

DOCUMENTO DE TRABAJO No. 1

INSUMOS PARA LA
CONCEPTUALIZACIÓN
Y DISCUSIÓN DE UNA POLÍTICA
DE PROTECCIÓN SOCIAL
EN SALUD PARA LOS GRUPOS
ÉTNICOS DE COLOMBIA

**INSUMOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN
Y DISCUSIÓN DE UNA POLÍTICA DE
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
PARA LOS GRUPOS ÉTNICOS DE COLOMBIA**

AUTORES

**Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Promoción Social
Organización Panamericana de la Salud**

Nuevas Ediciones Ltda.
Carrera 26A No. 5A-92
2004
Bogotá, D.C. Septiembre de 2004
© Reserva del derecho de Autor.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

RAMIRO GUERRERO CARVAJAL
Viceministro Técnico

EDUARDO JOSÉ ALVARADO SANTANDER
Viceministro de Salud y Bienestar

LUZ STELLA ARANGO DE BUITRAGO
Viceministra de Relaciones Laborales

LUIS MANUEL NEIRA NÚÑEZ
Secretario General

CESAR AUGUSTO CÓRDOBA MUÑOZ
Director General de Promoción Social



PIER PAOLO BALLADELLI

Representante de OPS/OMS en Colombia

JOSÉ RUALES

Asesor en acceso universal de los servicios de salud

COMITÉ TÉCNICO: Gina Carrioni Denyer
Carlos Alberto Rincón
José Ruales
Isabel Cristina Ruiz

ASESORES OPS: Rocío Rojas
José Milton Guzmán

FUNDACION HEMERA: Luis Carlos Osorio Rendón
Pedro Cortés Lombana
Margarita Bolívar Ruiz
Jairo Hernán Ternera Pulido

Tabla de contenido

Presentación	11
---------------------------	-----------

Capítulo 1.

EL MARCO JURÍDICO DE LA SALUD PARA LOS GRUPOS ÉTNICOS EN COLOMBIA	13
--	-----------

El Derecho a la Salud para Grupos Étnicos	17
La Normatividad Constitucional y los Derechos de los Pueblos Indígenas	20
Conclusiones	23

Capítulo 2.

ETNICIDAD Y SALUD	24
--------------------------------	-----------

Contexto Histórico	24
Tendencias Contradictorias	26
Los Grupos Étnicos en Colombia	27
Pueblos indígenas	28
Población Afrocolombiana	29
Raizales del archipiélago de San Andrés	29
Pueblo ROM o Gitanos	30
Marco Conceptual	31
Situación de Salud de los Grupos Étnicos	41
Principales Problemas para la Salud de los Grupos Étnicos en Colombia	45
Situación de salud, desde la perspectiva de la medicina facultativa	52
Alternativas frente a la problemática de salud	55
Conclusiones	60

Capítulo 3.

LA SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN COLOMBIA	61
---	-----------

Contexto de la prestación de Servicios de Salud a Grupos Étnicos	62
Primer Período: prestación de servicios bajo el esquema del Sistema Nacional de Salud	62
Atención Primaria en Salud	63
Los Promotores de salud indígenas	64
Programas de Salud de las Organizaciones indígenas	64
La descentralización en Salud	66
Segundo Período: prestación de servicios bajo la ley de Seguridad Social en Salud	67
El plan de beneficios POS:	67
Régimen Subsidiado:	68
Necesidad de una política dual	68

Los pueblos indígenas y la seguridad social en salud	68
La Ley 691 de 2001	69
La operación del Sistema	69
Modelo de Gestión	70
Las Empresas Solidarias de Salud Indígenas	71
Modelo de atención en salud para los grupos étnicos	73
Hacia un Modelo de atención en salud	75
Un modelo de gestión del seguro público de salud en los territorios indígenas	78
Conclusiones	79

Capítulo 4.

POLÍTICA DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA GRUPOS ÉTNICOS 81

Aproximación a las Políticas Públicas	81
Caracterización de la Política de Salud para Grupos Étnicos	82
Seguridad Social	84
Protección Social	85
Protección Social en Salud	89
Los Grupos Étnicos y la Protección Social	94
Los Riesgos de las Comunidades Indígenas	96
Conclusión	99

Capítulo 5.

UNA POLÍTICA PÚBLICA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA GRUPOS ÉTNICOS 100

El contexto	100
Los Objetivos de la extensión de la protección social en salud	101
El Marco Ético	101
Componentes de la Política de Protección Social	102

Anexo No. 1. Normatividad Legal 106

Glosario

ARS:	Administradora del Régimen Subsidiado
ARSI:	Administradora del Régimen Subsidiado Indígena
CNSSS:	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EPS:	Entidad Promotora de Salud
EPSI:	Entidad Promotora de Salud Indígena
ETIS:	Entidades Territoriales Indígenas
FOSYGA:	Fondo de Solidaridad y Garantía
ICBF:	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAB:	Plan de Atención Básica
PIDESC:	Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales
POS:	Plan Obligatorio de Salud
PSS:	Protección Social en Salud
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SAPIA:	Salud para los Pueblos Indígenas de América
SISBEN:	Sistema de Selección de Beneficiarios

Presentación

El propósito de este documento es aportar la sustentación conceptual que servirá como base para la realización de una serie de encuentros, que tienen por objeto realizar, conjuntamente con las organizaciones de los grupos étnicos, una caracterización de la situación de salud de los indígenas, los afro descendientes, los raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y los Gitanos o pueblo ROM y un diagnóstico de la atención que están recibiendo para sus necesidades de salud. Con base en dichos ejercicios, se procederá a la concertación de una Política de Protección Social en Salud, específica para dichos grupos.

El presente Marco Conceptual abarca los siguientes temas: primero, un análisis de la situación normativa del derecho a la salud para los grupos étnicos, haciendo hincapié en los instrumentos internacionales, en la forma que dichos instrumentos han sido recogidos en la normatividad interna y la forma como dicha normatividad interactúa con el derecho propio, así como algunas reflexiones relacionadas con su aplicabilidad; en un segundo capítulo se desarrollan algunas reflexiones sobre la etnicidad y salud, destacando las desventajas de los grupos

étnicos frente a los promedios nacionales en salud, las luchas que estos grupos por el reconocimiento de sus derechos, los conceptos fundamentales para analizar estas relaciones, destacando el tema de la medicina tradicional, los problemas más directamente relacionados con la salud y algunas alternativas para superarlos; el tercer capítulo analiza la situación de salud de los grupos étnicos en Colombia, aportando en la construcción de su diagnóstico de salud; un cuarto capítulo desarrolla la política de la Protección Social en Salud y en el capítulo quinto se abordan los elementos constitutivos de una política pública de protección en salud para los grupos étnicos. Finalmente, en documento anexo, se entrega una compilación de las principales normas que tratan de la situación en salud para los grupos étnicos.

Se espera que el documento contribuya a dar claridad a los esfuerzos de las organizaciones sociales, del Estado, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y demás actores interesados en garantizar para las poblaciones étnicas el derecho a la salud, en el marco de su identidad cultural y sus intereses colectivos.

Capítulo 1.

EL MARCO JURÍDICO DE LA SALUD PARA LOS GRUPOS ÉTNICOS EN COLOMBIA

Con la promulgación de la Constitución de 1991 se inició un proceso de visibilización de los grupos étnicos en Colombia. Este evento, que contó con la participación directa de los indígenas, fue el inicio de un proceso “público” de promoción de un cúmulo de derechos étnicos y culturales, muchos de los cuales fueron incluidos en la Carta. La veintena de normas adscritas al cuerpo constitucional, constituyen un paso importante en el reconocimiento de una normatividad internacional garante de los derechos de las etnias. Con el reconocimiento del carácter de la nación colombiana como multiétnica y pluricultural se abrió camino el proceso de entendimiento intercultural y el reconocimiento de los grupos étnicos —en particular de los pueblos indígenas—, como sujetos colectivos de derechos. Este proceso cierra de alguna manera un largo período de *concepciones conservadoras, unitaristas, colonialistas y dogmáticas de la nación colombiana, signadas por la constitución de 1.886 y que solo tuvo como elemento reivindicatorio y*

*simbólico para los pueblos indígenas la promulgación a finales del siglo XIX, de la Ley 89 de 1890.*¹

Esta Ley continúa siendo, ciento quince años después de promulgada, un referente importante para los pueblos indígenas, ya que la misma enmarcaba “*jurídicamente (sus) reivindicaciones frente a la sociedad nacional*”. Con la nueva Carta se opera un cambio radical en la concepción política del Estado y la Sociedad, derivándose la obligación “de proteger los valores culturales y sociales de las comunidades indígenas y reconociendo el derecho a la existencia como pueblos, con identidades, costumbres, valores, tradiciones y preceptos propios” (Morales Osorio 2002). De un Estado monocultural fincado en “la existencia de un solo pueblo, una sola cultura, un solo Dios, una sola lengua, una sola forma de familia, de higiene...”², se pasa a la existencia de un Estado multicultural que reconoce la pervivencia —a su

1. Morales Osorio, Gladys Eugenia: Sistematización de la experiencia normativa nacional relacionada con salud y comunidades indígenas en Colombia. Dirección departamental de salud del Cauca, Popayán, septiembre de 2002. Pág. 21
2. Sánchez Botero Esther, Jaramillo Isabel Cristina. La Jurisdicción Especial Indígena. Procuraduría General de la Nación. Bogotá, marzo de 2000. Pág. 46

interior—, de multiplicidad de etnias y culturas, titulares de derechos ancestrales y adquiridos.

