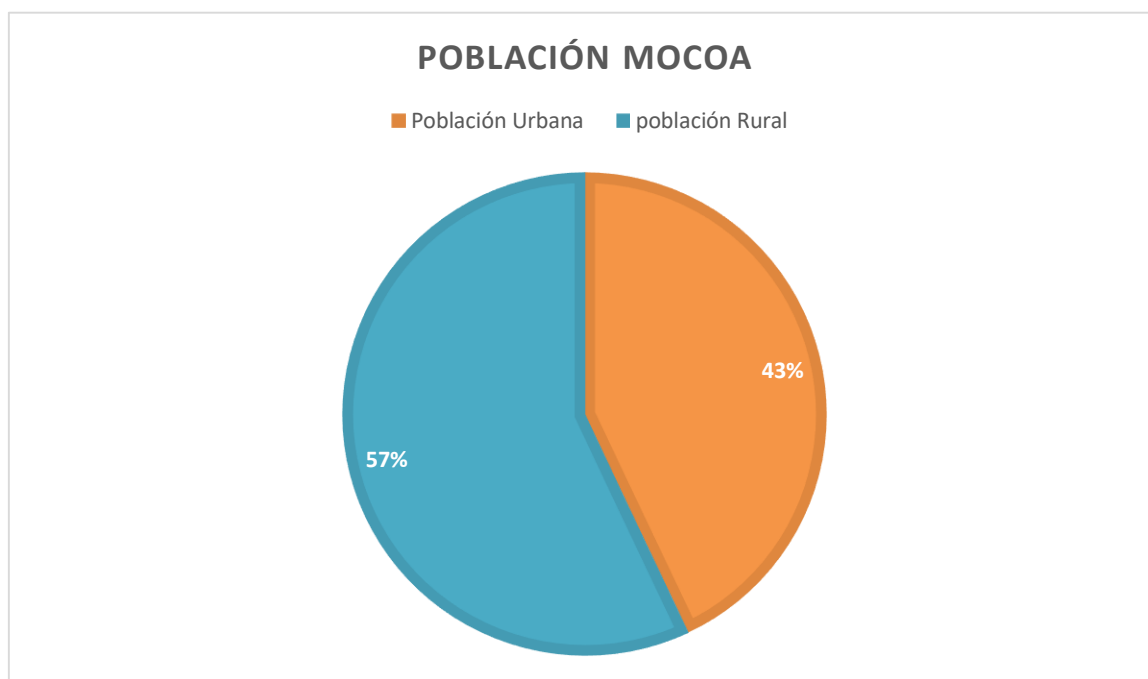
2.5.2 Generalización Municipal

El Municipio de Mocoa está ubicado sobre el Piedemonte amazónico, al noroeste del Departamento del Putumayo. Cuenta con una extensión de 1.263 Kilómetros cuadrados y una población de 31.719 habitantes.

La población del Municipio de Mocoa, está compuesta por blancos, mestizos, indígenas y negros. Para el año de 1.999, según censo DANE, la población total del

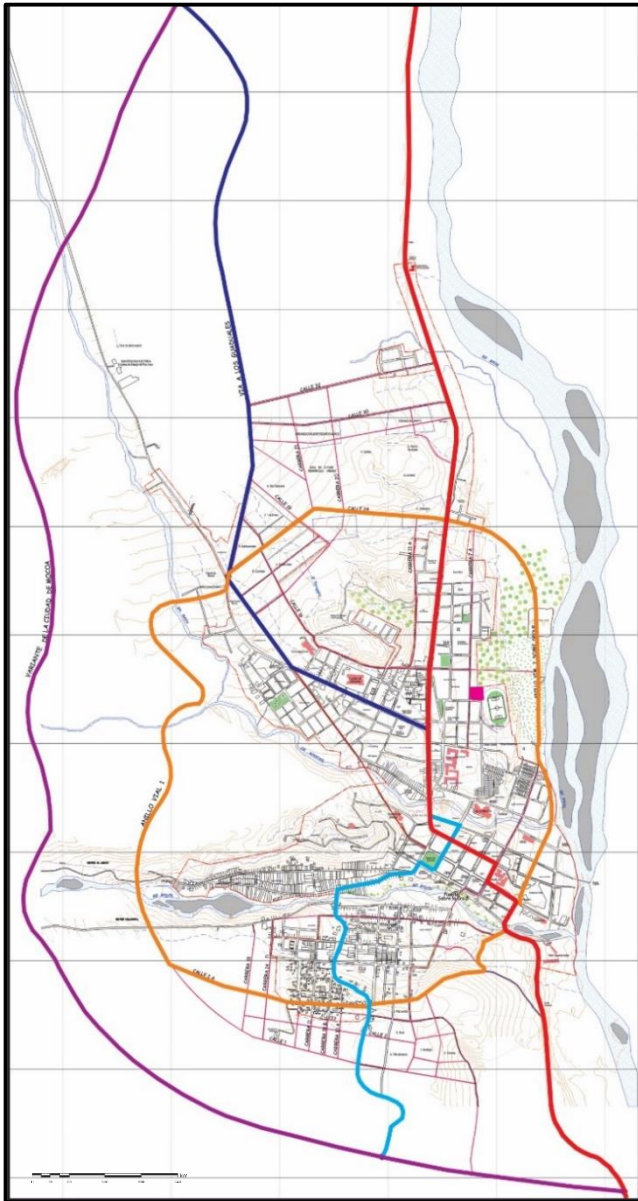
Municipio es de 31.719 habitantes, de los cuales 13.668 (43%), pertenecen al sector rural y 18.051 corresponden 57% al sector urbano. Eso según el censo del año 1999, en su actualidad cuenta con una población de 36.052 en el sector urbano y 40.731 habitantes en su totalidad.

En el Municipio de Mocoa, se encuentran ubicadas comunidades indígenas preferencialmente de las etnias Inga y Kamentsá. Sin embargo, en el casco urbano es posible encontrar de varias etnias nativas del departamento del Putumayo como los Cofanes y Sionas o que han migrado de otras zonas como los Awá de Nariño, y los Paeces del Cauca según él (*Territorial, 2000-2002*).



Gráfica 4 Población urbana y rural. Fuente: Elaboración propia.

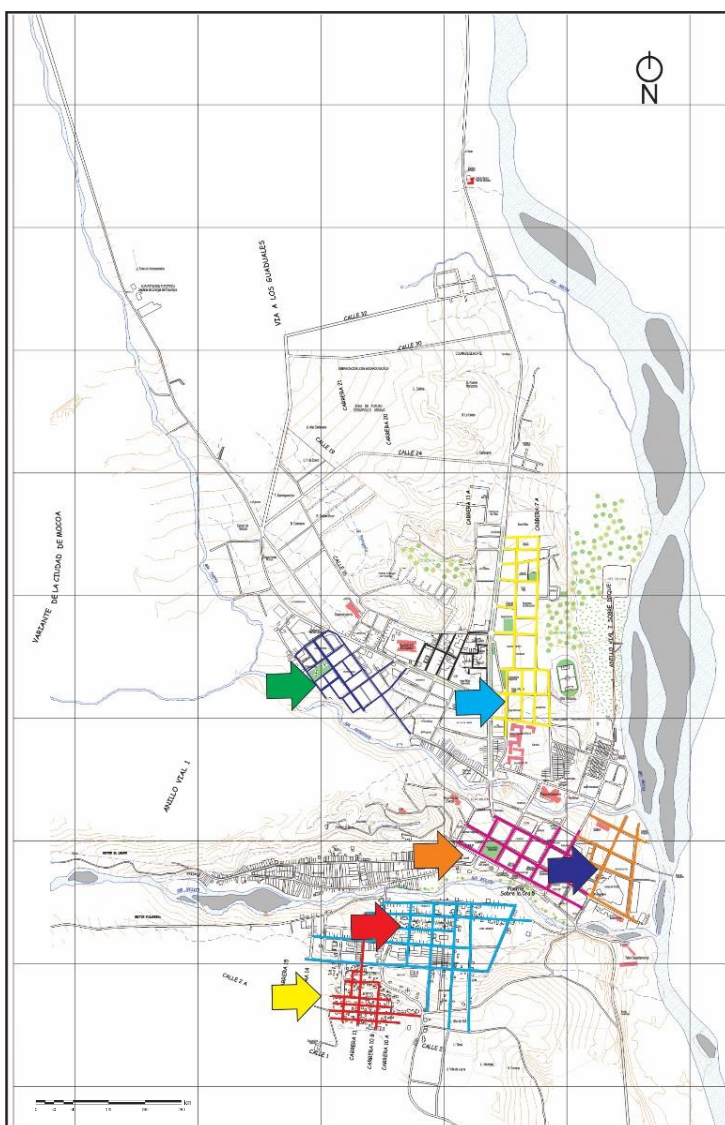
2.6.1 Red de vías y conectividad centro del país y frontera



- Vía primaria conecta el centro de país con Mocoa y el sur del Putumayo al igual que la frontera.
- Vía primaria en construcción, conecta a Mocoa con el alto putumayo y a su vez con el centro del país.
- Vía primaria conecta a Mocoa con el alto Putumayo y a su vez con el centro del país.
- Anillo vial.
- Variante

Gracias a la red de vías que atraviesan nuestro municipio se convierte en un eje importante para nuestro departamento ya que por su localidad atraviesan dos importantes vías las cuales conectan directamente con el dentro del país y hacia el sur, red vial que sirve principalmente para exportar nuestros productos no solo minerales si no también aquellos productos agrícolas, ganaderos entre otros.

Mapa 11 Red vial y conectividad. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T. Mocoa



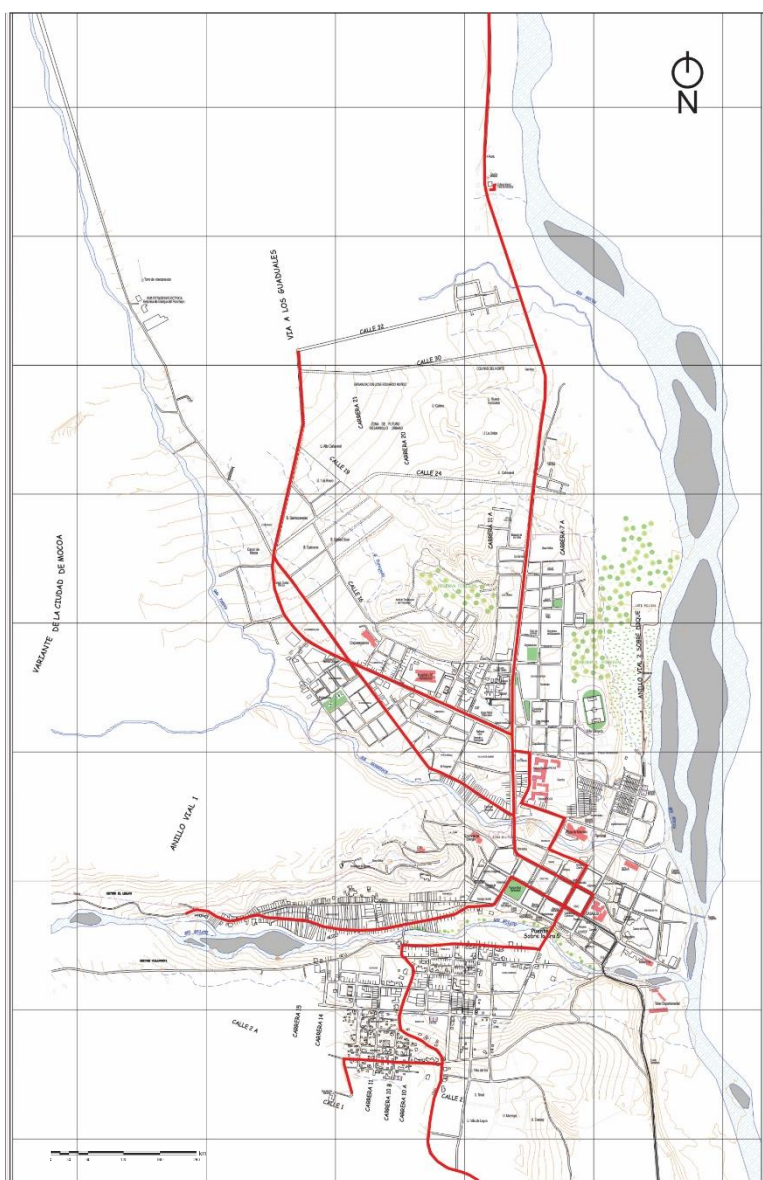
Mapa 12 Malla urbana Mocoa. Fuente: Elaboración propia a partir de P.B.O.T. Mocoa.

El casco urbano del Municipio de Mocoa cuenta con unas estructuras urbanas de compleja lectura, la ciudad se arma a través de una retícula implantada diagonalmente con respecto a los ejes cardinales en la parte central y está también se aíslan y se protege como una ciudad fortificada a través de su topografía y de los ríos Sangoyaco, Mulato y Mocoa que generan esas formas. (Territorial, 2000-2002).

De manera casi directa podemos determinar por qué sucedió el siniestro de avalancha en este municipio de Mocoa el día 31/03/2017.

Las constantes y fuertes lluvias llevaron a que los ríos Sangoyaco, Mulato y Mocoa, todos ellos que bordean o atraviesan la capital de Putumayo, se desbordaran. (BETÍN, 2017).

Mocoa tiene una malla urbana muy variable ya que su asentamiento está situado a las riveras de los ríos que cruzan por el municipio, lo cuales son limitantes de barrios.



— Recorrido busetas



Ilustración 3 Transporte Urbano-Rural. Fuente: Elaboración Propia

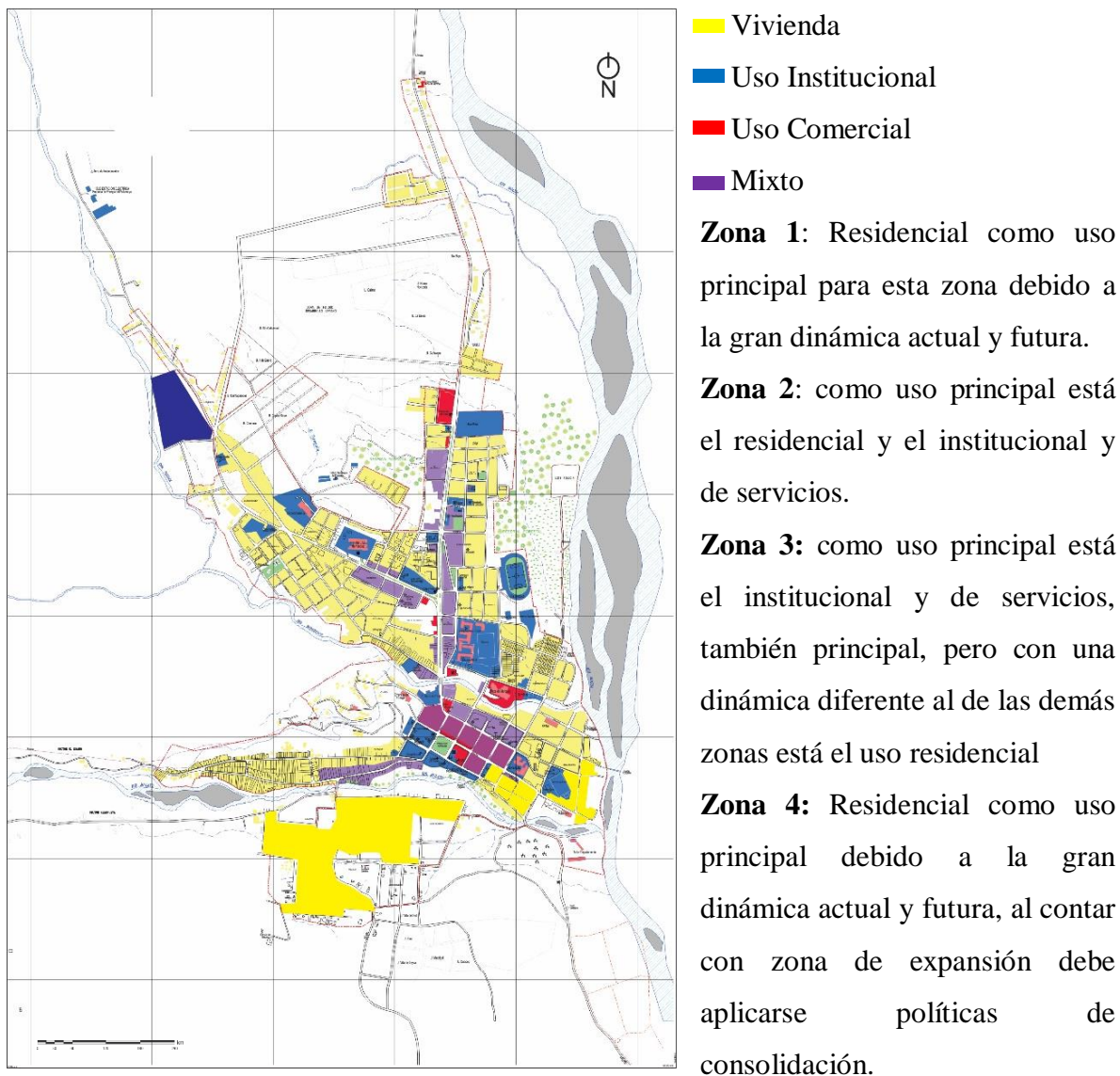


Ilustración 2 Transporte Urbano-Rural. Fuente: Elaboración Propia

El servicio público prestado en el municipio se deriva en Taxis y busetas que recorren las principales vías del municipio. No solo prestan servicio dentro del casco urbano sino también rural.