Los derechos colectivos de los indígenas incluyen su derecho a existir como pueblos, con usos, costumbres, tradiciones y preceptos propios, la oficialidad de sus idiomas en sus territorios, el respeto por su institucionalidad, la propiedad sobre los territorios ancestrales, gobernarse y administrar justicia en ejercicio del derecho propio, una educación que posibilite la consolidación y el desarrollo de su identidad cultural. Así mismo, tienen derecho al desarrollo de programas de salud propia que interpreten los elementos de la interculturalidad y valoren la medicina tradicional, a participar de los ingresos de la Nación, mantener y desarrollar sus sistemas de organización política y social, reivindicando el papel de sus autoridades tradicionales, a desarrollar sus modelos de economía propia, al pleno disfrute de los recursos naturales en sus territorios, a que se realicen consultas previas sobre todos aquellos asuntos relacionados con su integridad y existencia como pueblos asentados en sus territorios y al respeto y protección de sus derechos humanos, como pueblos que merecen vivir en paz y en convivencia con el resto de la sociedad.

Todos estos elementos fueron recogidos en el articulado de la Constitución Política y muchos de ellos han sido reglamentados en lo corrido de la vigencia de la Carta. Este cúmulo de normas de distinto tenor y alcance, es lo que ha dado en llamarse Legislación Indígena y dado su carácter de *especial* en relación con otras normas de la República, se aplican preferencialmente a otras que pudieran legislar sobre la misma materia o similares.

Sin embargo, la sola existencia del referente constitucional y la multiplicidad de leyes, decretos y actos administrativos para los pueblos indígenas, no son garantía para medir su eficacia. Tampoco la existencia del derecho propio

enfrentado a una concepción hegemónica del derecho occidental, han sido garantes para el ejercicio del derecho. En ello cuenta la falta de apropiación y confianza de los comuneros para la aplicación del derecho propio y el necesario entendimiento de que el derecho —en general— es un proceso dinámico, en construcción permanente —realidad a la que no escapa el derecho propio—, agregando que los grupos étnicos viven un proceso adicional de apropiación de su propia normatividad, la cual está sometida permanentemente a los embates del derecho occidental, propio de una sociedad excluyente y a procesos históricos de aculturación. Otro problema lo constituye la interpretación de la norma, principalmente por parte de funcionarios y servidores públicos, los cuales en muchas ocasiones desconocen los principios y mandatos constitucionales, los aspectos esenciales de la legislación indígena y desafortunadamente se rigen por una concepción hegemónica —homogenizante— en la aplicación del derecho.

La Constitución, a pesar del esfuerzo por consensuar los intereses de diversos sectores de la sociedad en medio de una larga y profunda crisis política y social, tampoco fue la panacea que permitiera superar el conflicto. Más allá del interés generalizado por superar los factores de la crisis, el marco de derechos plasmados en la Carta fueron quedando como enunciados de papel, obligando la reclamación de su eficacia y cumplimiento por medio de la movilización social.

La existencia de una gran cantidad de normas, no es sinónimo de la eficacia en la implementación de la política. Si algo es notorio en el proceso de elaboración de dicha normatividad, es su construcción dosificada, coyuntural y en respuesta a las presiones desarrolladas por las comunidades, de una parte, y de otra, al desarrollo de procesos legales (tutelas y demandas) que han motivado sentencias de la Corte Constitucional protegiendo los derechos de los grupos étnicos.

Si bien la normatividad existente hace un reconocimiento a la diversidad étnica y cultural del país, con un gran énfasis en los pueblos indígenas, y por ende al derecho de un trato especial acorde con la realidad cultural de los pueblos indígenas, el ejercicio de los derechos adquiridos encuentra como cortapisa la disponibilidad presupuestal para la implementación de una política integral, entre otras razones, por el modelo de economía propia desarrollado en muchas de las comunidades indígenas y que entra en contradicción con las lógicas del mercado. Es menester reconocer un interés de las comunidades indígenas por plasmar en las normas aquellos temas relacionados con el derecho ancestral a un territorio, y al desarrollo de una política del reconocimiento. Ya en el campo del desarrollo propiamente dicho, se ha reivindicado la urgencia de una política concertada que permita la implementación de una política pública integral, en la cual se reivindiquen aspectos como la gratuidad de los servicios de educación y salud, así como la calidad y la oportunidad, para lo cual se acude al ejercicio de figuras jurídico-políticas como la discriminación positiva y las acciones afirmativas y a la capacitación del personal indígena, al reconocimiento de la medicina tradicional y al manejo autónomo de sus empresas, entre otros.

En el campo de la Seguridad Social para grupos étnicos, el establecimiento de un marco conceptual debe partir de la valoración de los alcances de la normatividad existente, –fortalezas y vacíos–, redimensionando conceptos como salud, enfermedad, sanidad y calidad de vida desde la perspectiva de un tratamiento diferencial. En este acápite se aclara que no se trata de un tratamiento diferencial a ultranza, se trata de incorporar los elementos de la interculturalidad como una realidad jurídica que reconoce la pervivencia al interior de la nación de multiplicidad de etnias y culturas diferentes, entre las cuales

debe promoverse relaciones permanentes de intercambio de lo “mejor” de cada una de ellas, de acuerdo a principios universales como la solidaridad, el reconocimiento de valores, el entendimiento, la participación, el respeto, la convivencia, en fin, todos aquellos elementos que refutan la existencia de posiciones etnocentristas endógenas y exógenas y que afectan los espacios para el desarrollo y el afianzamiento de las autonomías de cada pueblo y cultura (Ver Myrna Cunningham, 2002).

La ausencia de una visión de integralidad con una perspectiva de interculturalidad y la existencia de una abundante normatividad en materia de salud, son expresión de la paradoja en la que se cimenta la “ausencia de una política pública integral”. Determinan que el problema entonces no es la ausencia de normas, que para el caso del amparo de los derechos de los grupos étnicos - muy especialmente de los pueblos indígenas-, también es bastante generosa, aunque dispersa. El problema radica en la inexistencia de una armonización entre los principios constitucionales y la funcionalidad de las instituciones creadas, que aún se desempeñan bajo una égida asimilacionista que se resiste a mirar de manera integral el tema de la salud, reduciéndolo casi siempre a su mínima expresión: la enfermedad.

Uno de los factores que están al centro de dicha problemática tiene que ver justamente con la poca o nula implementación de la consulta previa, como uno de los ejes normativos garantes de los derechos de los grupos étnicos. La constitución política reza, como uno de los fines del Estado, el “...facilitar la participación de todos en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación”³, en el Art. 7 “...reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana” y en el parágrafo del Art. 330, referida a la explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas, se enfatiza en la

3. Constitución Política de Colombia, Art. 2

responsabilidad del gobierno para propiciar la participación de las comunidades en la toma de dichas decisiones. Pero es justamente la Ley 21 de 1991 la que ilustra de manera clara la obligatoriedad del Estado, que debe *“consultar a los pueblos interesados mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se adopten medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente; establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan”*⁴.

Resulta claro que el gobierno colombiano no desarrolló ningún tipo de consulta con grupos étnicos para la creación de la Ley 100 en lo que a ellos concierne y los procesos ulteriores han tenido grandes limitaciones. En la ley se incorpora únicamente a las comunidades indígenas al régimen subsidiado de salud —desconociendo la existencia de otros grupos étnicos—, sin establecer ningún tipo de disposición orientada por la necesidad de un trato diferencial en salud en correspondencia con sus particularidades culturales. Además, la Ley 100, no desarrolla en términos de salud, los derechos especiales de las comunidades indígenas; Como se señala mas adelante, *“con relación a los criterios de selección para el ingreso al régimen subsidiado, manifiestan que el SISBEN⁵, como instrumento para medir niveles de pobreza, es inadecuado para aplicarlo a la situación de las comunidades indígenas y que de común acuerdo con el Ministerio de Salud, no es requisito para el ingreso de las comunidades indígenas al sistema de seguridad social en salud”*,

reclamando la vigencia del Decreto 1811 de 1990 y la Resolución 5078 de 1992 y la gratuidad del servicio.