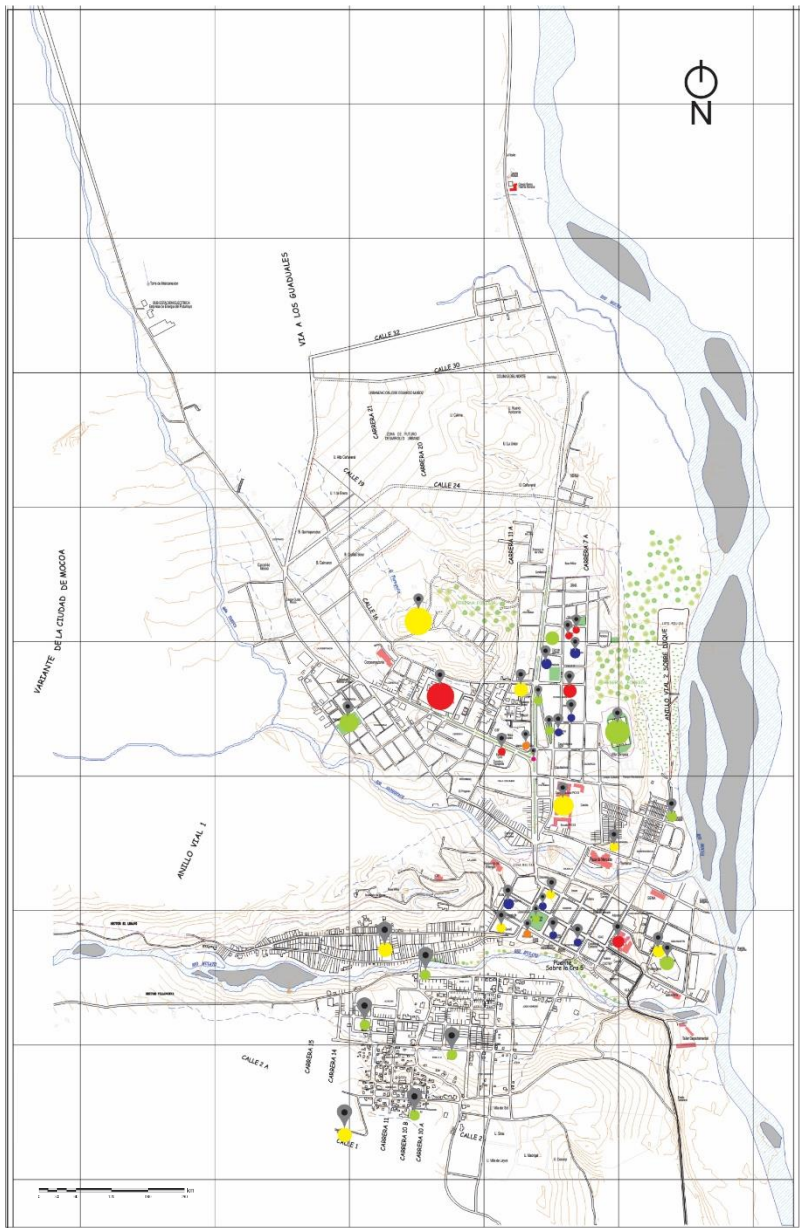
Mapa 13 Características Transporte Público. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T Mocoa

Gracias a las tres formas de transporte público que prestan las entidades como Cootranscom y Tansseñorial al igual que los taxis Mocoa cuenta con una 85% de cobertura en lo que a transporte rural y urbano se refiere.



Mapa 14 Usos del Suelo. Fuente: P.B.O.T. Mocoa.

Según (*Territorial, 2000-2002*), mencionado en los cuatro puntos anteriores; Mocoa cuenta con 4 zonas las cuales se ven evidenciadas en la ilustración, las más prevaleciente es la zona residencial la cual abarca la mayoría de su territorio, seguido de la zona comercial e institucional y por último la zona mixta.



- Salud
- Educación
- Entidades Publicas
- Recreación

Mocoa cuenta con un hospital de segundo nivel localizado en el barrio José María Hernández, dicho hospital no presta su servicio adecuado debido a las diferentes falencias presentadas internamente lo cual requiere en su mayoría de traslados a otros municipios o departamentos por tratamientos en materia de salud. (Territorial, 2000-2002).

Mapa 15 Equipamientos Municipio. Fuente: Elaboración propia a partir de P.B.O.T. Mocoa.

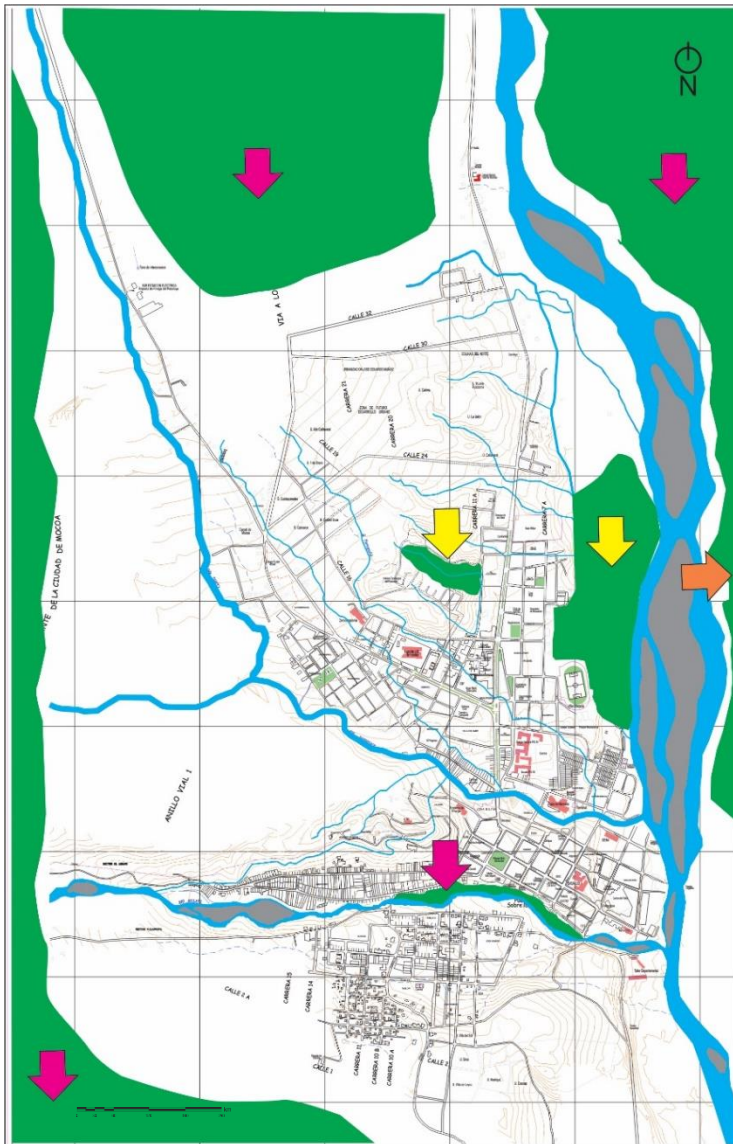
A pesar de que Mocoa no cuenta con un hospital de mayor categoría como lo es el de Puerto Asís-Putumayo, se dieron a la tarea de construir un hospital moderno el cual prestara servicios de tercer nivel y que entrara en funcionamiento a finales de este año o a inicios del 2020.



Consérvase zona con patrimonio ambiental que subsiste en la parte del suelo definida como zona de expansión, cuerpos de agua seis en total que abarcan esta área deben manejarse adecuadamente ya sea a través de una canalización o de unas zonas de protección a lado y de los ríos o quebradas; o de cualquier afluente hídrico. (Territorial, 2000-2002).

Mapa 16 Ríos y quebradas. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T. Mocoa.

El municipio de Mocoa está rodeado de fuentes hídricas las cuales nacen en las montañas que rodean dicha población. El concepto de protección a la ronda de río no se tuvo en cuenta a la hora de la planificación de la capital ya que en ningún barrio se respeta el área de protección de los afluentes. Esto conlleva a que sea un riesgo inminente y constante.



→ Reserva forestal protección especial.

→ Bosques – rondas de río.

→ Reserva Parque Churumbelo.

- Protección ambiental con definición de revegetación, zonas protectoras de las corrientes y fuentes de agua, áreas de conservación y áreas especiales. (Territorial, 2000-2002).

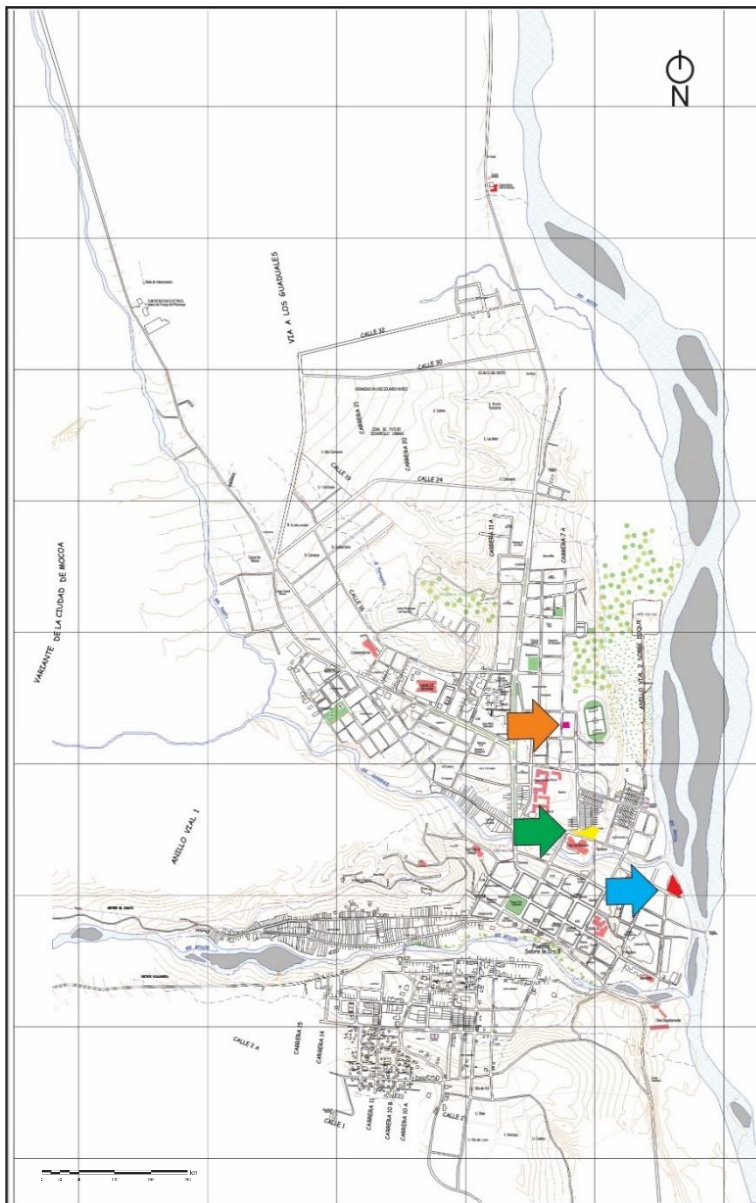
La Reserva Forestal Especial de Protección de la Cuenca Alta del Río Mocoa. Comprende un territorio muy importante conjuntamente con territorio del municipio de San Francisco. (Territorial, 2000-2002).

Mapa 17 Reservas y Áreas de Protección. Fuente: Elaboración propia apartir de P.B.O.T. Mocoa.

El municipio de Mocoa está rodeado por una ardua expansión de bosques, de cuales muchos pertenecen a resguardos indígenas como lo son el Resguardo de Yunguillo, Resguardo de Villa Nueva, Resguardo el Pepino perteneciente a la comunidad Inga

Kamentsa. Al igual que también encontramos reservas de protección especial como el Churumbelo, lugar emblemático que presta servicios turísticos. 45

2.6.7 Cabildos indígenas



- Cabildo Inga Kamentsa
- Cabildo Inga
- Cabildo kamentsa Billa

La intervención antrópica en lo social tiene mucho que ver con el grado de aculturamiento que sufren hoy en día las comunidades e indígenas que habitan en el territorio municipal. Los Inganos y la comunidad kamentsa son principales afectados en el caso de Mocoa, se encuentran en una situación de solicitud de ampliación de sus estrechos Resguardos, sintiéndose un descontento por la situación de sus tierras y por la dificultad de participar en la toma de decisiones que tiene que ver con sus comunidades. (Territorial, 2000-2002).

Mapa 18 Ubicación Cabildos Indígenas. Fuente: Elaboración propia a partir de P.B.O.T. Mocoa.

Mocoa por algunos de ellos demuestra el estado de aculturamiento y marginación es que se encuentran. (*Territorial, 2000-2002*).

2.6.7 Relieve topográfico

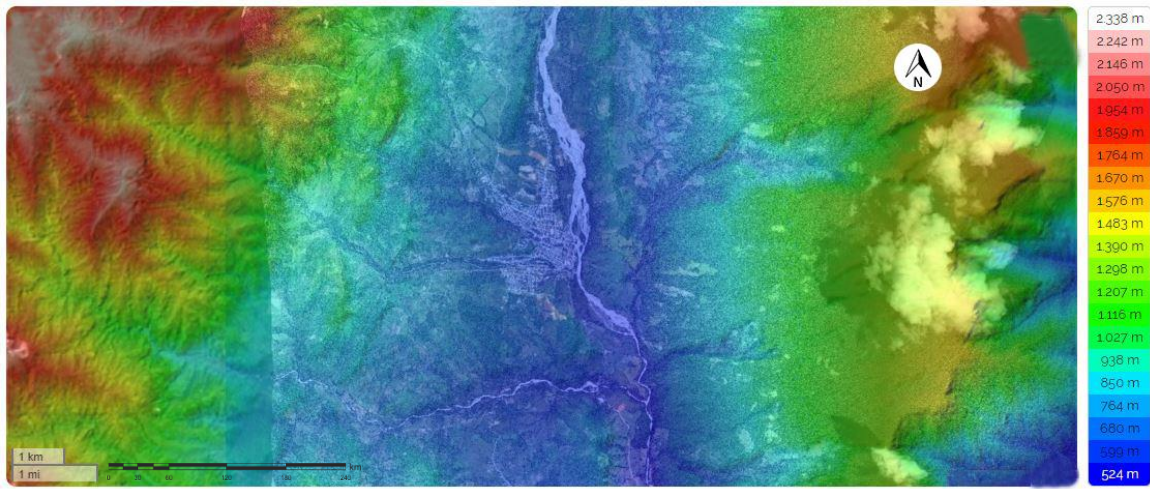


Ilustración 4 Zonificación Relieve Topografico municipio. Fuente: Mapas Topográficos de Colombia.