Podría asegurarse, que más allá de las fallas procedimentales, lo que se pone de manifiesto es el problema de una exclusión social de tipo estructural, la cual tiene como componente específico la exclusión en salud para los grupos étnicos. Es justamente el análisis de esta problemática y la revisión de este proceso, caracterizado por la ausencia de consulta y concertación en cuanto a políticas de salud se refiere, y la presión de las comunidades para que se les incluya de manera real dentro del Sistema General de Seguridad Social, los elementos determinantes que posibilitan los nuevos procesos de concertación en materia de salud para los grupos étnicos, siendo el principal resultado la promulgación de la Ley 691 de 2001, aunque finalmente solo abordó las políticas para los pueblos indígenas, quedando en el limbo la incorporación de los demás grupos étnicos.

Podríamos concluir este apartado: 1) que existe una gran cantidad de normas que abordan la temática de la salud, principalmente de los pueblos indígenas; 2) que otros grupos poblacionales no han sido incluidos en dicho ejercicio normativo, 3) que las normas existentes no han obedecido necesariamente al desarrollo de una política integral en materia de salud para grupos étnicos, 4) que dicho proceso ha sido una suerte de respuesta a acciones reivindicatorias promovidas principalmente por poblaciones indígenas, 5) que en términos generales, no se ha desarrollado la consulta previa con las comunidades para la implementación de las políticas de salud y de inclusión en una política de seguridad social para los grupos étnicos y 6) que no existe una política integral que asuma el derecho a la salud, como

4. Vásquez, Miguel y otros (compiladores). Derechos de los Pueblos Indígenas de Colombia. Pluralismo Jurídico y Autonomía. Tomo II. Dirección General de asuntos indígenas del ministerio del Interior. Bogotá, julio de 1998. Pág. 556
5. SISBEN. Sistema de focalización de beneficiarios de programas sociales

un derecho humano imprescindible para la realización eficaz de los derechos de los grupos étnicos.

Desde esta perspectiva y sin ser pesimista, realizar una readecuación normativa y de los programas de salud para grupos étnicos, debe partir del ejercicio de la interculturalidad, como una premisa fundamental para aportar en la construcción de una política pública concertada en materia de protección social en salud. En consecuencia, cualquier análisis sobre la normatividad en salud para grupos étnicos no puede abstraerse de las reivindicaciones propias de dichos grupos poblacionales y menos aun, del ejercicio del derecho propio, como una expresión real del pluralismo cultural y jurídico y del reconocimiento como pueblos, sujetos de derechos colectivos, reconociendo en las autoridades indígenas la concurrencia de *"funciones legislativas, jurisdiccionales y administrativas; esto es, que dichas autoridades están investidas de capacidad para proferir normas, proferir fallos y actos administrativos de aplicación en su ámbito territorial, siempre que dichas acciones no contradigan la constitución y la ley"*⁶. La apropiación de estos conceptos y su aplicabilidad en el campo de la salud, reconociendo la existencia de modelos que pueden asumirse en la complementariedad, resultan un buen comienzo que debe cimentarse en el pluralismo en salud y la interculturalidad.

El Derecho a la Salud para Grupos Étnicos

Hablar del derecho a la salud nos coloca frente a varias premisas: 1) La salud como un derecho humano universal; 2) la salud como expresión de una visión integral de los derechos humanos; 3) la salud enfocada desde una concepción amplia que

trasciende la visión restrictiva de la enfermedad; 4) la responsabilidad que cabe al Estado en el ejercicio y garantía en la aplicación del derecho y 5) la responsabilidad del Estado en el aseguramiento del ejercicio real y efectivo de los derechos civiles y políticos, así como los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos, el derecho a la salud para los grupos étnicos.

La salud es un derecho humano universal reconocido en toda la normatividad internacional, hecho este que se ha hecho explícito desde que las Naciones Unidas adoptaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos en diciembre de 1948. En esta declaración se reconoce el derecho de las personas *"a un nivel de vida adecuado que le asegure entre otras cosas, la salud, el bienestar y los servicios sociales necesarios"*.

La Asamblea General de la ONU de 1966 adoptó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC–, el cual señala *"el derecho a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos... y depende de estos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud"*⁷. El PIDESC consagra en su artículo 12 *"el derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental"*. Este pacto fue ratificado por Colombia mediante Ley 74 de 1968 y el mismo enfatiza en *"el derecho que asiste a toda persona*

6. Art. 246 de la Constitución política de Colombia

7. El derecho a la salud. Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional. Oficina en Colombia del alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH. Volumen II. Bogotá, agosto de 2003. Pág. 290 y ss.

a un nivel de vida adecuado para sí y para su familia... y a una mejora continua de sus condiciones de existencia”.

La Salud como expresión de una visión integral de los derechos humanos implica la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales y el derecho de todo ser humano al *“disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”*⁸. Una visión integral de los derechos, propugna por conceder a todos ellos, independientemente de su naturaleza, el mismo peso y relevancia, en el entendido que la plena realización de los derechos civiles y políticos, por ejemplo, no puede alcanzarse sin la garantía y efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales y viceversa.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales asume la salud desde una concepción amplia que trasciende la visión restrictiva de la enfermedad. El PIDESC reconoce que *“el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”*.⁹ Durante los últimos veintiocho años la situación mundial de la salud ha evolucionado de manera sorprendente, presentándose cambios importantes en su contenido y alcance. En este campo es importante señalar la incorporación que se hace en la observación No. 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales al señalar que *“una definición más amplia de la salud también*

*tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado”*¹⁰.

*“Entendida como derecho humano, la salud involucra la responsabilidad del Estado en el aseguramiento de las condiciones normativas y materiales que garanticen su ejercicio y goce efectivo por todos los habitantes del territorio nacional. Es el Estado.... quien se obliga, en virtud de los pactos internacionales a asegurar que todas las personas puedan disfrutar del mas alto nivel posible de salud física y mental y, por tal motivo, es a él a quien corresponde corregir y evitar todas aquellas situaciones que, de cualquier forma, puedan representar una amenaza para el ejercicio y el disfrute del derecho a la salud”*¹¹.

La obligación del Estado en materia de salud está contenida en la Observación General No. 14 y 15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La delimitación de los elementos contenidos en dichos documentos, se fundamentan en tres tipologías de obligaciones: a) obligaciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, b) obligaciones de respeto, protección y cumplimiento y c) obligaciones de efecto inmediato y de cumplimiento progresivo¹². Las obligaciones de disponibilidad hacen referencia a la existencia de programas de salud, así como de un número suficiente de establecimientos, bienes, y servicios públicos de salud y centros de atención de salud; la accesibilidad a los servicios de salud presenta cuatro dimensiones básicas; la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica (asequibilidad) y la accesibilidad a la información; la aceptabilidad en salud hace referencia al deber de los establecimientos, bienes y servicios de salud de ser respetuosos con la ética médica y

8. Obra citada, Pág. 289

9. Obra citada, Pág. 291

10. Se hace referencia al Art. 3 común a los Convenios de Ginebra relativos a la protección de las víctimas de la guerra... en el apartado a) del Artículo 4 del Protocolo adicional II relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (1977). Obra citada, Pág. 293

11. Defensoría del Pueblo. Documento en discusión preparado por María Paula Méndez. Bogotá, septiembre de 2003. Pág. 2

12. Defensoría del Pueblo. EL DERECHO A LA SALUD en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales. Bogotá, 2003. Pág. 50

culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y comunidades ... y sensibles a los requisitos del género y ciclo de vida... y la calidad hace referencia a la correspondencia entre aceptabilidad del servicio y su pertinencia desde el punto de vista científico y médico, el cual debe ser de buena calidad¹³.

El derecho al acceso a la salud de los grupos étnicos está determinado por una situación de precariedad en la prestación del servicio, caracterizada por altas tasas de morbilidad y mortalidad por encima de los demás grupos de la población, una menor esperanza de vida, escasez en la prestación de servicios básicos, escasez de fuentes tradicionales alimentarias y detrimento de su hábitat natural¹⁴.

En el campo de la aceptabilidad de la salud, la Defensoría del Pueblo ha sido categórica al señalar que *“el derecho a la salud de los miembros de las comunidades indígenas sólo puede ser garantizado si se asegura la realización de los derechos de la comunidad en su conjunto”*¹⁵. Al respecto, el órgano del Ministerio Público retoma la Declaración de Ginebra sobre la Salud y la Supervivencia de los pueblos Indígenas del Mundo en la cual se afirma que *“el concepto de salud y la supervivencia de los pueblos Indígenas es un continuo colectivo, individual e intergeneracional que incluye una perspectiva integral que incorpora 4 dimensiones compartidas de la vida. Estas dimensiones son: el espíritu, el intelecto, lo físico y lo emocional. Uniendo estas cuatro dimensiones fundamentales, la salud y el bienestar se manifiestan en múltiples niveles donde el pasado, el presente y el futuro, coexisten simultáneamente. Para los pueblos indígenas la salud y el bienestar son un equilibrio dinámico que incluye interacciones con los procesos de vida y la ley natural que gobierna el planeta, todos los seres vivos y la comprensión espiritual. Todas las expresiones culturales relevantes para la salud y el bienestar de los pueblos indígenas incluyen, pero no se limitan a, relaciones individuales y colectivas,*

*relaciones familiares y de parentesco, sistemas de justicia tradicional, música, danzas, ceremonias, practicas rituales y ceremoniales, juegos, deportes, lenguaje, narraciones, mitología, cuentos, nombres, tierra, mar y aire y sus recursos, diseños, escrituras, artes visuales, aspectos y formas de la cultura indígena documentados permanentemente, incluyendo informes científicos y etnográficos, artículos y libros, fotografías, imágenes digitales, grabaciones de video y sonoras, sitios sagrados y de entierro y material genético humano, restos de los antepasados y artefactos”*¹⁶.

Con respecto a la calidad, el Estado y las autoridades públicas deben velar porque los afiliados al SGSSS reciban una atención integral, oportuna y continua.

*“La integridad cultural de un pueblo indígena puede resultar amenazada por la imposición de un sistema de salud que impida la supervivencia de la medicina tradicional”*¹⁷. De allí la urgencia de entender las dimensiones de la interculturalidad como uno de los mecanismos para la pervivencia de los grupos minoritarios y el pleno ejercicio de sus derechos.

El reconocimiento del derecho a la salud es una garantía para todos los miembros de la sociedad y los estados deben ser garantes de su ejercicio sin discriminación alguna, independientemente de su capacidad de pago u otras condiciones políticas y/o sociales.

De otra parte, y para concluir las referencias sobre los grupos poblacionales, la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, ratificada por Colombia mediante la Ley 22 de 1981, compromete al Estado a la prohibición y eliminación de todas las formas de discriminación

13. Obra citada

14. Obra citada, Pág. 191

15. Obra citada, Pág. 313

16. Obra citada. Pie de pagina, Pág. 313

17. Obra citada, Pág. 314

racial y a garantizar el derecho de toda persona... al goce de los derechos...económicos, sociales y culturales (e), el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales (iv), sin distinción de raza, color u origen nacional o étnico¹⁸.

El Convenio 169 de la OIT por su parte, conmina a los gobiernos a *velar "porque se pongan a disposición de los pueblos interesados los servicios de salud adecuados, proporcionando a dichos pueblos los medios que le permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo posible de salud física y mental"*¹⁹.

La Normatividad Constitucional y los Derechos de los Grupos Étnicos

Para una mejor lectura e interpretación del sistema normativo que ampara los derechos en

salud de los grupos étnicos, se considera la jerarquización típica del sistema jurídico colombiano dando prelación a la normatividad constitucional, luego la normatividad legal considerando la ley en su sentido material (tratados²⁰, leyes del órgano legislativo y decretos ley) y por último, los actos administrativos en sus diferentes niveles.

Se consideran en este aparte las normas constitucionales desde dos perspectivas: una, desde el marco normativo garante de los derechos de los grupos étnicos y dos, desde el marco de derechos que sustentan el Sistema de Seguridad Social en Salud.

El siguiente cuadro resume los artículos que de manera expresa hacen referencia a los pueblos indígenas. Por tratarse de una constitución garantista de los derechos de los ciudadanos, se ha omitido en este aparte artículos que amparan de manera general sus derechos, en tanto ciudadanos de la república.

Articulado sobre Grupos Étnicos	
De los Principios Fundamentales	
Art. 7	El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana
Art. 8	Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación
Art. 10	Establece las lenguas de los grupos étnicos como oficiales en sus territorios y la educación bilingüe en esos territorios.
De los derechos, garantías y deberes	
Art. 13	Establece la libertad e igualdad de todas las personas, condenando cualquier forma de discriminación
Art. 63	Caracteriza las tierras comunales de grupos étnicos y las tierras de resguardo como inalienables, imprescriptibles e inembargables.
Art. 68	Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural.
Art. 70	El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades.

18. Vásquez, Miguel y otros (compiladores). Derechos de los Pueblos Indígenas de Colombia. Pluralismo Jurídico y Autonomía. Tomo II. Dirección General de asuntos indígenas del ministerio del Interior. Bogotá, julio de 1998. Pág. 495 y ss.

19. Convenio 169 de la OIT, Art. 25

20. Se considera la superioridad del orden internacional en tanto este haya sido ratificado por una Ley aprobatoria, la cual es objeto de control constitucional.

Articulado sobre Grupos Étnicos

De los derechos, garantías y deberes

- Art. 72 Establece como pertenecientes a la Nación, inalienables, inembargables e imprescriptible el patrimonio arqueológico y otros bienes culturales que conforman la identidad nacional y dispone que la ley reglamentara los mecanismos para readquirirlos cuando se encuentren en manos de particulares y los derechos especiales que puedan tener los grupos étnicos asentados en territorios de riqueza arqueológica.
- Art. 93 Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno.
- Art. 96 Otorga la nacionalidad colombiana por adopción a los miembros de los pueblos indígenas que comparten territorios fronterizos, con aplicación del principio de reciprocidad según tratados públicos.

De la rama legislativa, de las leyes

- Art. 171 Determina la circunscripción especial para la elección de senadores por las comunidades indígenas.
- Art. 176 La ley podrá establecer circunscripción especial para asegurar la representación en la Cámara de Representantes de los grupos étnicos, de las minorías políticas y de los colombianos residentes en el exterior.
- Art. 246 Las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarias a la constitución y leyes de la República. La ley establecerá las formas de coordinación de esta jurisdicción especial con el sistema judicial nacional.

De la organización territorial

- Art. 286 Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.
- Art. 287 Las entidades territoriales gozarán de autonomía para la gestión de sus intereses y dentro de los límites de la Constitución y la ley. Tendrán los siguientes derechos: gobernarse por autoridades propias, ejercer las competencias que les correspondan, administrar recursos, establecer tributos y participar en las rentas nacionales.
- Art. 329 La conformación de las entidades territoriales indígenas se hará con sujeción a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial y su delimitación se hará por el Gobierno nacional, con participación de los representantes de las comunidades indígenas, previo concepto de la Comisión de Ordenamiento Territorial. Los Resguardos son de propiedades colectivas y no enajenables. La ley definirá las relaciones y la coordinación de estas entidades con aquellas de las cuales forme parte. PARÁGRAFO: En el caso de un territorio indígena que comprenda el territorio de dos o más departamentos, su administración se hará por los consejos indígenas en coordinación con los gobernadores de los respectivos departamentos. En caso de que este territorio decida constituirse como entidad territorial, se hará con el cumplimiento de los requisitos establecidos, en el inciso primero de este artículo.
- Art. 330 Establecen que los territorios indígenas estarán gobernados por consejos conformados y reglamentados según los usos y costumbres de las comunidades y define las funciones. La explotación de los recursos naturales se hará sin desmedro de la integridad cultural, social y económica de las comunidades indígenas; y para su explotación, el gobierno propiciará la participación de los representantes de las respectivas comunidades.
- Tr. 55²¹ El Congreso expedirá una ley (70/93) que reconozca a las comunidades negras sus derechos territoriales, promueva el fomento de su desarrollo económico y social y establezca mecanismos para la protección de su actividad cultural.
- Tr. 56 Mientras se expide la ley a que se refiere el artículo 329, el gobierno podrá dictar las normas fiscales necesarias y las demás relativas al funcionamiento de los territorios indígenas y su coordinación con las demás entidades territoriales.

Fuente: Osorio, Luis Carlos. Indígenas y participación política. Inédito. Bogotá. 2004. Págs. 18 y 19.

21. Aunque este numeral hace referencia a las comunidades negras, lo insertamos en este cuerpo de normas por el papel desempeñado por los constituyentes indígenas para su inclusión.

En el campo de la salud propiamente dicho, existen varias normas constitucionales que integran el conjunto de derechos y obligaciones del Estado para el ejercicio integral del derecho a la salud. Los artículos 48 y 49 presentan el conjunto de principios que orientan la prestación del servicio de la salud. De aquí cabe resaltar dos elementos esenciales: 1) que todos los habitantes del territorio nacional son titulares de un derecho irrenunciable a la seguridad social, lo que implica

su prestación obligatoria bajo la tutela del Estado; y 2) que la salud es un servicio público a cargo del Estado, lo que implica que éste es un servicio que el Estado presta de manera directa, o a través de entidades privadas, dedicadas a la promoción de la salud, por delegación expresa de éste.