2.7 Fitotectura

Según (*AMBIENTE, 2019*), gracias a la plantación de las 5 hectáreas de bosque a los alrededores del barrio el Carmen; dicha plantación sirvió como escudo de protección frente a la tragedia que se presentó en Mocoa. De manera consecuente los pobladores y las personas que apreciaron el siniestro abogaron en lo importante que es proteger nuestras zonas verdes y las reservas naturales que existen, por tanto, me es factible generar un ambiente natural en mi proyecto. La plantación que ahí existe es denominada como “Chiparo”.







Tabla 2 Fitotectura Mocoa.

Nombre científico	Zygia longifolia
Etimología	Zygia, del griego zugon, yugo, por la madera de algunas especies de este género que se utilizan para fabricar yugos; longifolia, del latín, longus, que significa largo, y folia, del latín folium, que hace referencia a la hoja.
Nombre común	Suribio-Chiparo
Altura máxima (m)	10 a 20
Diámetro (cm)	10 a 20
Sistema de dispersión	Aves
Atracción fauna	Alta
Longevidad	Mayor a 60 años
Tipo de suelo	Tolera niveles freáticos altos
Función	Ornamental, Sombrío, Restauración ecológica, Alimento para la fauna, Hábitat para la fauna
Usos en espacio público	Retiros de quebrada, Parques, Andenes vías de servicio, Vías peatonales, Orejas de puente, Glorietas, Plazas/Plazoletas, Edificios institucionales.

Fuente 3 Fuente: Universidad EIA

2.7.2 Imágenes planta

Tabla 3 Imagen y descripción planta.

<p>Planta Chiparo</p>	
<p>Tallo o corteza</p>	
<p>Composición de las hojas: Compuesta bipinnada. Posición de las hojas en el tallo: Alterna</p>	
<p>Botón floral</p>	
<p>Disposición de las flores: Cabezuelas Color de la flor: Rosado Follaje</p>	
<p>Tipo de fruto: Legumbre</p>	

Fuente 4 Universidad EIA.

2.8 Diagnostico las condiciones urbanísticas del sector y lote a intervenir

49

El proyecto estará ubicado en el barrio Olímpico a escasos metros de la notaria, cruz roja, registraduría y un polideportivo entre otros. (Calle 15 – Carrera 7ª). Gracias a su ubicación estratégica es conveniente desarrollar este proyecto en este sector, libre de algún riesgo o fenómeno natural.

2.8.1 Población sector

Se realizó una visita entre semana por tal motivo el número de población identificada es relativamente pequeño, ya que en su momento algunas de ellas no se encontraban en casa por trabajo o diferentes motivos que los llevaron ausentarse de su inmueble. Aun así, logre identificar y reunir los siguientes datos.

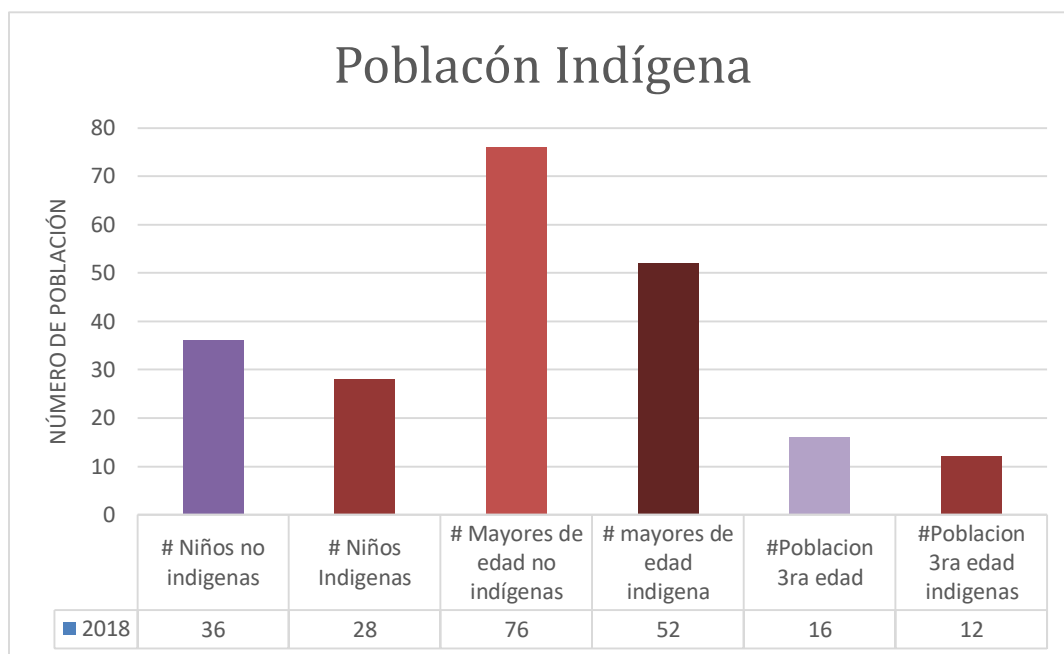
2.8.1.1 Identificación y número de inmuebles

Tabla 4 Identificación Inmuebles.

DESCRIPCION	#
Casas	64
Locales, tiendas	35
Equipamientos institucionales	8
Lotes	9
Sin identificar	36
total	152

Fuente 5 Elaboración Propia a partir del recorrido.

Gracias a este recorrido que realicé en el barrio Olímpico pude identificar que en el sector tenemos muchos equipamientos de diferentes campos, (Públicos, sector salud, educativos, deportivos) los cuales pueden brindar un soporte para nuestro equipamiento a proyectar.



Gráfica 5 Población Indígena Sector. Fuente: Elaboración Propia.

Nuestra población indígena no es dominante en el sector, pero tenemos una importante presencia de ellos, a pesar que en este sitio se encuentra ubicado nuestro cabildo no quiere decir que nuestra población sea mayor ya que la mayoría de los pertenecientes a esta comunidad indígena del cabildo Inga Kamentsa viven en el sector rural y más aún después de la tragedia ambiental que ocurrió en Mocoa.

En la gráfica anterior identificamos el número de indígenas del sector el cual, sumando entre niños, mayores de edad y la tercera edad dan como resultado 92 personas, a diferencia de las personas no indígenas las cuales suman 128, es claro que la población no indígena abunda el sector.

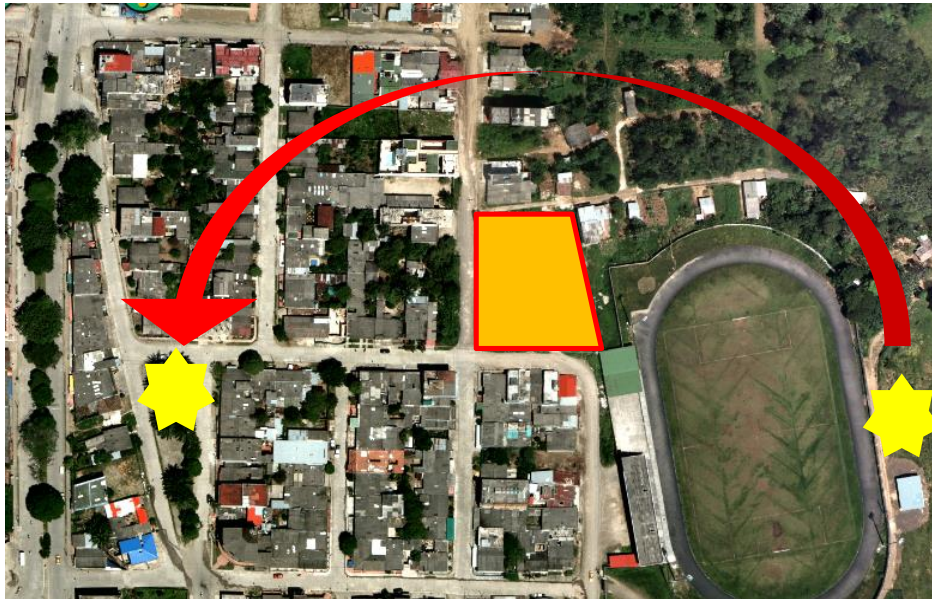


Ilustración 5 Ubicación Lote. Fuente: IGAC.

El lote a intervenir tiene un área de 3.444 m² (2.9 hectáreas), donde se busca implementar un equipamiento de medicina tradicional indígena.

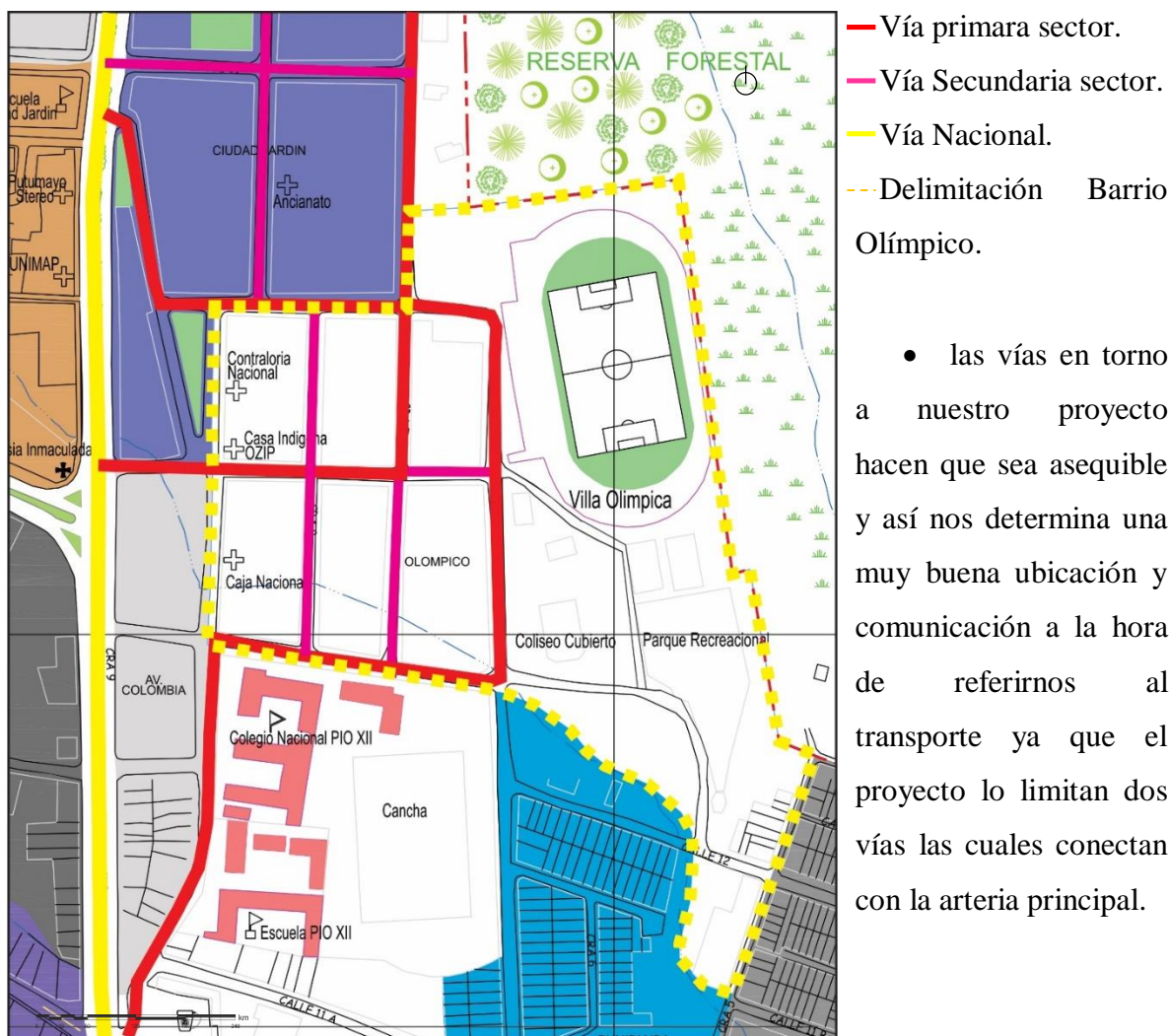
2.8.4 Visuales del lote proyecto



Ilustración 6 Visual Lote 1. Fuente: Elaboración Propia.



Ilustración 7 Visual Lote 2. Fuente: Elaboración Propia.



Mapa 19 Sistema Funcional Sector. Fuente: Elaboración Propia a partir de P.B.O.T. Mocoa.

Es una ventaja muy grande el contar con una buena accesibilidad para nuestro proyecto, presto a esto podremos garantizar que nuestro equipamiento será veraz y más aún eficaz para nuestra comunidad en general. La red vial nos comunica con los centros de salud cercanos entidades públicas y privadas, igualmente con la vía Nacional que se encuentra a escasos metros de nuestro proyecto a realizar.