El siguiente es el marco de derechos constitucionales que sustentan el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia:

Artículo	Contenido
48	"La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social..... La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas... No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes..."
49	"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud... Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad "
50	"Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado."
365	"Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional".
366	"El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación
356	"Salvo lo dispuesto en la Constitución, ley a iniciativa del gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de los Departamentos., distritos y Municipios. Para efecto de atender los servicios a cargo de estos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación, se crea el Sistema General de participaciones en los Departamentos., distritos y Municipios. Los distritos tendrán las mismas competencias que los Mpios y Dptos para efectos de la distribución del SGP que establezca la ley. Para estos efectos, serán beneficiarias las entidades territoriales indígenas, una vez constituidas. Así mismo, la ley establecerá como beneficiarios a los resguardos indígenas, siempre y cuando estos no se hayan constituido en entidad territorial indígena."

En el Anexo número 1. Normatividad legal se reseñan las leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y circulares que tienen que ver directamente con los grupos étnicos y su derecho a la salud y a la protección social.

Conclusiones

Se reconoce que Colombia es uno de los países más avanzados en materia de desarrollo constitucional garante de los derechos de los grupos étnicos y aun en el campo del desarrollo legal, situación expresada en una cantidad de normas constitucionales y legales ampliamente reseñadas en el escrito. Sin querer establecer un vademécum del pesimismo, es bueno establecer que esa suerte de “*hartazgo normativo*” como lo han denominado algunos, crea una disparidad entre la disponibilidad del instrumento normativo y la disponibilidad de la política para su ejercicio.

La historia del proceso del *Reconocimiento* ha obedecido, de una parte, a una permanente lucha y movilización social de las comunidades étnicas y de otra, al rédito normativo, que como valor agregado, ha generado su dinámica social.

Los desarrollos normativos garantes de los derechos de los grupos étnicos han tenido como ejes, primero su reconocimiento como sujetos colectivos de derechos y como resultado de ello, el reconocimiento de un tratamiento diferencial

en la implementación de políticas encaminadas a la satisfacción de dichos derechos.

A pesar de las disposiciones constitucionales y legales que obligan al Estado al cumplimiento de dichos derechos, la falta de voluntad política y limitaciones de tipo cultural, surgen como obstáculos importantes para su ejercicio pleno. En ese sentido, la normatividad existente no armoniza con los principios constitucionales y tampoco se acopla con las dinámicas de la institucionalidad. No existe la disponibilidad presupuestal que viabilice las obligaciones derivados del espíritu normativo.

Existe la tendencia a asimilar mecánicamente los grupos étnicos a sectores de gran vulnerabilidad, lo que se traduce en un menosprecio por el componente cultural y de diversidad.

La normatividad existente no maneja una concepción integral de salud que asuma la existencia de las múltiples cosmovisiones étnicas, que valore sus saberes y prácticas en materia de medicina tradicional.

Es necesario desarrollar un proceso de readecuación normativa, que asuma de manera integral el desarrollo de políticas para grupos étnicos, diferenciando cada uno de sus componentes.

Capítulo 2.

ETNICIDAD Y SALUD

El presente capítulo analiza las relaciones entre Etnicidad y Salud, empezando por un recuento histórico de la manera como indígenas y afro descendientes han tenido que enfrentar, desde la época de la Conquista, condiciones muy adversas para su salud y su vida individual y colectiva. No obstante, en las últimas tres décadas se ha presentado una coyuntura favorable que les han permitido reafirmar su etnicidad y conquistar derechos, entre ellos el de la salud, reivindicando los valores de su medicina tradicional. En seguida, se presenta una caracterización de los cuatro grupos étnicos reconocidos en Colombia: indígenas, afro descendientes, raizales y gitanos. Luego, se desarrollan los conceptos claves que sustentan el análisis del tema de la salud para los mencionados grupos, incluyendo el tema de la medicina tradicional. Después del marco conceptual se exponen algunos elementos de la situación de salud y sus problemas a nivel de Latinoamérica y de Colombia, puntualizando sus principales causas, reiterando que a nivel latinoamericano los mapas de pobreza y exclusión coinciden con los mapas de territorios de grupos étnicos. Como respuesta a cada tipo de problemas, se presenta unas alternativas correspondientes. Finalmente, se ofrecen unas conclusiones que sintetizan los

aspectos fundamentales relacionados con la salud para los grupos étnicos.

Contexto Histórico

Las luchas de los pueblos indígenas, que se venían dando en la mayor parte del Continente Americano y muy fuertemente en Colombia, desde finales de la década de los años 60, contribuyeron a que, con motivo de la promulgación de la nueva Constitución Política de Colombia (1991) y la conmemoración de los 500 años de la llegada de los Europeos (1992), se le diera mucha importancia al tema de los indígenas y minorías étnicas, no sólo en Colombia sino en la agenda de Iberoamérica, abriendo el debate sobre la discriminación a que históricamente han estado sometidas estas poblaciones. A fines de 1994 las Naciones Unidas proclamaron el Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (1995-2004)²².

Siguieron varios eventos internacionales, como la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995) que enfatizó los derechos sociales económicos y culturales, especialmente los de las poblaciones más vulnerables, incluidos los grupos étnicos; las dos Cumbres de Presidentes del continente, en

que se comprometieron con la lucha por la equidad y la disminución de la pobreza; y la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación racial, la Xenofobia y otras formas conexas de intolerancia (Durban, Sudáfrica, 2001).

La Organización de las Naciones Unidas, desde su creación en 1948, ha tenido entre sus mandatos, la lucha contra la discriminación racial, promoviendo la equidad y la justicia para los pueblos subordinados, en razón de lo cual ha desarrollado múltiples eventos que culminaron en la mencionada Cumbre Mundial contra el Racismo. Por otra parte, en los últimos diez años el Banco Mundial y el Banco Interamericano del Desarrollo, BID, han impulsado proyectos para la equidad de los grupos étnicos. También, la Organización de Estados Americanos (OEA) ha estado trabajando en el tema, a través de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Igualmente, la OIT promovió el Convenio 169 de 1989 sobre Pueblos Indígenas y Tribales, ratificado ya en muchos países latinoamericanos, y en Colombia como ley 21 de 1991, el cual ha sido uno de los instrumentos jurídicos internacionales más importantes para los grupos étnicos. Este convenio propone la extensión de los regímenes de seguridad social y de salud a las mencionadas poblaciones.

De manera que ese contexto internacional de luchas sociales de los pueblos indígenas y de apertura política hacia el reconocimiento de sus derechos, es el marco para entender las dinámicas que están ocurriendo la realidad actual de los indígenas y otros grupos étnicos – como es el caso, para Colombia, de los afrodescendientes, los raizales y los gitanos (pueblo ROM)- que también se han movilizado por reivindicaciones étnicas, encontrando respuestas similares. Una de tales dinámicas

particulares es la de los esfuerzos por garantizar una atención en salud adecuada a la realidad y características de los grupos étnicos.

En cuanto a la introducción de la perspectiva étnica en el campo de la salud, con ocasión de la coyuntura de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al continente americano, se llevó a efecto en Winnipeg (Canadá) una reunión con representantes de los pueblos indígenas, gobiernos, académicos y ONG de 18 países, en la cual se lanzó la Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas, Iniciativa SAPIA. A raíz de ello, la OPS y los Estados miembros se comprometieron con el reconocimiento y promoción de la medicina tradicional²³, con el desarrollo de modelos interculturales de atención y, en general, con el derecho a la salud adecuada para dichas comunidades. Para ello, se han realizado varios eventos, programas y acciones internacionales, como las siguientes, propiciadas por la OPS:

- Plan de Acción 1995-98 para el desarrollo de la Iniciativa SAPIA. Uno de sus componentes está destinado al fortalecimiento de los sistemas de salud tradicional, cuya primera fase estuvo dedicada a los sistemas indígenas de salud.
- Plan de Acción 1999-2000. Se incluyen acciones para “contribuir a la armonización entre los sistemas de salud indígenas con sus múltiples agentes de salud y prácticas y el sistema convencional de salud”²⁴. En desarrollo de estos planes se han realizado investigaciones en El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Chile y Perú.
- Tres talleres internacionales sobre los siguientes temas: recursos humanos e interculturalidad (en Managua 1998);

23. Resolución CD37.R5 de 1993, ratificada en 1997 por la resolución CD40.R6. Uno de los acuerdos es el de promover la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad. (2.d). OPS, Serie Salud de los Pueblos Indígenas, No. 24, pág. 9.

24. OPS, Serie Salud de los Pueblos Indígenas, No. 24, pág. 10.

medicinas y terapias tradicionales (en Washington, 1999); promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria en salud (en Guatemala, 2001).

- En cada uno de los países latinoamericanos se han impulsado acciones para poner en práctica las recomendaciones de los eventos mencionados.