2.9.2 Perfil 1 vía primaria conector nacional

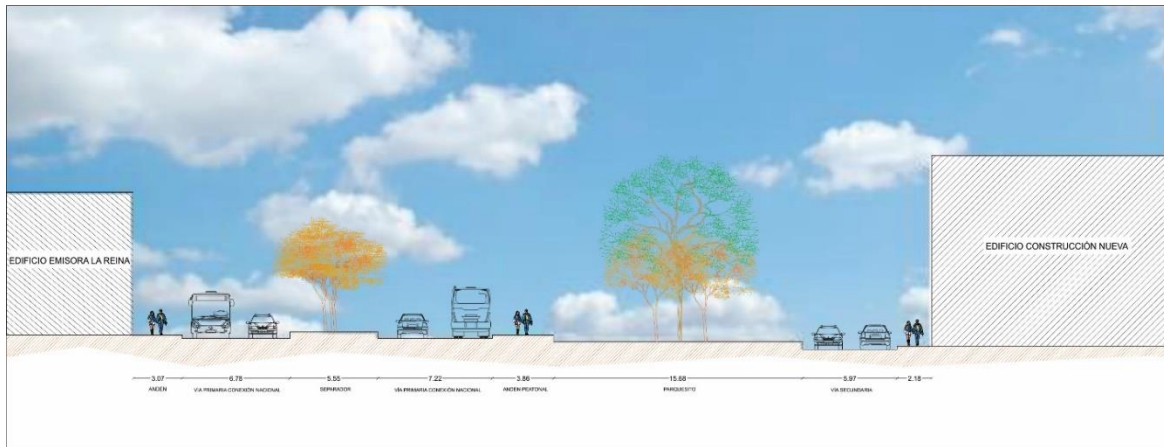


Ilustración 8 Perfil vial. Fuente: Elaboración Propia

2.9.3 Perfil 2 vía secundaria lote

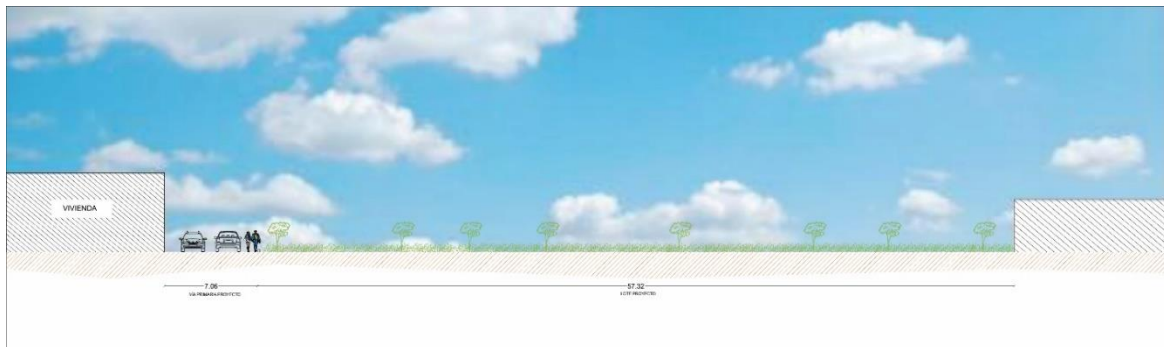
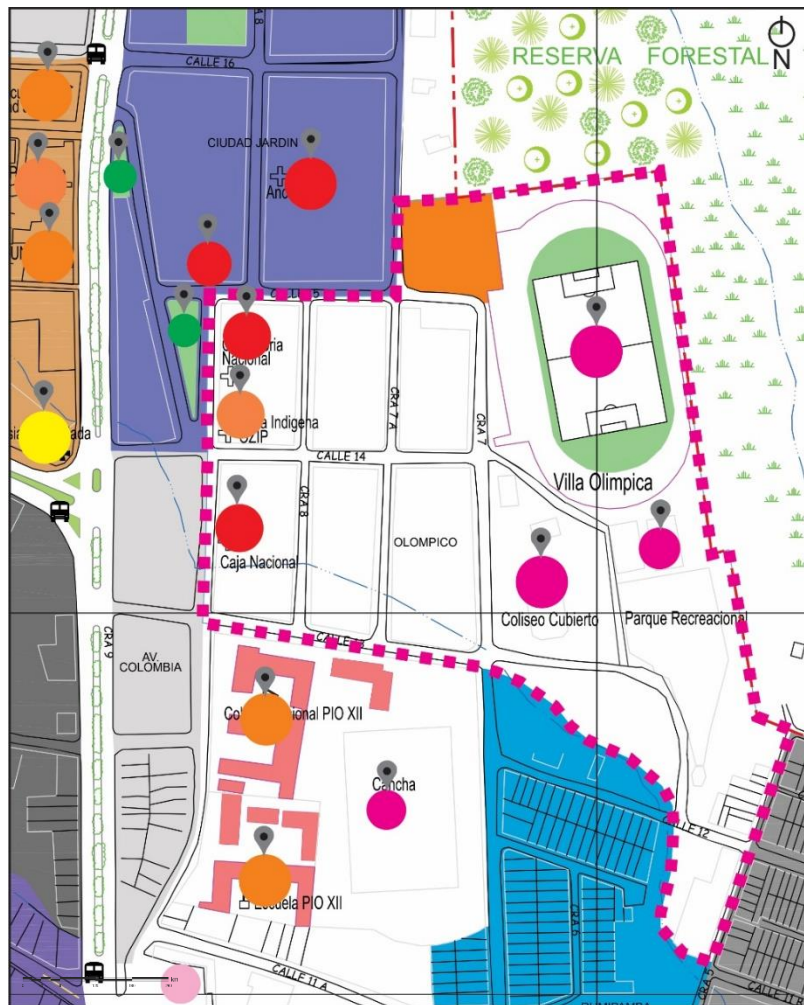


Ilustración 9 Perfil vial 2. Fuente: Elaboración Propia.

2.9.4 Equipamientos y alturas

El barrio olímpico es una Zona de uso institucional, consolidación y desarrollo de edificios públicos (Institucionales, Culturales y Deportivos). Sus alturas no varían mucho ya que la altura predominante o máxima es de 4 pisos, el cual es de usos institucional. Después ya se derivan otros de zona residencial e institucional de 3 pisos.



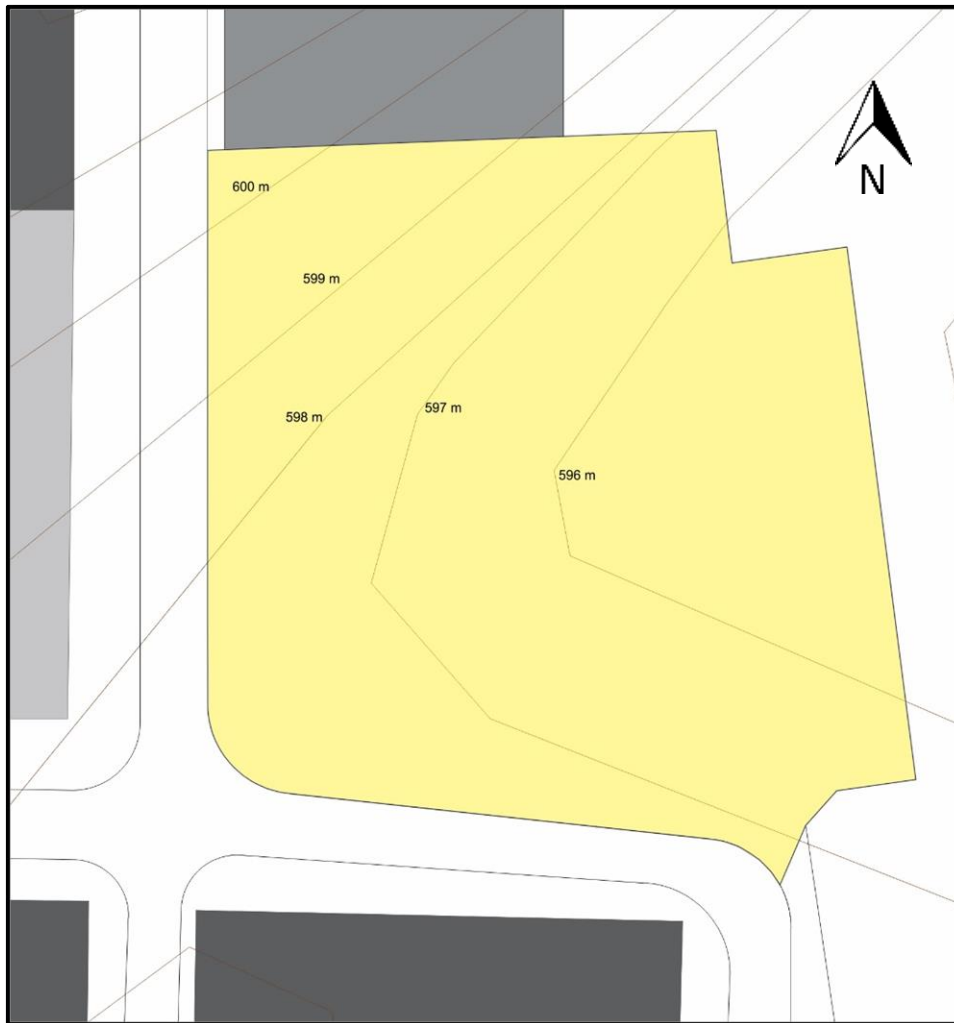
Mapa 20 Equipamientos Sector. Fuente:Elaboración Propia a partir de P.B.O.T. Mocoa.

- Equipamiento público.
- Centros educativos
- Deportivos y recreativos
- Zonas verdes

En el barrio Olímpico encontramos diversos equipamientos el cual corresponden a sectores, institucionales, educativos, comerciales y deportivos; los cuales hacen de que

nuestro proyecto tenga una significativa referencia debido a que en el lugar no 55
existe equipamiento comparado con el nuestro el cual equipara el uso de la Medicina
indígena.

2.9.6 Topografía lote



Mapa 21 Topografía sector

2.9.7.1 Longitudinal

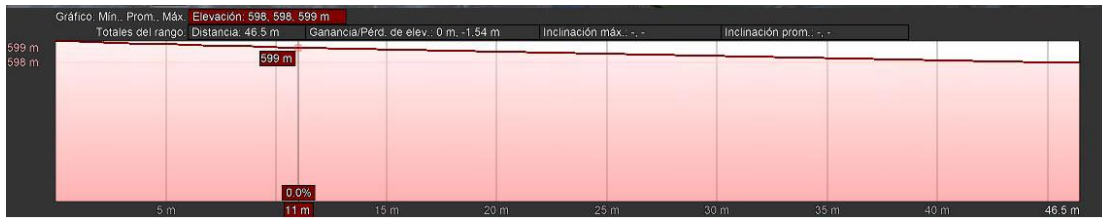


Ilustración 10 Elevación lote. Fuente: Google Earth

2.9.7.2 Transversal



Ilustración 11 Elevación lote 2. Fuente: Google Earth

Tabla 5 Matriz dofa

FACTOR	PROBLEMAS	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN		
	AMENAZAS	DEBILIDADES	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Social	De acuerdo a nuestro código indígena en el sector no se encontró amenaza alguna.	-Estigmatización	- intercambio de conocimientos	- Generar conciencia hacia la población en general.
Cultural	Gracias al incremento poblacional en el sector encontramos un porcentaje mínimo de indígenas	Es un sector netamente institucional público	Existe un equipamiento cercano indígena (cabildo indígena Inga Kamentsa)	Ya existiendo un equipamiento de cabildo podemos fortalecer aún más con el nuevo.
Ambiental	El manejo inadecuado del P.B.O.T ha llevado a que la reserva que se encontraba cercano al proyecto este fraccionado y destinado a desaparecer.	Poca existencia de vegetación.	Vinculara vegetación que ayudara a recuperar y mantener un ambiente natural.	Servirá como refugio para algunas aves de nuestro municipio.

Fuente 6 Elaboración propia



CAPITULO III
FORMULACIÓN

3.1 Propuesta de diseño arquitectónico centro de medicina indígena Shinÿ be

Aynán (corazón del sol).

3.1.2 Esquema lógico proyectual

3.1.2.1 Mitología gráfica indígena:

Con base a las creencias mitológicas de nuestros antepasados y su forma única de ver el mundo, retome su forma representativa para describir los conceptos de hombre y mujer y así generar una base inicial del diseño.

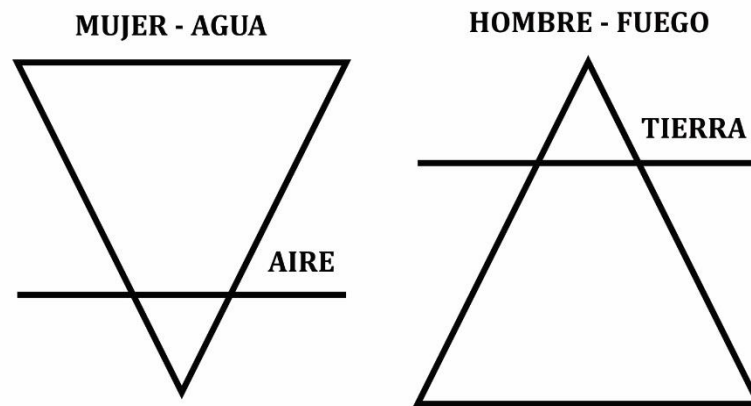


Ilustración 12 Mitología grafica indigena. Fuente: Elaboración propia.

Figura 1: Mundo visible y natural, tierra, femenino, materia, agua, espiración, gruta cueva, cuerpo consiente, órgano sexual femenino.

Figura 2: Mundo invisible y espiritual, masculina divinidad, fuego, inspiración, pirámide, montaña, espíritu, inconsciente y órgano sexual masculino.

3.1.2.2 Módulo base de diseño:

Teniendo como base las dos figuras representativas anteriores “Hombre- 60
mujer” genere la planta de estructura aun respetando gráficamente los conceptos
mencionados. Modulo base diseño

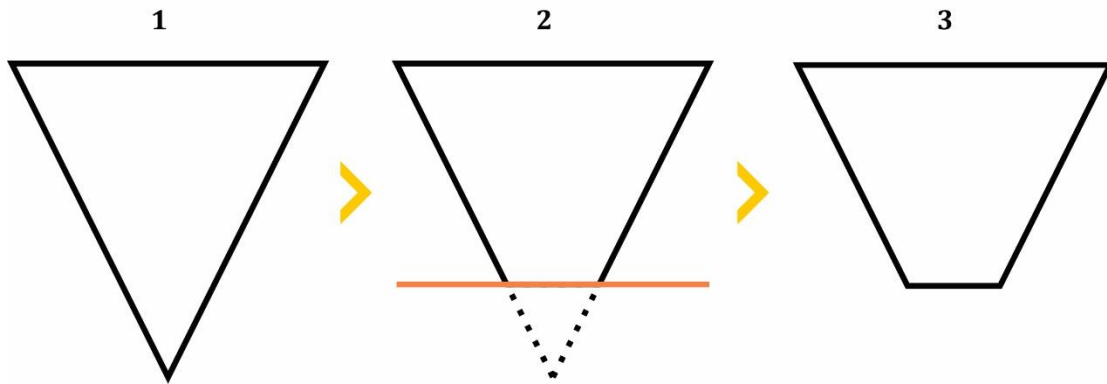


Ilustración 13 Módulo base diseño. Fuente: Elaboración propia.

Conforme a lo planteado anteriormente se generó un sistema de réplica o plano seriado, para así componer de forma directa el diseño de planta y cubierta para los 3 módulos.

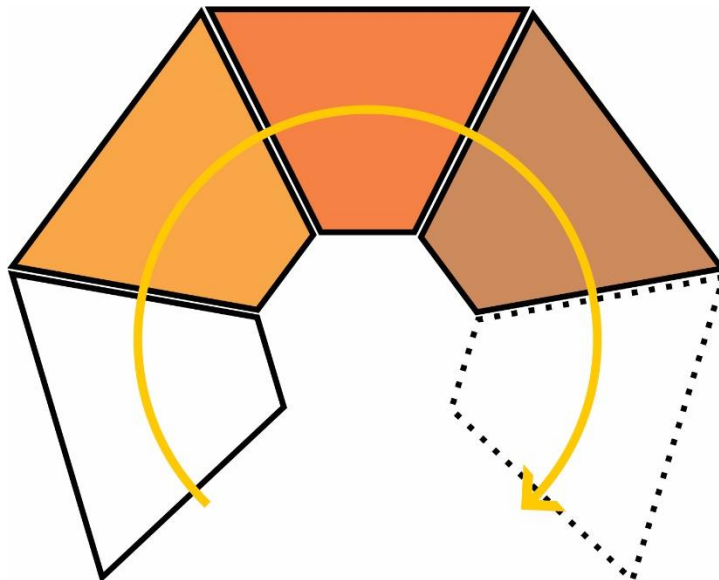


Ilustración 14 Plano seriado planta y cubierta. Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las comunidades indígenas se tienen en cuenta muchos aspectos ideológicos ancestrales, uno de ellos es la forma en que expresan sus sentimientos de manera gráfica y manual, ya que algunas comunidades indígenas aún conservan el pensamiento de plasmar lo que ven en sus sueños o sus rituales ancestrales, de igual forma es así como expresan lo que siente por medio de un tejido, collares, manillas, fajas, sallos, coronas, etc. Con base a este tema quise que la parte de la cubierta abordara este concepto, llevando en si misma los colores característicos que de una comunidad indígena. Teniendo como resultado una cubierta llamativa e identificativa.

Los colores plasmados en una artesanía indígena pueden significar muchas variables, en concreto los colores vivos representan todo lo relacionado con la vida, el éxito la espiritualidad, ya los colores más opacos como el negro es significativo de masculinidad o poder, de igual forma que quiere indicar mal o tristeza.



Ilustración 15 Collar indígena. Fuente: Walkari

El planteamiento esquemático del centro de medicina se origina a partir de un organigrama espacial donde se tuvo en cuenta las necesidades de la comunidad indígena a quien se le planteo el proyecto bajo la modalidad de una asamblea realizada el mismo día de exposición del proyecto, se tuvo en cuenta todas las opiniones expresadas por la comunidad respecto al proyecto. Gracias a los diferentes puntos de vistas expuestos por la comunidad se concluyó los espacios más importantes para los diferentes módulos del centro de medicina la igual que se generó un programa arquitectónico. La consolidación del centro de medicina se manejó en tres ejes esenciales como los son: Social, cultural y ambiental, debido a estos ejes el diseño del centro de medicina funcionara como puente para el uso de la medicina indígena tanto en la misma comunidad y la sociedad en general del municipio de Mocoa.