Por otra parte, las organizaciones sociales de algunos pueblos indígenas, como ha sido el caso de Colombia, venían haciendo sus propios esfuerzos por la recuperación de sus conocimientos ancestrales, prácticas y médicos tradicionales, como parte de su lucha por la afirmación de su identidad cultural, su autonomía y territorialidad. Si bien, en sus primeras etapas el movimiento indígena se centró en la lucha por la tierra, en la etapa actual una de sus reivindicaciones es el derecho a la salud desde una perspectiva integral e intercultural que articule no sólo los servicios médicos Institucionales para atención de las enfermedades, sino la acción sobre los diferentes factores ambientales, socioeconómicos y culturales que influyen en la salud. Particularmente, el reconocimiento y promoción de sus propios sistemas tradicionales de salud, como opción alternativa y complementaria con la medicina facultativa.

De manera que las directrices internacionales, la acción estatal y la dinámica de las organizaciones sociales —en el terreno de la salud integral e intercultural— son las fuerzas que han venido y continuarán fortaleciendo en Colombia y en el continente, los esfuerzos de los Estados, los grupos étnicos y los organismos no gubernamentales para garantizar el derecho a la salud de los grupos étnicos. “En épocas más recientes —alentados por corrientes indigenistas de rescate de la medicina tradicional, o en otros casos como una estrategia de bajo costo para la

extensión de cobertura— han aparecido algunos intentos de revaloración de las prácticas médicas tradicionales, y en ellos se ha favorecido la colaboración entre la medicina tradicional y la medicina moderna”²⁵.

Tendencias contradictorias:

No obstante estos esfuerzos por recuperar y revalorar la medicina tradicional, hay que tener en cuenta que a nivel estructural la tendencia dominante ha sido y continúa siendo hacia la expansión de la medicina científica, con impactos muy fuertes en contra de la medicina tradicional. La medicina facultativa está creciendo a ritmos varias veces superiores al crecimiento de la población. En Latinoamérica hay 250 escuelas de medicina, cuyo número continuará creciendo, elevando su nivel científico y su influencia. El papel de los agentes de la medicina facultativa ha sido similar al de los misioneros y educadores, cuya labor era cristianizar y civilizar a los nativos (indígenas y negros) atacando y condenando como brujería las creencias tradicionales, incluyendo sus prácticas en salud. A los médicos (igual que a los curas) les correspondió, en esa concepción civilizadora, influir en las comunidades para que abandonaran sus prácticas tradicionales y rechazaran sus chamanes. “La historia de los pueblos latinoamericanos tiene muchos ejemplos que revelan el interés de los grupos de poder por abolir las ideas, prácticas y materia médica indo americanas. Mientras algunos países fueron tolerantes o indiferentes, en otros prevalecieron las posiciones radicales por las que la medicina tradicional y la mentalidad expresada por esta medicina, fueron considerados retrógradas o empíricas”.²⁶

No obstante, también las ciencias de la salud han venido experimentado importantes procesos de apertura hacia otras alternativas correspondientes a contextos culturales

25. Pedersen, Duncan. Op.cit. p. 9

26. Pedersen, Duncan. “Elementos para el análisis de los sistemas médicos”. ENFOQUES EN ATENCION PRIMARIA. 4 (1), 1999, PÁG. 9.

diferentes, como la acupuntura, la homeopatía y la medicina tradicional indígena. Ello es también expresión de la tendencia mundial hacia el multiculturalismo, hacia el paradigma de la diversidad, que se refleja en el campo de la salud en su apertura hacia el pluralismo médico.

En cuanto a la medicina tradicional, en muchas comunidades los chamanes están muriendo sin haber dejado sucesores, por falta de interés de las nuevas generaciones. La depredación de los recursos naturales está conllevando a la extinción de recursos para la salud o haciendo más difícil su consecución. Nuevas enfermedades, resultantes del contacto con otras poblaciones, escapan del control de los sabedores de las comunidades, por lo cual éstos pierden credibilidad ante sus clientelas. El creciente contacto intercultural de los nuevos tiempos también se ha dado en el campo de la salud produciendo pérdidas y cambios en la medicina tradicional, como también apropiaciones de conocimientos, prácticas y medicamentos de la medicina moderna y de otras alternativas de salud. A la vez, también se han dado apropiaciones e influencias de la medicina tradicional de las culturas étnicas, en la medicina institucional y en la medicina popular. Un aspecto que está influyendo en la medicina tradicional de las culturas étnicas, es la comercialización de sus servicios, alterando el sentido tradicional de servicio y reciprocidad, dando lugar al surgimiento de charlatanes y falsos chamanes negociando con la medicina tradicional. Otro factor es la creciente influencia de sectas religiosas que prohíben y estigmatizan las creencias y prácticas médicas tradicionales de las poblaciones nativas, produciendo efectos destructivos de la tradición cultural.

De manera que lo que se está viviendo en la presente coyuntura, con respecto a la reivindicación de la medicina tradicional en ese contexto adverso y contradictorio, debe ser visto como expresión de los esfuerzos conscientes de los grupos étnicos por sus derechos, con apoyo de organismos

internacionales e instancias nacionales, en el contexto de ampliación de los derechos humanos en el mundo. A pesar de la tendencia dominante en su contra, se están dando, en efecto, avances significativos en la reivindicación de la medicina tradicional. Por ejemplo, en el departamento del Cauca están volviendo a proliferar los médicos tradicionales, a la vez que jóvenes profesionales indígenas están investigando la cosmovisión, el pensamiento, la ancestralidad, en que se sustenta la identidad cultural de sus pueblos. El movimiento social indígena y el nuevo contexto de la multiculturalidad están inspirando una mirada interior y profunda de los grupos étnicos sobre sí mismos, lo cual incluye, desde luego, la dimensión cultural de la salud y de otros campos como la educación, la justicia, etc.

Los Grupos Étnicos en Colombia

El concepto de grupos étnicos hace relación a las comunidades que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias. No obstante, bajo dicho concepto se enmarcan colectividades humanas muy diferentes unas de otras. En Colombia dicho concepto incluye: 81 pueblos indígenas, habitantes milenarios de este continente, con grandes diferencias entre sí; las comunidades negras o afrodescendientes, habitantes de la Costa Pacífica, otros en la Costa Atlántica, valles interandinos y otras regiones del país; los Raizales, de cultura afroanglocaribeña, habitantes del archipiélago de San Andrés y Providencia en el océano Atlántico; y el pueblo ROM, de esencia internacional y trashumante, ubicados en varias ciudades del país.

El presente documento está basado mayormente en los estudios sobre pueblos indígenas, pero se hizo el esfuerzo por documentar y abarcar conceptualmente a los otros grupos mencionados.

A continuación, se presenta una breve caracterización de los cuatro grandes grupos, introduciendo variables relativas a la salud, como: población y patrones de poblamiento, medio ambiente, medicina tradicional, resistencias y vulnerabilidades. Una limitante para este propósito es la escasez de información en algunas de esas variables con relación a los ROM y los Raizales.

Pueblos Indígenas

El total de población indígena en Colombia, estimada para el 2001, es de 785.356 personas, correspondientes al 1.83 % del total de la población nacional de aproximadamente 43 millones de habitantes. Han sido oficialmente reconocidas 81 etnias indígenas, de las cuales las más numerosas son: los Wayúu, 150.000; los Páez o Nasa, 138.000; los Embera (incluyendo también los Embera Chamí y Embera Katíos) 88.000; los Pastos 70.000. Contrasta lo anterior, con 40 etnias con menos de 1.000 personas cada una.

La pirámide de población indígena, de base muy amplia y fuerte reducción progresiva, muestra una población joven en la cual un poco menos de la mitad (45 %) son menores de quince años²⁷. Se reporta una tasa de fecundidad de 6.5 nacimientos por mujer, la cual representa más del doble de la tasa nacional²⁸. Igualmente, una tasa bruta de natalidad de 41 nacimientos por cada mil habitantes, muy superior a la tasa nacional que es de 26 por mil. En cambio, la esperanza de vida -que en promedio para Colombia es de 73 años en mujeres y 64.3 en hombres- mucho menor para los indígenas: 57.8 en mujeres y 55.4 en hombres. En otras palabras, entre los indígenas nacen muchos más individuos que en cualquier familia colombiana, pero también mueren muchos más y viven menos años. Esta situación amerita, por sí misma, protección prioritaria para la población nativa. No obstante,

la realidad es otra: "La prestación de servicios públicos suele ser deficiente en los territorios étnicos, en especial, los relacionados con la salud ambiental (saneamiento Básico), la atención en salud a las personas, los servicios educativos y los servicios de apoyo a la producción"²⁹.

Los indígenas se han adaptado milenariamente a las condiciones climáticas, generalmente extremas, de los ecosistemas que constituyen su hábitat tradicional, en los cuales generalmente viven en condiciones de poblamiento disperso ya que siempre se mostraron reticentes a los esfuerzos realizados por los misioneros, durante la colonia y la república, para concentrarlos en núcleos urbanos. Obviamente, la dispersión es muchísimo más amplia en las regiones de selva y sabana (Amazonía, Orinoquía y Pacífico) que en la zona andina o en la Costa, donde viven en condiciones de minifundio y pequeña propiedad.

Los indígenas han heredado y acumulado un conocimiento también milenario sobre el medio natural, en particular, en cuanto a lo relacionado con la salud. Durante la época de la colonia la medicina indígena tuvo tanta o más importancia que la medicina europea, manteniéndose aún vigente en la mayor parte de las comunidades y expresando una tendencia a recuperarse y fortalecerse en el marco de las luchas indígenas y de sistemas interculturales de Protección Social en Salud por parte del Estado.

Los indígenas son altamente vulnerables ante las enfermedades y epidemias importadas. Por esta razón han afrontado históricamente dramáticas crisis demográficas, siendo reciente el caso de los Nukak quienes hasta 1988 se mantuvieron aislados en los profundos de la selva amazónica. En solo 15 años pasaron de 1.500 a 400 personas³⁰. La morbimortalidad indígena está caracterizada por enfermedades carenciales o de la pobreza.

27. Datos reportados por Arango y Sánchez con base en dos investigaciones (Expedición Humana y Piñeros y Ruiz) y el censo del 93.

28. Arango y Sánchez, p. 61.

29. Arango y Sánchez, p. 63.

30. Secretaría de Salud del Guaviare. "NuKak bakú: un mundo oculto en el Guaviare". 2000.

Hoy día los territorios indígenas son objeto de intereses multinacionales por sus recursos naturales (petróleo, minerales, biodiversidad, fuentes energéticas). La llegada abrupta de los megaproyectos, sin el debido proceso de consulta y de planes estrictos de mitigación de impactos negativos sobre el territorio, el medio ambiente y la población, fácilmente ponen en riesgo no sólo la salud sino la integridad de estas comunidades, especialmente las de las zonas selváticas que son las más vulnerables ante este tipo de fenómenos. A lo anterior se suman dos nuevos fenómenos de alta incidencia en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones indígenas y negras: el conflicto armado y los cultivos ilícitos, de los cuales se hablará más adelante.

Población Afrocolombiana

Además de la falta de estadísticas actualizadas, hay otras dificultades para calcular esta población, empezando por la definición de quién es o no es afrocolombiano. En 1993 el censo nacional de población arrojó una población negra de 502.343 personas. Pero el Plan Nacional de Desarrollo de la Población Afrocolombiana, realizado por las organizaciones sociales con apoyo del DNP, calcula que esta población llega a 10.5 millones de personas³¹, representando aproximadamente la cuarta parte de la población colombiana. La Ley 70/93 de Comunidades Negras, aplica por ahora a las comunidades de los territorios negros del Pacífico pero deja el campo abierto para declarar otras zonas de comunidades negras en otras regiones del país. Además del Pacífico, hay concentraciones de población negra en: el valle geográfico del río Patía en el Cauca; el Valle geográfico del río Cauca; el nordeste, bajo Cauca, Atrato medio y Urabá antioqueño; en varios departamentos de la Costa Atlántica; en las Islas de San Andrés; en Bota

Caucana y alrededores (piedemonte amazónico); en los municipios de Pueblo Rico (Risaralda), Rio Sucio y Marmatos (Caldas); en el Magdalena Medio; y en 16 capitales de departamento, especialmente Bogotá, Medellín, Cali y Pereira, fuera de todas las de la Costa³². Los recientes desplazamientos masivos, por causa del conflicto armado, han incrementado sensiblemente su presencia en las ciudades³³.

Los afrodescendientes, traídos a América por su fortaleza y adaptabilidad para el trabajo en la minería y en las plantaciones, llevaban muchos siglos de contacto con los Europeos, por lo cual tuvieron mayor inmunidad a las enfermedades contagiosas. Pero por haber sido desarraigados de sus territorios y mezclados con negros de otras lenguas y pueblos, perdieron gran parte de sus estructuras organizativas, sus ancestros, su memoria histórica, sus lenguas y demás tradiciones culturales, incluidas las tradiciones en salud. Un dato interesante de analizar es que en los principales documentos reivindicativos de los afrocolombianos el problema de la salud no se plantea como prioritario, en tanto que sí le dan mucha importancia, por ejemplo, a la educación.

Al igual que los indígenas, las comunidades negras han sido de las más afectadas por el conflicto armado y también han optado por una estrategia de resistencia contra todos los actores de la guerra. "Enfrentamos hoy día condiciones de marginalidad, pobreza y exclusión y el peso desproporcionado del conflicto armado sobre nuestras vidas, territorios, cultura y proyectos que comprometen seriamente nuestro futuro"³⁴.

Raizales del archipiélago de San Andrés:

Los raizales, son un pueblo insular del Caribe, habitantes del archipiélago de San Andrés, Santa

31. 1ª. Conferencia Nacional Afrocolombiana, pág. 119.

32. Gobernación de Antioquia. COMPENDIO DE NORMAS: LEY 70 DE 1993. 2001. PÁG. 91 A 93.

33. Mayor concentración poblacional afrocolombiana: en el andén Pacífico; en la Costa Atlántica (Córdoba, Sucre; Atlántico y Magdalena; entre Cesar y Guajira; Cartagena); en el Magdalena Medio; en zonas de Huila, Caquetá, Putumayo y Nariño; Sur del Valle, norte del Cauca, sur del Cauca y Bota Caucana. Ciudades: Bogotá, Cali, Medellín, Pereira, Barranquilla, Cartagena, Valledupar, Santa Marta, Sincelejo, Montería.

34. 1ª. CONFERENCIA NACIONAL AFROCOLOMBIANA. Memorias y Documentos. Bogotá, sept. 2002. pág. 25.

Catalina y Providencia, son descendientes de esclavos africanos y pertenecen a la cultura afro-anglo-caribeña. Tienen particularidades culturales que los diferencian del resto de los colombianos y de los demás grupos étnicos, considerándose ellos mismos como pueblo indígena: “los raizales somos un grupo étnico indígena con historia y orígenes propios, y también con cultura, lengua (Criol), y costumbres propias”³⁵. No obstante, son considerados por los afrocolombianos como de su propia gente e incluso, por decreto gubernamental, forman parte de la Comisión Consultiva de Alto Nivel para las comunidades negras³⁶.

Los raizales han sido tradicionalmente agricultores y pescadores artesanales. La base de su alimentación son los productos del mar (pescado, mariscos), cangrejos de tierra, chivos e iguanas³⁷.

San Andrés es hoy en día la isla de mayor densidad de población en el Caribe, con una población de 57.324 personas para el archipiélago, de las cuales 24.444 o sea el 42 % se definen como raizales³⁸. Desde 1953, cuando se construyó el aeropuerto, comenzó un cambio radical para la población raizal, que en ese momento eran 10.000 personas. “Esta excesiva densidad poblacional ha ocasionado, entre otros desastres, una extensa y, en ciertos aspectos, irreversible degradación ambiental, por ejemplo la muerte de más o menos la mitad de los arrecifes coralinos alrededor de San Andrés y el deterioro del paisaje natural con construcciones incontroladas y más de 40 grandes urbanizaciones piratas colmadas de inmigrantes provenientes de Colombia y otros países... La agricultura y la pesca, medios tradicionales de sustento del Raizal, prácticamente han dejado de serlo, arrolladas por la superpoblación y secuelas de la misma como la destrucción de los manglares,

esenciales como criaderos de peces y langostas pero los que en San Andrés se han rellenado en su mayoría para dar cabida a urbanizaciones y grandes construcciones. Además, Bogotá ha entregado las aguas del Archipiélago a flotas pesqueras nacionales y extranjeras, en detrimento del pescador artesanal Raizal”³⁹. A lo anterior se suma la militarización de la Isla por las disputas con Nicaragua sobre ese archipiélago.

La situación descrita debe ser reflexionada en términos de sus consecuencias para la salud y bienestar de la población nativa. Como gente negra, como pueblo insular, en intenso contacto con población externa, deben tener características y resistencias muy propias, en tanto que enfrentan riesgos y vulnerabilidades para la salud, como los descritos, derivados de la intensa inmigración y urbanización de la isla en los últimos cincuenta años.