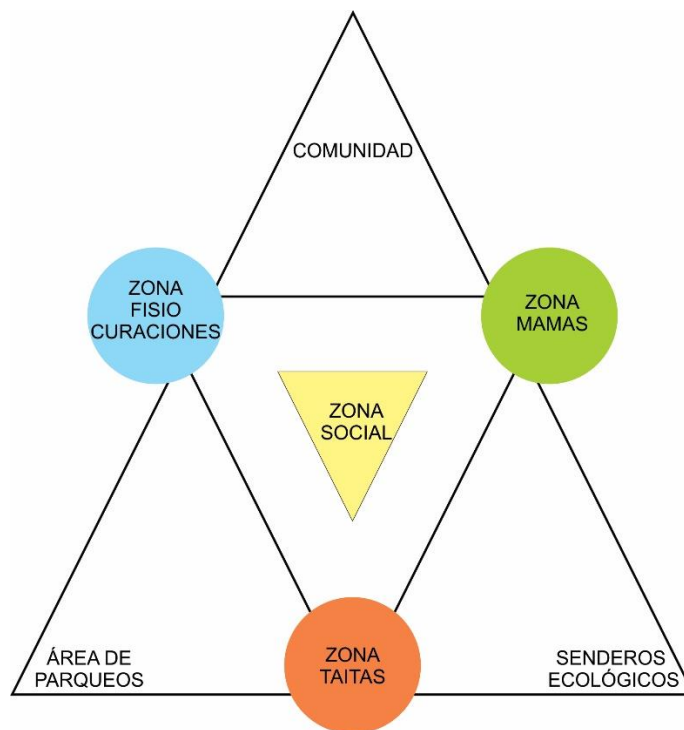


Ilustración 16 Esquema básico del centro de Medicina indígena. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5 Esquema proceso de diseño.

<p>Fase 1: En esta fase partí de la forma triangular que identifica al hombre o mujer dentro de la ideología indígena.</p>	
<p>Fase 2: Siguiendo la ideología indígena se crea el primer módulo a partir de los planos seriados de la fase 1.</p>	
<p>Fase 3: de acuerdo a la misma forma se generan desfases para así obtener una espacialidad dinámica del módulo.</p>	
<p>Fase 4: se vincula la espacialidad del volumen verificando cuanto espacios abarcara en el terreno.</p>	
<p>Fase 5: Teniendo en cuenta las tres fases anteriores y tomando como centro la forma triangular generamos los dos módulos restantes de nuestro centro de medicina indígena.</p>	
<p>Fase 6: Dentro de los parámetros del concepto indígena y ya con los tres módulos generados se realizan los recorridos que brindaran el recorrido al equipamiento.</p>	
<p>Fase 7: se evidencian los recorridos externos e internos del proyecto de igual forma se diferencian los tres módulos cada uno con un programa diferente.</p>	

Fuente 7 Fuente: Elaboración propia.



Ilustración 17 Implantación general. Fuente: Elaboración propia.

La implantación general nace a partir del análisis realizado al concepto ya mencionado al inicio del tercer capítulo. Se puede apreciar a simple vista como la figura indígena ayuda a dar forma a toda nuestra implantación al igual que de ella misma se desprende todo lo expuesto en la implantación (movilidad, zonas duras y blandas).



Ilustración 18 Vista proyecto entorno ecistente. Fuente: elaboración propia.

3.1.4.2 Render proyecto

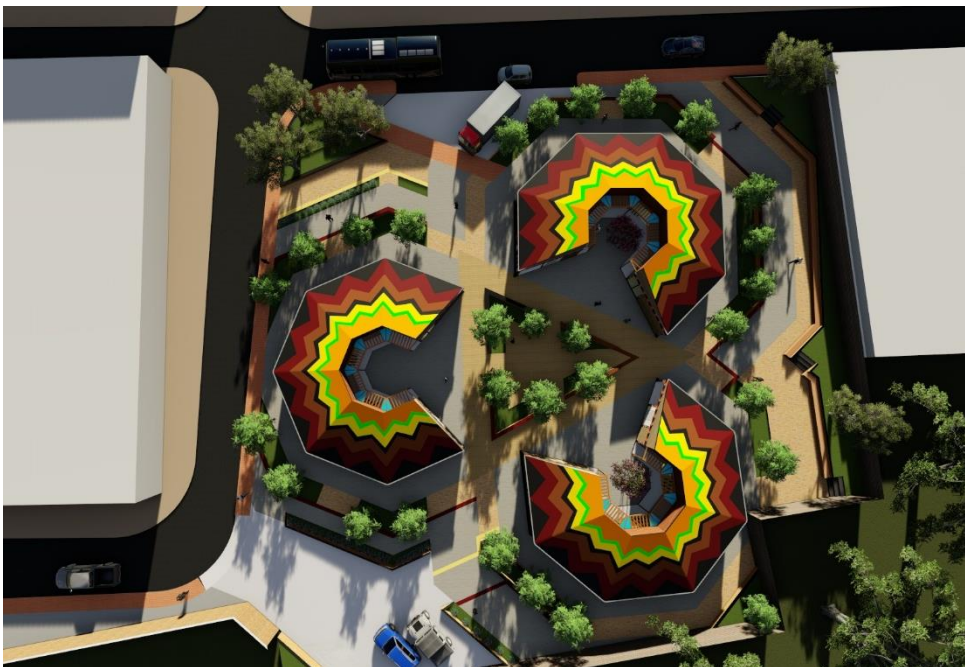


Ilustración 19 Render proyecto. Fuente: Elaboración propia.

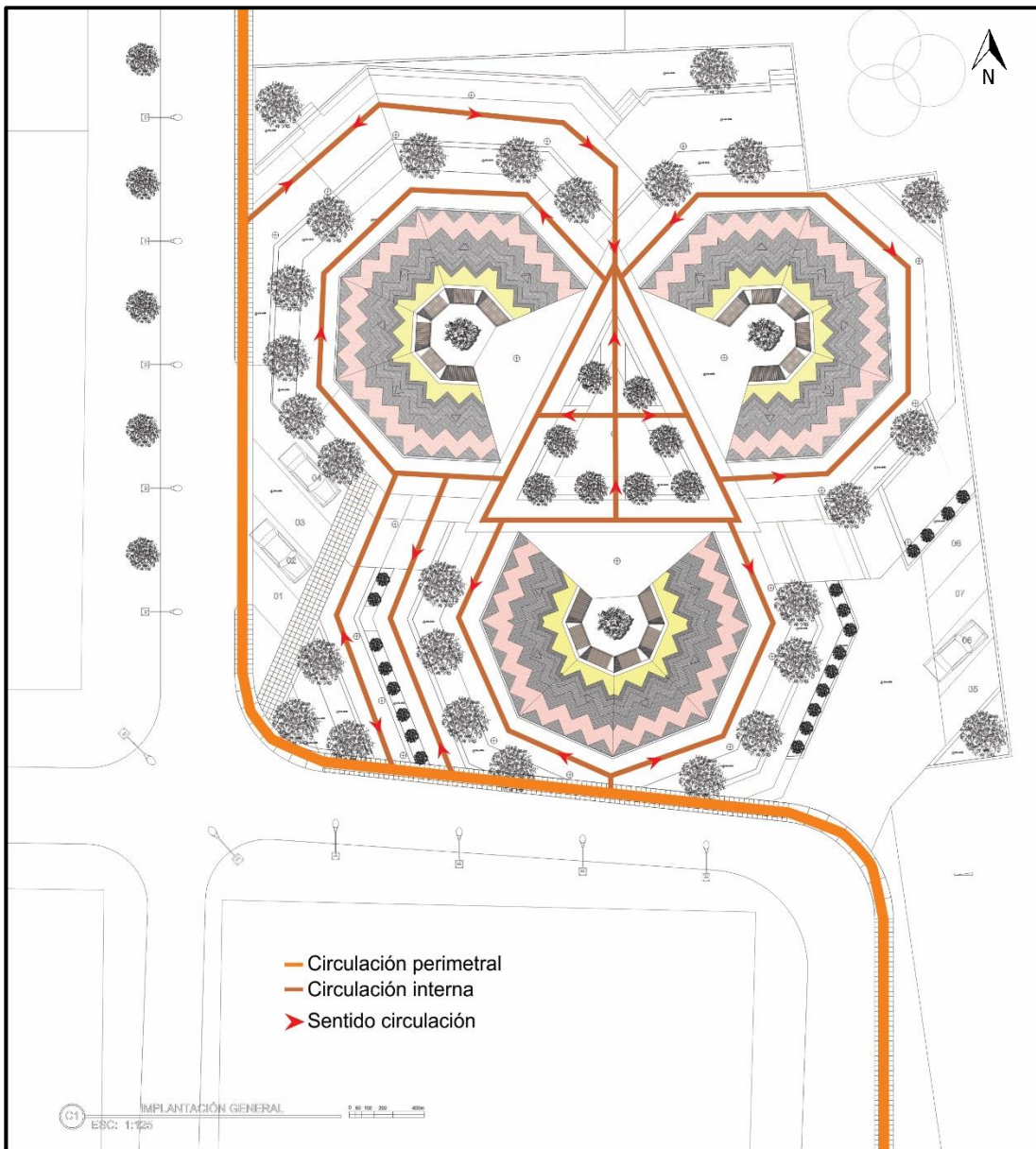


Ilustración 20 Circulación implantación. Fuente: Elaboración propia.

Los recorridos generados gracias a la forma del concepto hacen que su flujo sea constante y muy libre, algo prioritario en una comunidad ya que ellos afirman que el equipamiento debe ser libre sin distinción alguna en pocas palabras un equipamiento incluyente.

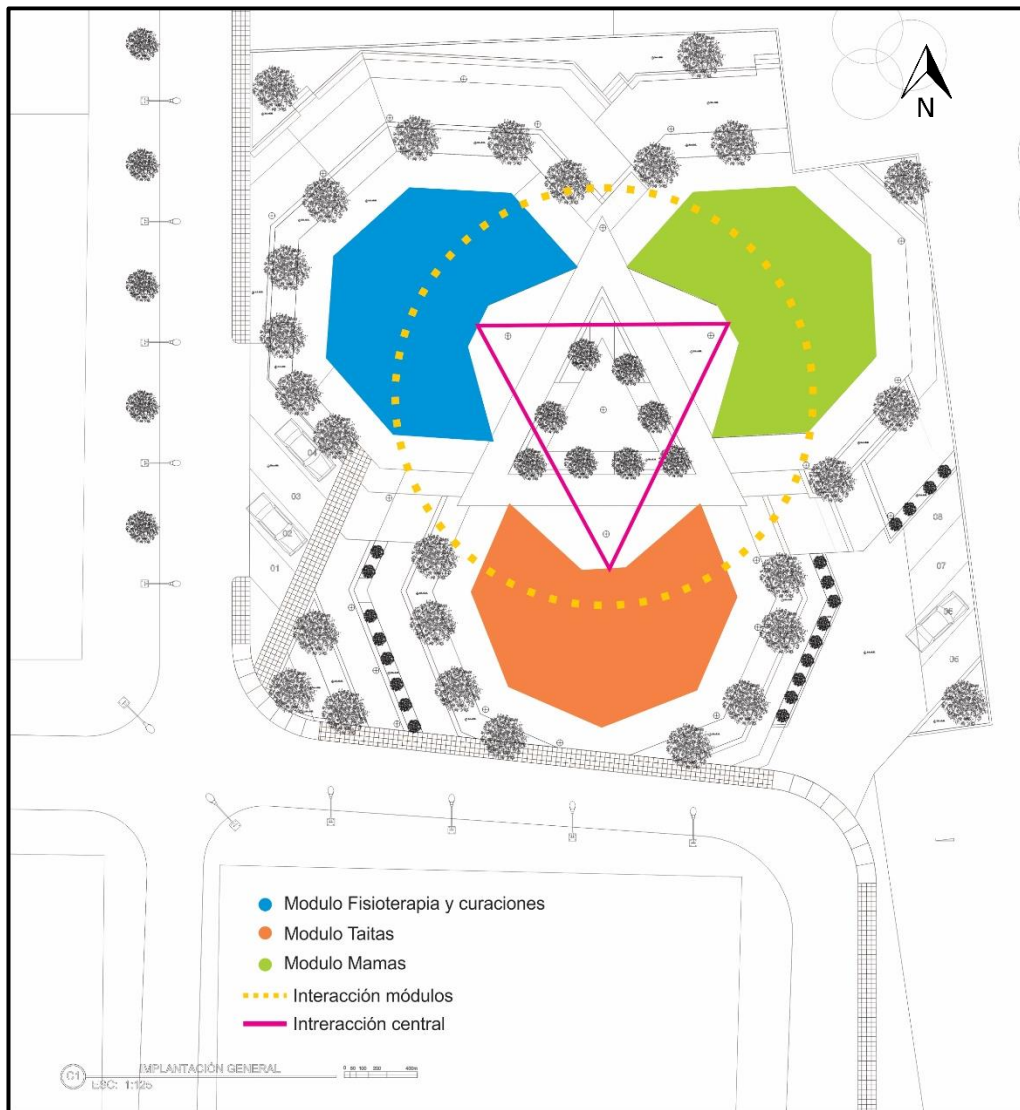


Ilustración 21 Zonificación implantación

Las formas dispersas de los tres módulos obedecen a una privacidad que hay entre los taitas y las mamas indígenas, los taitas afirman que las mujeres no deben estar cerca de ellos ya que eso causa un efecto negativo a su tratamiento en singulares palabras el efecto de su medicina no funciona igual.

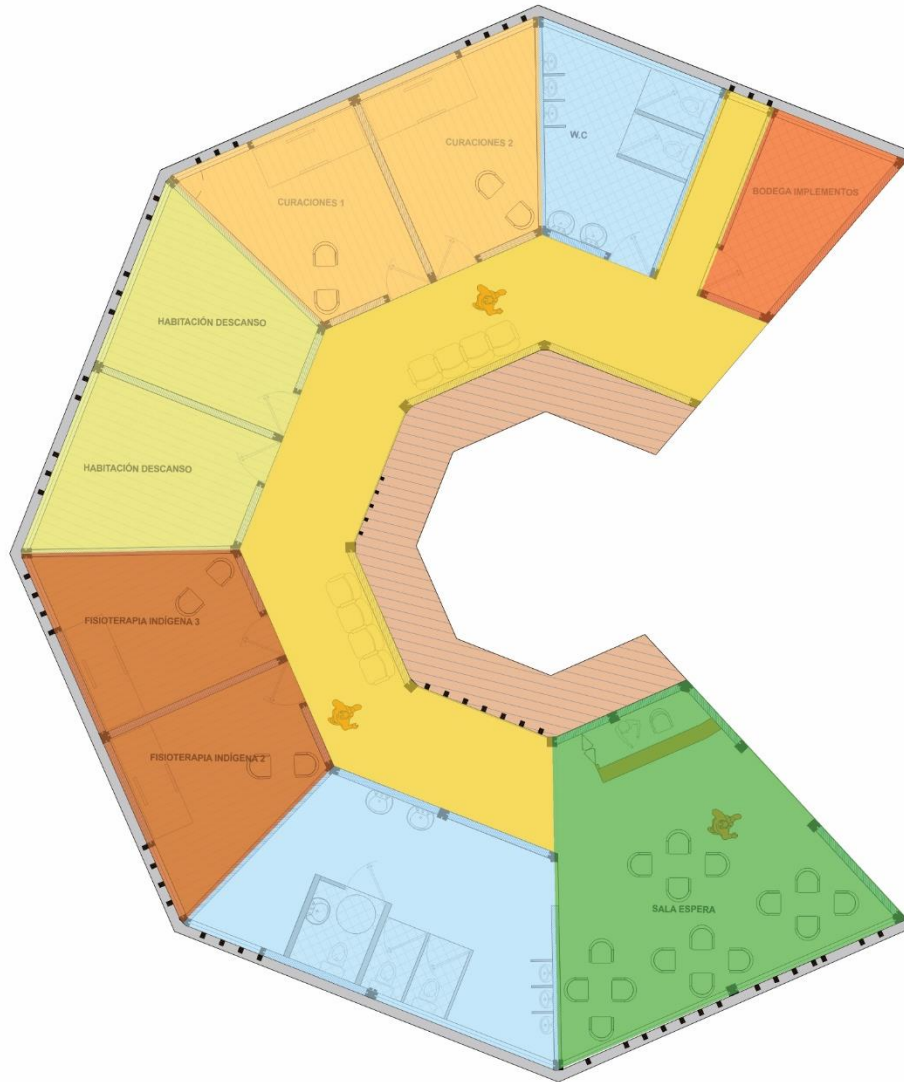


Ilustración 22 Zonas duras y blandas. Fuente: Elaboración propia.

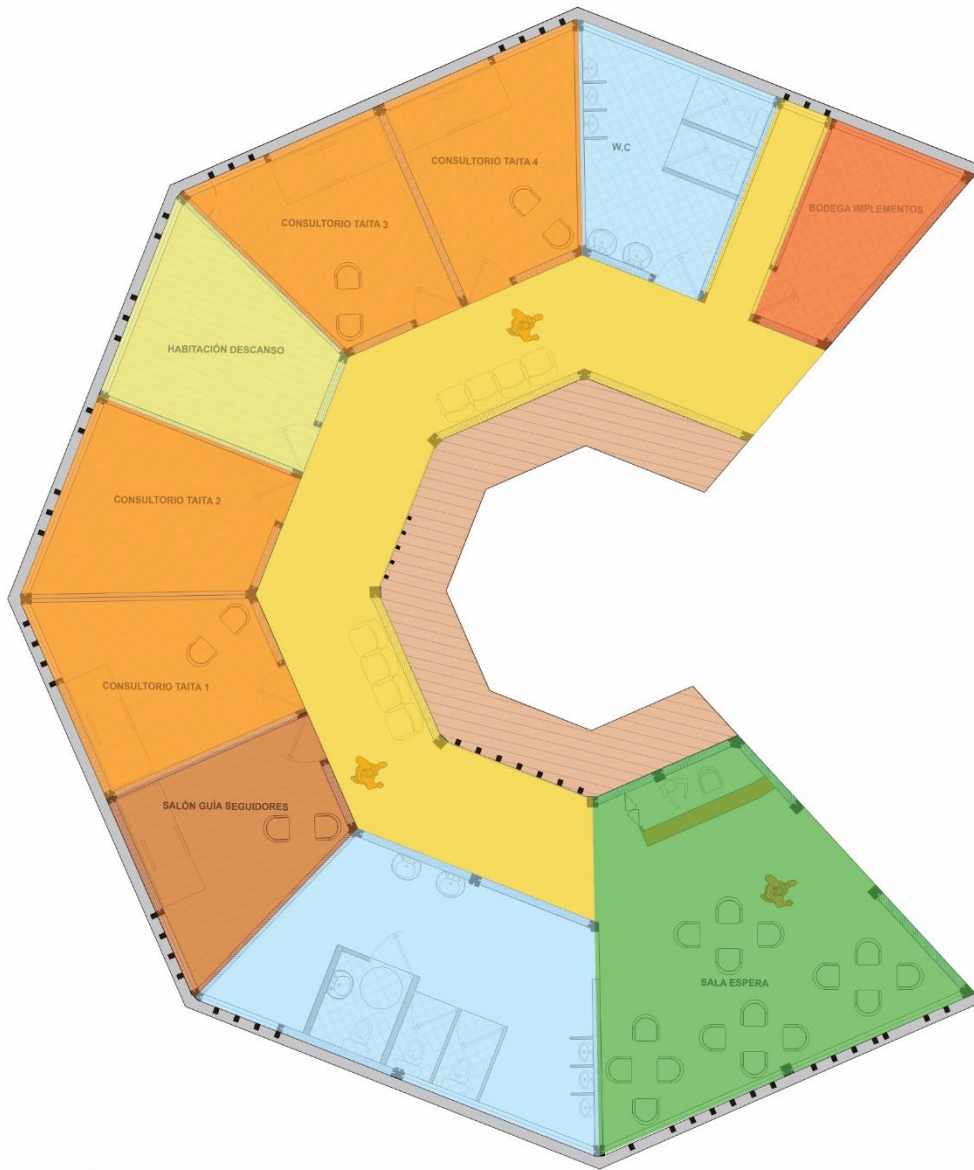
La vinculación de las áreas verdes obedece a la petición de la comunidad quien a la hora de exponer el proyecto hicieron mucho énfasis en la parte ambiental del proyecto. Lo cual querían que se adecuara alrededor de los módulos para así mantener un ambiente sano y tranquilo (interactuar con la naturaleza).

3.1.5 Zonificación módulos

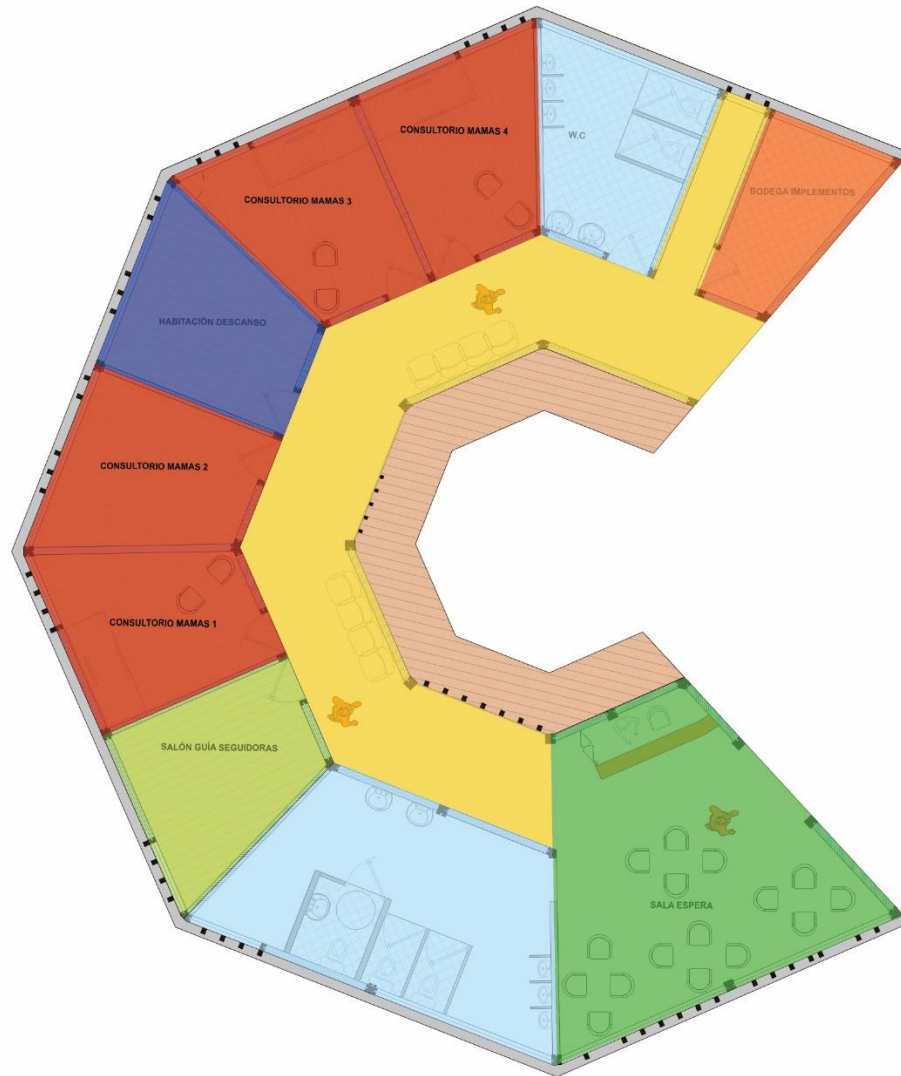
3.1.5.1 Módulo 1 Fisioterapia indígena y curaciones



- Área social: 33.96 m²
- Área servicios: 40.68 m²
- Área atención Fisioterapia: 27.24 m²
- Área atención Curaciones: 27.24 m²
- Área privada: 27.24 m²
- Área circulación: 47.26 m²



- Área social: 33.96 m²
- Área servicios: 40.68 m²
- Área atención Taita: 54.42 m²
- Área salón guía: 13.62 m²
- Área privada: 13.62 m²
- Área circulación: 47.26 m²



- Área social: 33.96 m2
- Área servicios: 40.62 m2
- Área atención mamas: 54.42 m2
- Área salón guía: 13.62 m2
- Área privada: 13.62 m2
- Área circulación: 47.26 m2

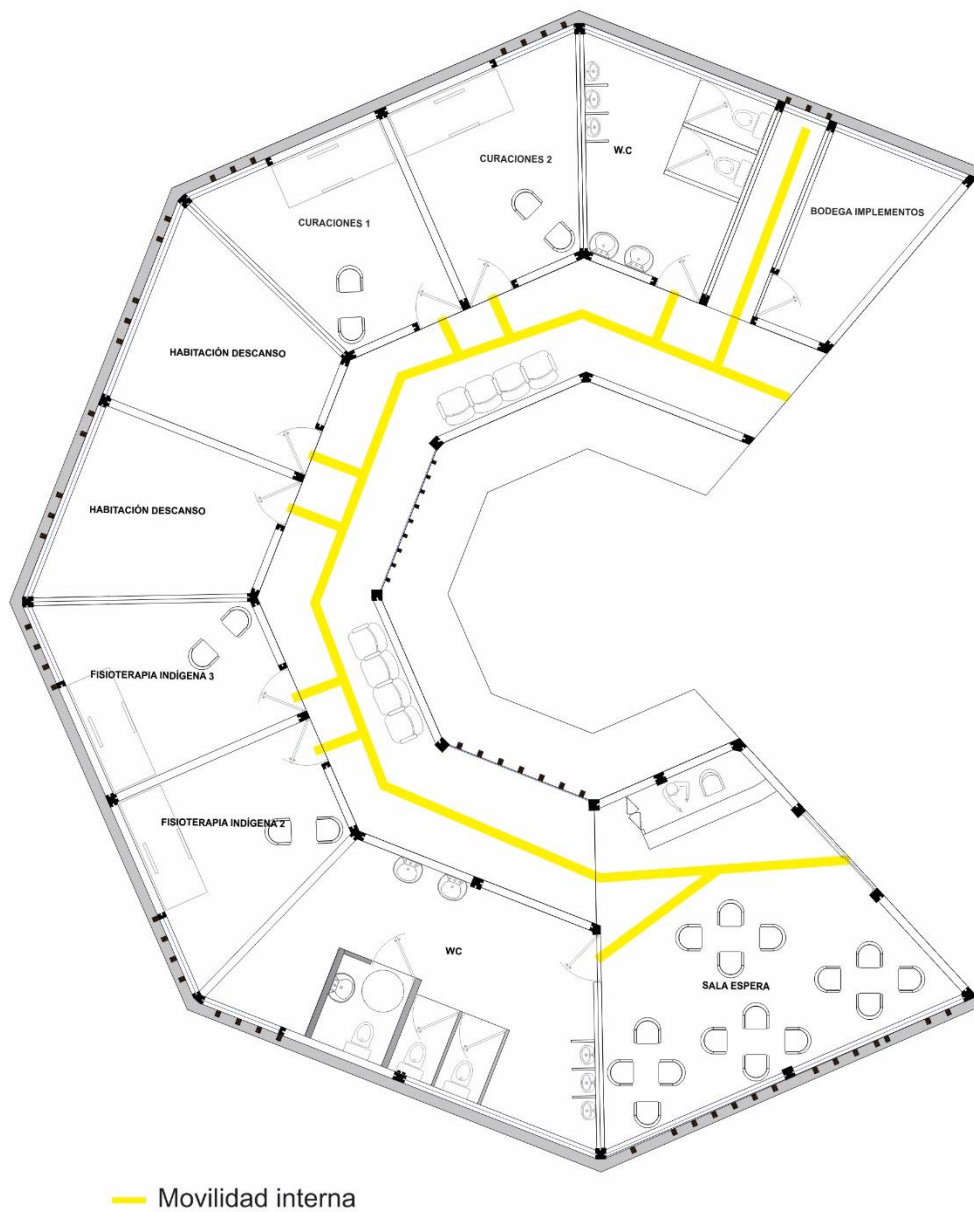


Ilustración 23 Movilidad módulos. Fuente: Elaboración propia.

La movilidad interna de los módulos es libre tanto así que pueden entrar por los dos extremos del equipamiento dejando plasmado el concepto indígena de recorridos libres dentro de los módulos.

3.1.6.1 Corte longitudinal



Ilustración 24 Corte longitudinal implantación. Fuente: Elaboración propia.

3.1.6.2 Corte transversal



Ilustración 25 Corte transversal implantación. Fuente: Elaboración propia.

3.1.7 Fachadas módulos

3.1.7.1 Fachada principal fisioterapia indígena, Taitas y mamas.



Ilustración 26 Fachada Principal. Fuente: Elaboración propia.

3.1.7.2 Fachada lateral derecha



Ilustración 27 Fachada lateral derecha. Fuente: Elaboración propia.



Ilustración 28 Fachada posterior. Fuente: Elaboración propia.



Ilustración 29 Fachada posterior. Fuente: Elaboración propia.

3.1.8.1 Corte A-A

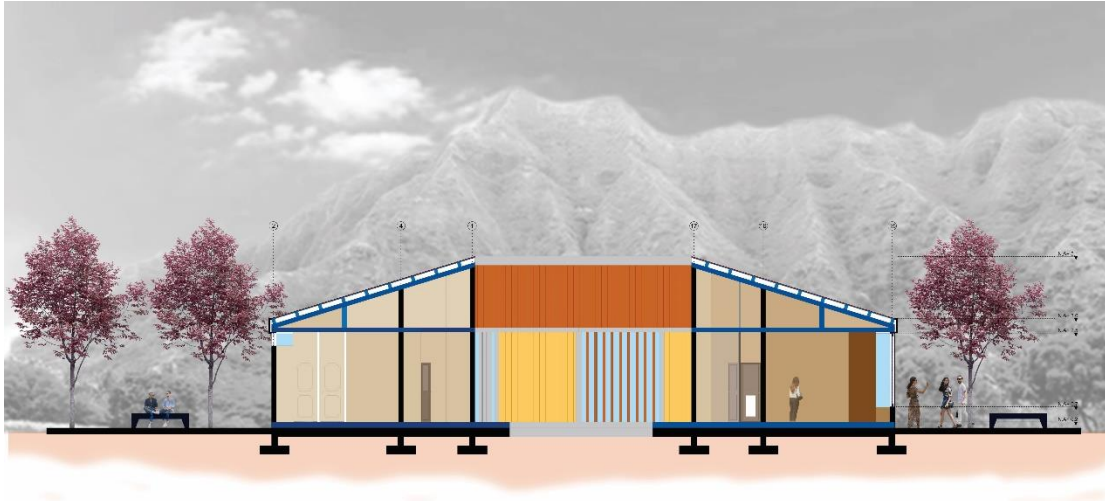


Ilustración 30 Corte módulo. Fuente: Elaboración propia.

3.1.8.2 Corte B-B

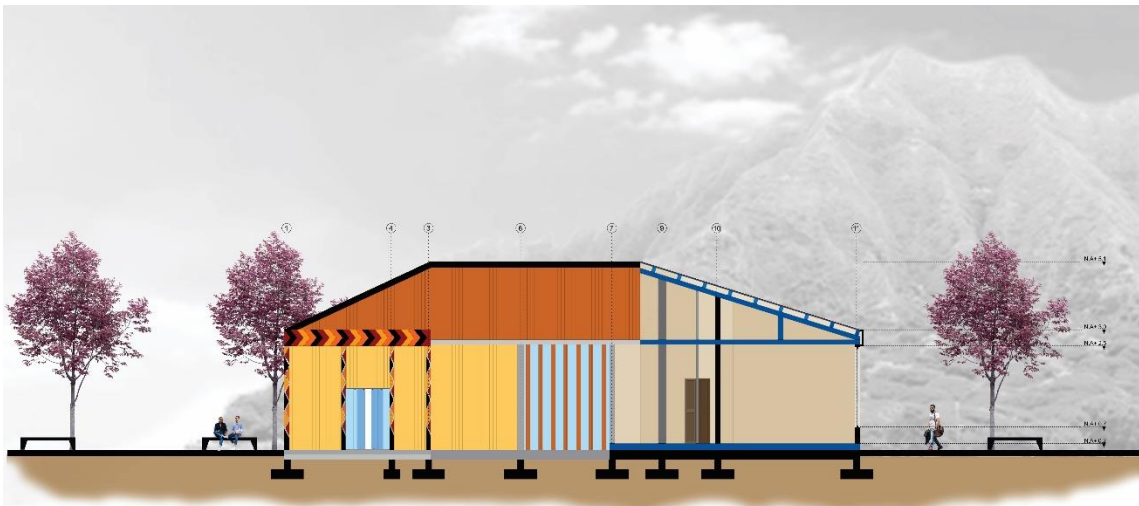


Ilustración 31 Corte 2 módulo. Fuente: Elaboración propia.

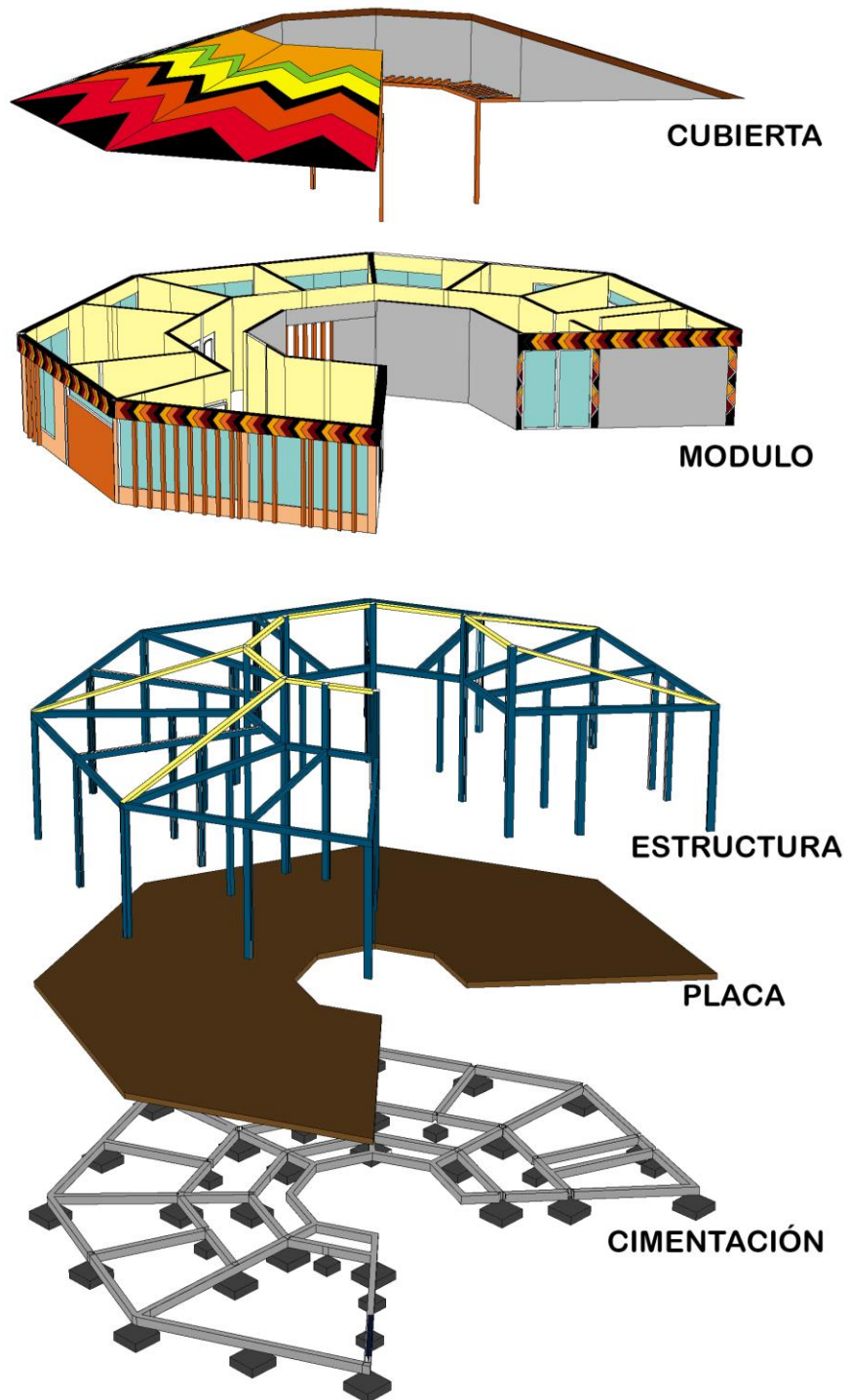


Ilustración 32 Despiece módulo. Fuente: Elaboración propia.

Una de las alternativas más eficientes para el proceso constructivo de este proyecto es la utilización del plástico. Ya que las comunidades indígenas son amigables con el medio ambiente.

La utilización de plástico reciclable es una alternativa conveniente según (Valencia, 2016), quienes ven en él una alternativa viable como método constructivo. Esta empresa fundada en 2011, logró patentar su sistema de ladrillos y pilares hechos de plástico reciclado, ensamblados como piezas de Lego en un sistema constructivo que permite levantar en cinco días viviendas de hasta dos pisos de alto.

3.1.9.1 Descripción

En vez de usar plástico virgen, decidieron entregarle una segunda vida al ya desechado, considerando que en promedio tarda 300 años en degradarse por completo. “Trabajar con plástico virgen es sencillo”, explicó Óscar Méndez al diario colombiano El Tiempo, “porque existen parámetros definidos, pero el usado demanda mayor experimentación”.

El material base con el que trabajan es obtenido de parte de recicladores populares y aportes de fábricas que desechan diariamente toneladas de plásticos. A través de un proceso de extrusión del plástico, éste se derrite y se vacía en un molde final, creando un ladrillo de tres kilos de peso, similar a uno de arcilla de mismas dimensiones. Asimismo, al estar ensamblados a presión, los ladrillos aíslan el calor y cuentan con aditivos que retardan la combustión. Adicionalmente, son termo acústicos y su sismo resistencia está acreditada ante la normativa colombiana, tomando en cuenta la alta actividad sísmica del país sudamericano.



Ilustración 33 Materialidad vivienda. Fuente: Arch-Daily



Ilustración 34 Materialidad vivienda. Fuente: Arch-Daily



Ilustración 35 Materialidad vivienda. Fuente: Arch-Daily



Ilustración 36 Materialidad vivienda. Fuente: Arch-Daily

Mediante este trabajo de investigación se desarrolló todo lo planteado desde la propuesta inicial, respondiendo de forma contundente, positiva o negativa nuestras preguntas problematizadoras, refiriéndonos a la primera pregunta así: ¡Sí!, es posible fortalecer nuestra identidad cultural por medio de la creación de un equipamiento indígena, que como objetivo principal es el de salvaguardar los conocimientos y costumbres ancestrales de nuestras comunidades indígenas involucradas.

De manera que, respondiendo a nuestra segunda pregunta relacionada a la inversión de recursos, siendo una respuesta negativa, enfatizando en que las autoridades Gubernamentales de nuestro municipio, departamento o nación no cumplen las competencias estimadas cuando nos referimos a proyectos el cual vinculen comunidades o culturas indígenas.

El objetivo principal se cumplió a cabalidad efectuando todos los lineamientos y conceptos que manejara la propuesta de diseño arquitectónico para el fortalecimiento de la medicina tradicional indígena, mediante estrategias plasmadas en el documento anteriormente, componentes que contribuirán a mejorar aspectos relacionados al uso de la medicina tradicional y sus tratamientos.

Por otra parte, a medida que se desarrollaba este trabajo de investigación algunos objetivos específicos se modificaron, ya que mediante el proceso de análisis los alcances no cumplían con lo planteado. Uno de ellos a primera medida era elaborar un diagnóstico social, cultural y político y se modificó a determinar las variables asociadas al detrimento de las comunidades indígenas en Mocoa Putumayo. Todo esto con el objetivo de identificar y analizar las diferentes variables de la comunidad Kamentsa.

planteaba definir lineamientos de diseño universal para la construcción de un equipamiento de salud indígena integral, cambiándolo a: Definir lineamientos de diseño universal para la construcción del centro de medicina indígena como equipamiento, teniendo en cuenta sus conocimientos y la forma de ver el mundo “cosmovisión”. Todo esto con el fin de incluir todo lo relacionado a la forma de ver el mundo desde un aspecto indígena.

Al igual que el título del proyecto se transformó, quien en un inicio se refería a un Puesto de salud indígena y se ajustó a Centro de medicina indígena, todo esto después de un largo periodo de evaluación durante el semestre. El cambio se realizó por motivos de que nuestro proyecto quería vincular todos los términos y conceptos étnicos de nuestras comunidades indígenas.

Podemos resaltar que, durante el desarrollo de este trabajo de investigación, se tuvieron en cuenta todas las fases metodológicas siendo así un elemento fundamental para el complemento de mi proyecto, fases que me llevaron al producto final.

- Alternativa, D. d. (27 de septiembre de 2002). *www.nccam.nih.gov*. Obtenido de *www.nccam.nih.gov*.
- AMBIENTE, M. D. (4 de JULIO de 2019). *MINIAMBIENTE*. Obtenido de *MINIAMBIENTE*: <http://www.minambiente.gov.co>
- Ancestral, P. T. (20 de Junio de 2018). *Turismo Putumayo*. Obtenido de Turismo Putumayo: <http://turismopotumayo.gov.co>
- Autor, F. (2018). Concepto.
- BETÍN, T. (04 de 02 de 2017). TRAGEDIA EN MOCOA. *EL HERALDO*, pág. 5.
- Borge, C. (1997). Etnografía de la salud en el territorio indígena de Talamanca. Costa Rica.: SEDER. San Jose.
- DANE. (2007).
- DANE. (2010). BOGOTA.
- Gomez, M. B. (2003). *Medicina occidental y otras alternativas*. Rio de Janeiro: Cad. Saude Publica.
- Gutiérrez et al. (2003).
- IGAC. (2019). *INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI*. Bogotá.
- IGAC. (2008). *INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI*. BOGOTA.
- JAKAÑA, C. D. (2011-2013). CENTRO DE MEDICINA TRADICIONAL QUMAR JAKAÑA. 6.
- José, S. (25 de junio del 2006). ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *medicina indígena tradicional y medicina convencional*, 44.
- Menendez. (1990).

OMS. (2002). Organización Mundial de la Salud.

84

ONIC. (Noviembre de 2016). *Organizacion indigena de Colombia* . Obtenido de Organizacion indigena de Colombia : <http://www.onic.org.co>

OPS. (s.f.). *Serie Informes Técnicos, No. 16. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud El caso de los mapuche de Makewe.* Pelale de Chile.

OPS/OMS. (1997). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 13.

PNUD. (6 de Julio de 2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Objetivos de Desarrollo Sostenible: <http://www.co.undp.org>

PNUMA, O. Y. (2009). PROGRAMA DE NACIONES UNIDAD PARA EL MEDIO AMBIENTE - ORGANIZACIÓN DEL TRATADO DE COOPERACIÓN AMAZÓNICA. *GEO AMAZONÍA*, 168.

Salazar Cardona, C. A., & Riaño Umbarila, E. (2015). *PERFILES DE LA AMAZONIA* . Bogotá: Editorial Scripto s.a.s.

SIAT-AC. (2015). *SISTEMA DE INFORMACION AMBIENTAL TERRITORIAL DE LA AMAZONÍA COLOMBIANA*. BOGOTA.

SINCHI. (2019). *INSTITUTO AMAZÓNICO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS*. LETICIA, FLORENCIA, SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, MITÚ, BOGOTA.

Territorial, P. b. (2000-2002). *Diagnostico General*. Mocoa.

Tomás p., J. (11 de Abril/Junio de 1995). Política Sanitaria y Legislación en Materia de Medicina. *scielo.br*, 211.

Valencia, N. (25 de Julio de 2016). *Arch Daily*. Obtenido de Arch Daily:

85

<https://www.archdaily.co>

Como anexos finales, estará incluiré todo la planimetría y sus componentes, quienes se entregarán de modo digital.

Listado:

1. Plano arquitectónico implantación general más cubierta.
2. Plano arquitectónico implantación general más planta arquitectónica módulos.
3. Planta arquitectónica módulos 1,2 y 3.
4. Fachadas módulos 1, 2 y 3.
5. Cortes generales de implantación.
6. Cortes de los módulos.
7. Detalles constructivos.
8. Render del equipamiento en general y sus módulos
9. Video Render del equipamiento
10. Propuesta inicial anteproyecto de grado.
11. Acta presentación ejecutiva anteproyecto de grado.

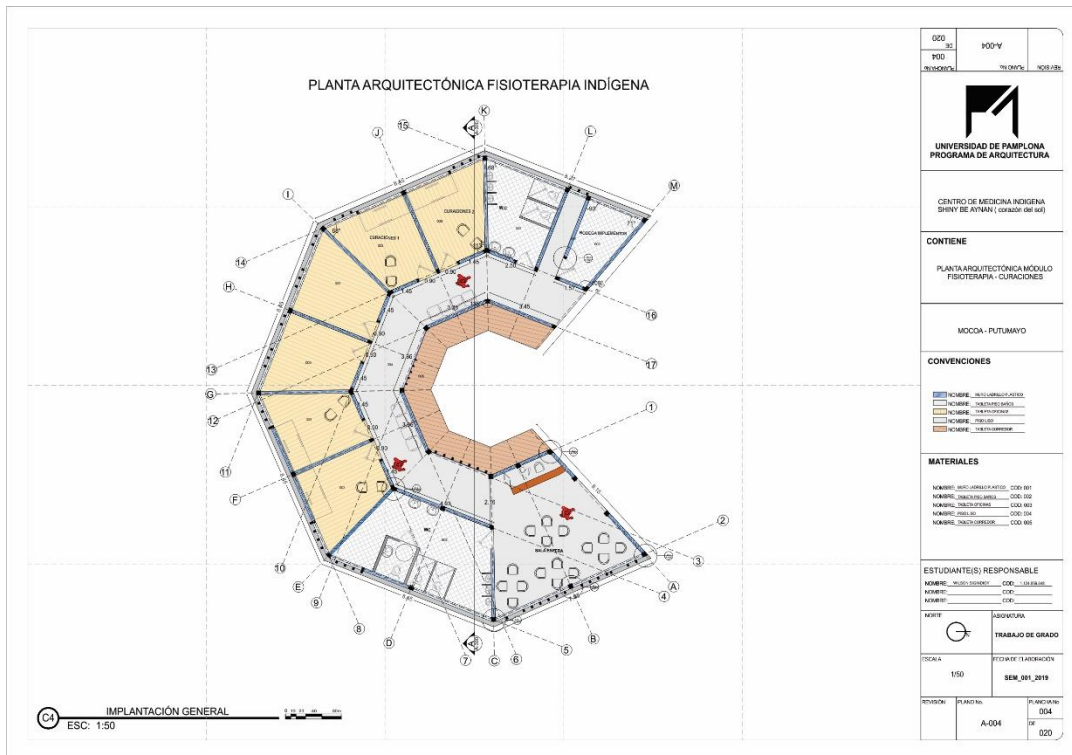


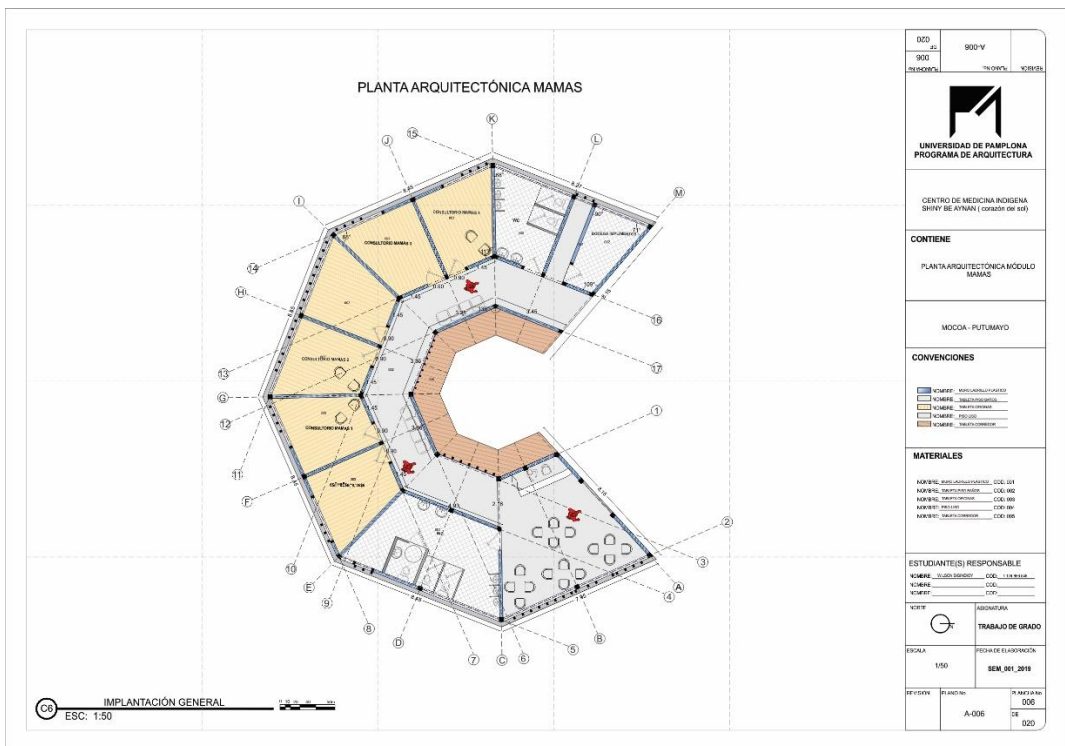
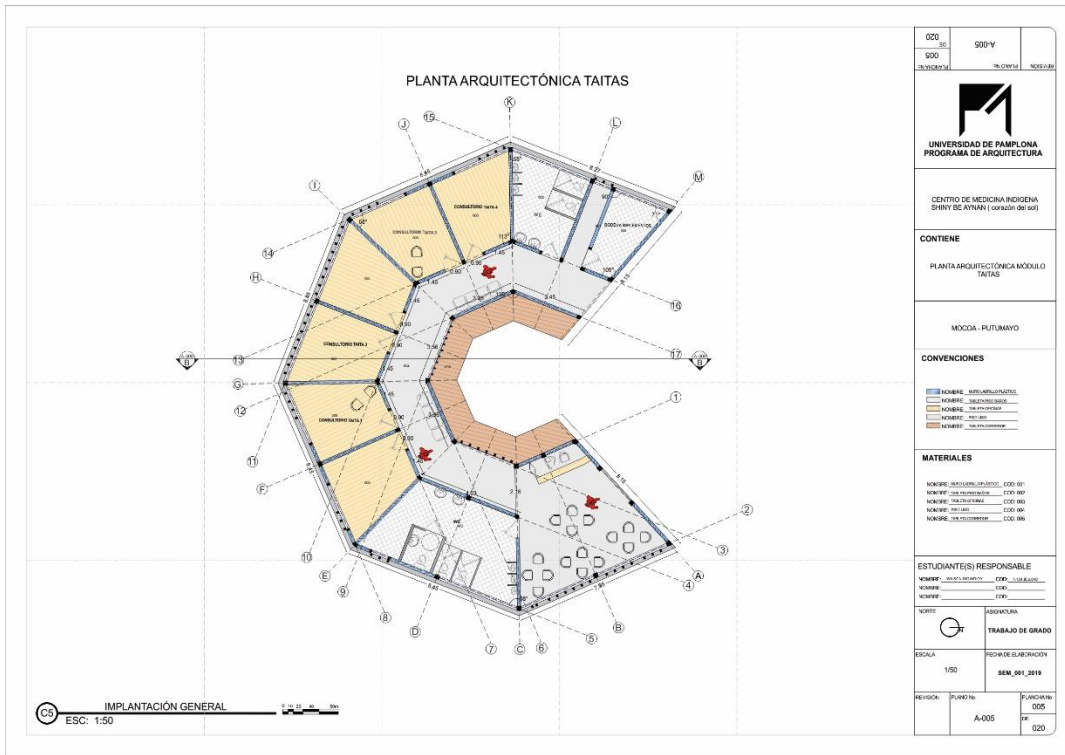
Implantación general – cubierta

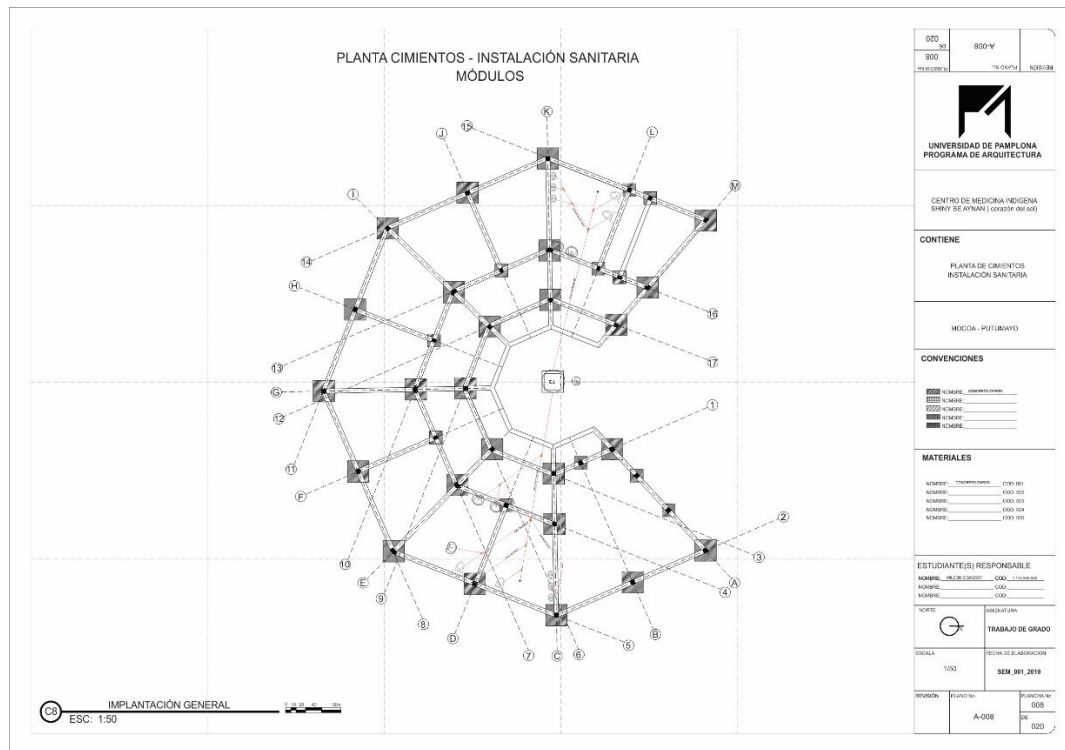
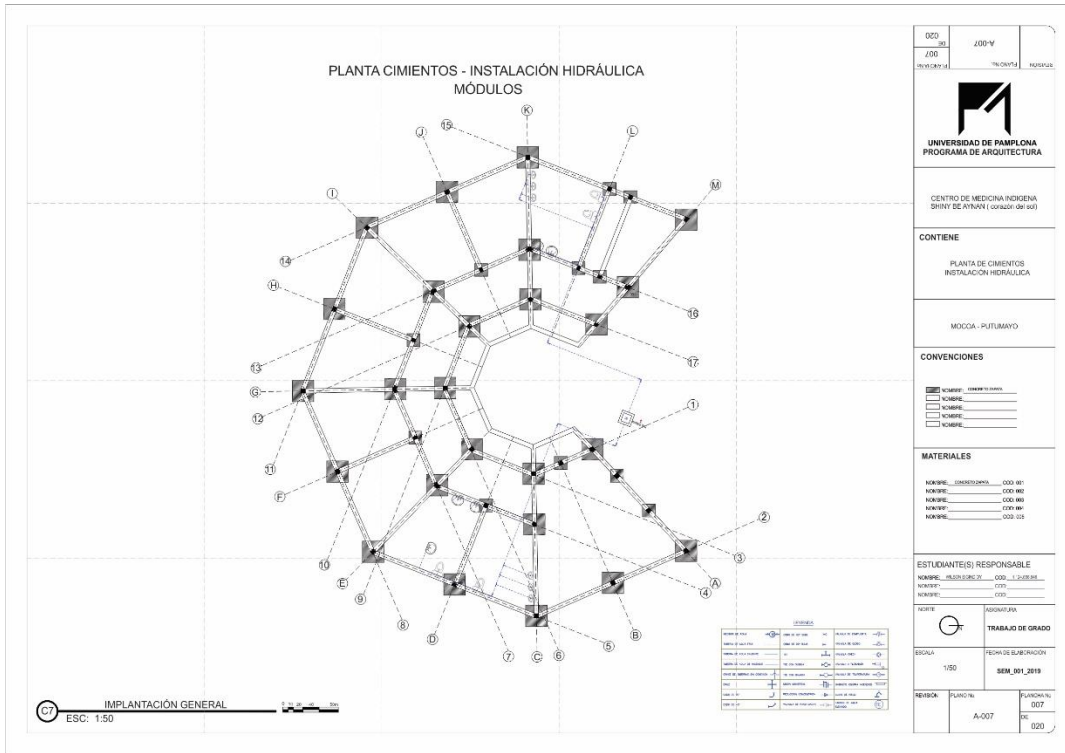


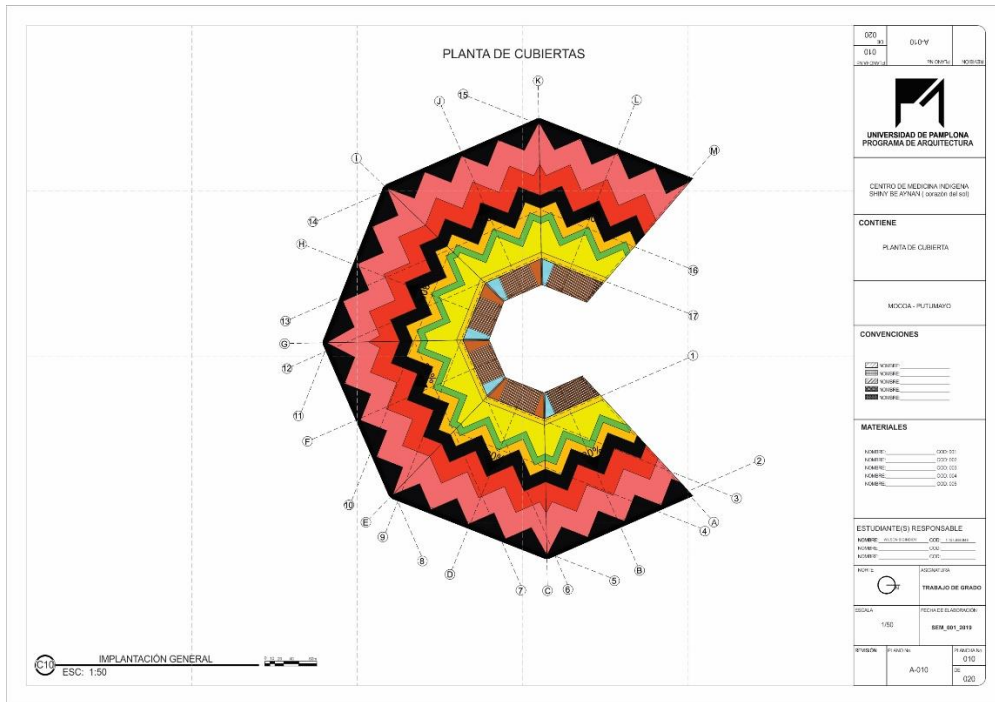


Planta módulo 1









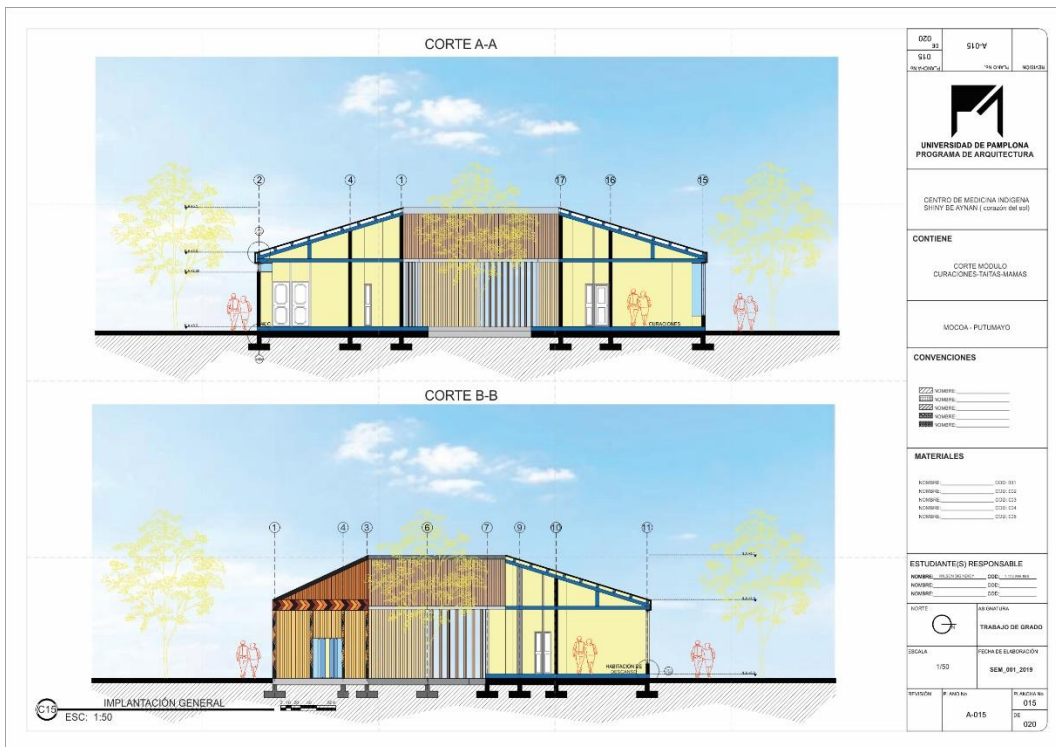
Fachada 1







Corte módulo



DE VIGAS ESQUINAS (D3 A-500)

ENSAMBLE PARA ENCOFRAR

DE VIGAS ESQUINAS (D9 A-500)

DETALLE ANCLAJE COLUMNA (D8 A-500)

DE VIGAS ESQUINAS (D1 A-500)

VISTAS LADRILLO RECICLADO (FRONTAL, LATERAL DERECHA, SUPERIOR, ISOMÉTRICO)

ENCAJE (PUNTA DE TERMINAL PARA BUIRO (UNIDAD DE PLASTICO VENTANAS Y VENTILACIÓN)) (D10 A-500)

DETALLE SOPORTE DE MADERA EN FACHADA (D2 A-500)

DETALLE MACHIMBRE

DE VIGAS ESQUINAS (D5 A-500)

CUBIERTA (D7 A-500)

DETALLE DE CAJA DE INSPECCIÓN A.L.L. Y.A.N. (D6 A-500)

CORTE DE CAJA DE INSPECCIÓN A.L.L. Y.A.N.

IMPLANTACIÓN GENERAL (ESC. 1:10)

DDO	910-V	
SUBCATEGORÍA	TECNOLOGÍA	EXPOSICIÓN
<p>UNIVERSIDAD DE PAMPLONA PROGRAMA DE ARQUITECTURA</p>		
CENTRO DE MEDICINA INDÍGENA SHRYN BE ATIAN (CORUJÓN DEL SUR)		
CONTIENE		
DETALLES		
MOEDA - PUTUMAYO		
CONVENCIONES		
[] NOMBRE: _____ [] NOMBRE: _____ [] NOMBRE: _____ [] NOMBRE: _____		
MATERIALES		
NOMBRE: 0001 001 NOMBRE: 0013 002 NOMBRE: 0013 003 NOMBRE: 0013 004 NOMBRE: 0013 005		
ESTUDIANTE(S) RESPONSABLE		
NOMBRE: _____ COE: _____ NOMBRE: _____ COE: _____ NOMBRE: _____ COE: _____		
TÍTULO		ASIGNATURA
		TRABAJO DE GRADO
ESCALA	FECHA DE ELABORACIÓN	
1:10	SEM. 001, 2019	
REVISIÓN	PLANO N.º	FOLIO N.º
	A-016	016
		020