Pueblo ROM o Gitanos

Los ROM o Gitanos son otro pueblo milenario, de vocación internacionalista con presencia en casi todos los países, trashumantes, que mantienen una identidad cultural muy propia, con fuerte apego a su lengua, su justicia, sus linajes, su estética, etc. “Las características básicas que distinguen a los ROM como un grupo étnico independiente son, entre otras, la idea de un origen común y de una historia compartida, la larga tradición nómada, la utilización cotidiana y corriente de su idioma propio (el romanó, romanés o Romaní), las funciones cotidianas de la familia extensa, especialmente en lo que actividades económicas se refiere, la vigencia de un conjunto de normas tradicionales así como de instituciones que regulan la aplicación de su derecho interno, conocido como la Kriss Romaní o ley gitana”⁴⁰.

35. Pusey Bent, Enrique. “El Pueblo Indígena Raizal del Archipiélago de San Andrés, Santa Catalina y Providencia”. The Sons of the Soil Foundation. San Andrés.

36. Decreto 1371 de 1994, art. 1.

37. Gallardo, Juvencio F. “El Pueblo Raizal. San Andrés, Islas, Colombia, Abril 8 de 2001.

38. Dpto. Nal. de Planeación, DNP. Décimo y Décimo primer informe al Comité contra la Eliminación de todas las formas de discriminación racial. 2003. pág. 6.

39. Idem. P.3.

40. D.N.P. BASES PARA EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, Bogotá, 2002, pág. 171.

Sobre los gitanos no se han realizado censos de población y es difícil calcularla dado que constituyen “la minoría invisible entre las minorías étnicas” (Gamboa, 2002). Este autor estima entre dos mil y tres mil personas la población gitana en Colombia⁴¹, ubicadas en grupos de familias extensas “kumpaniyi” en: Cúcuta, Girón (Santander), Bogotá, Cartagena, Cali, Itagüí, Pasto y Barranquilla.

De acuerdo a los autores citados, las principales características como grupo étnico de los gitanos en Colombia son las siguientes: a) la idea de un origen común y de una historia compartida, b) la larga tradición nómada y su transformación en nuevas formas de itinerancia, c) el idioma propio, d) la valoración del grupo de edad y el sexo como principios ordenadores de estatus, e) cohesión interna y diferenciación frente al no gitano, f) organización social basada en la configuración de grupos de parentesco, g) articulación del sistema social con base en la existencia de linajes patrilineales dispersos, independientes y autónomos, h) funciones cotidianas de la familia extensa especialmente en lo que a actividades económicas se refiere, i) la vigencia de un conjunto de normas tradicionales así como de instituciones que regulan la aplicación de su derecho interno conocido como ‘la ley gitana’ o Kriss, j) el respeto a los muertos y la creencia en una posible intervención de éstos en la vida de sus descendientes, y k) respeto a un complejo sistema de valores, de los cuales hacen parte una fuerte solidaridad intergrupala, un intenso apego a la libertad individual y colectiva, un especial sentido de la estética tanto física como artística, una peculiar interpretación de los fenómenos naturales, entre otras⁴².

En cuanto a sus resistencias y vulnerabilidades en salud, hay que tener en cuenta el contacto con tantos pueblos del mundo a lo largo de su

historia y el contacto con gentes de todas las regiones, ambientes naturales y poblados en cada país, como ha sido el caso en Colombia. Por otra parte, aunque la medicina propia no parece constituir un aspecto muy destacado de su cultura, en su trashumancia deben haber asimilado muchos conocimientos de los saberes médicos populares.

Marco Conceptual

Habiendo recorrido el contexto histórico del reconocimiento de los derechos étnicos y caracterizado los grupos étnicos de Colombia, se pasa a continuación a definir y relacionar los siguientes conceptos que constituyen la base conceptual del presente documento y del trabajo posterior que se realizará con las organizaciones sociales: Etnicidad, entendida como la reivindicación de la identidad étnica; el Derecho a la Salud y lo que ello implica para los grupos étnicos; Salud, desde la perspectiva occidental y de la de los mencionados grupos; Multiculturalidad, como enfoque teórico que trata la diversidad cultural; Interculturalidad, como la relación entre las culturas en procura del mutuo entendimiento; Medicina Tradicional, como la tradición de los grupos étnicos en el campo de la salud; Cosmovisión, la manera como los pueblos explican su relación con la naturaleza y con todo lo que existe, y el concepto de Cosmovisión en Salud, o la forma como se explican los fenómenos de la salud y la enfermedad desde las culturas étnicas.

Etnicidad

Hace referencia a la toma de conciencia y adscripción explícita a una identidad propia, derivada de un origen común (real o mítico) y de características culturales propias, como lengua, mitos, ritos, creencias, costumbres, etc., lo cual ha conllevado en América Latina, y en Colombia

41. Gamboa, Juan Carlos; Gómez, Venecer; Paternina, Hugo. “Los Gitanos en Colombia”. En: Zambrano, Vladimir, editor. ETNOPOLITICAS Y RACISMO. Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2002, pág. 253 a 286.

42. Gamboa et al, pág. 269.

en particular, a la lucha de los grupos étnicos por la reivindicación de derechos colectivos y, así mismo, al reconocimiento de los grupos y de sus derechos por el resto de la sociedad y por el Estado.

La introducción de la perspectiva étnica en los estudios y diagnósticos de la realidad social permite evidenciar aspectos particulares de la realidad de estos grupos humanos, de sus relaciones con la sociedad y de los efectos de la discriminación a que históricamente han sido sometidos. Permite compararla con los parámetros que a nivel nacional o internacional se utilicen para caracterizar o diagnosticar diferentes aspectos de la realidad social. La introducción de tales variables en los registros de Salud revela que, a nivel de Latinoamérica, como se detallará más adelante, los índices de salud de los grupos étnicos están por debajo de los promedios nacionales, evidenciando una situación objetiva de discriminación social, de condiciones de vida desventajosas y de exclusión de los servicios correspondientes. Una situación similar se vive en Colombia. Esas revelaciones deben ser la base para que tanto los grupos mismos como los gobiernos convoquen esfuerzos tendientes hacia el logro de condiciones de equidad, que les permita mejorar su calidad de vida, integrándose al entorno social, desde lo local a lo global, sin perder su identidad étnica.

El derecho a la salud

En muchos países, incluido Colombia, la salud es un derecho irrenunciable, un servicio público y de obligatorio cumplimiento, a cargo del Estado. Lógicamente, los grupos étnicos también tienen ese derecho a la salud, de manera individual y colectiva, teniendo en cuenta sus propias concepciones culturales sobre la salud. En la actual coyuntura, de afirmación de derechos colectivos de los grupos étnicos, una de las cuestiones que reivindican es su medicina tradicional y relaciones de interculturalidad con la medicina facultativa.

La salud es un componente fundamental de la Seguridad Social que los Estados tienen obligación de garantizar a sus ciudadanos ante las contingencias que puedan afectarla. En el nuevo enfoque, de la Protección Social, más amplio que el anterior de la Seguridad Social, la responsabilidad del Estado no se limita a la solución de problemas de salud sino a prevenir los diferentes tipos de riesgos (naturales, económicos, violencia, etc.) que puedan afectar la salud y el bienestar de las personas y comunidades, independientemente de la capacidad de pago por parte de los beneficiarios.

El derecho a la salud forma parte muy importante de los derechos económicos, sociales y culturales que se han venido reivindicando a nivel internacional en las últimas décadas. Como se planteó en el capítulo sobre normatividad jurídica, del presente documento: la salud, como expresión de una visión integral de los derechos humanos, implica la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales y el derecho de todo ser humano al *“disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”*⁴³.

Salud

Un concepto incipiente de salud la define como ‘ausencia de enfermedad’. Pero esta definición se refiere, más bien, a lo que no es salud, sin definir lo que sí es. De la misma manera se podría definir enfermedad, como ausencia de salud, con lo cual no se avanza en la comprensión de lo uno ni lo otro. Predomina en estas definiciones una concepción reducida al aspecto médico de la salud. Pero Salud es algo más amplio, que trasciende lo médico, lo orgánico, lo psíquico, lo individual, que tiene que ver con el bienestar general (bio-psico-social) de la persona y con su entorno y natural, es decir, con su medio ambiente integral. Por consiguiente, además de los factores

43. Obra citada, Pág. 289

médicos, influyen también los de orden económico, cultural, social y político que garanticen una vida sana para los individuos y el conjunto de la sociedad. Ciertamente, un ambiente de miseria, opresión cultural, explotación y violencia no es un ambiente sano ni contribuye al bienestar ni la salud de las personas. La integralidad en salud incluye no sólo actividades curativas sino de prevención y promoción de la salud y del bienestar individual y comunitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1947 la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición, ha sido ampliamente aceptada, pero también ha tenido sus cuestionamientos por que transfiere el objeto de la definición a precisar lo que se entienda por ‘completo bienestar’, algo muy subjetivo y, además, inalcanzable. Hay que tener en cuenta que no sólo los individuos tienen su propia idea de bienestar sino que cada cultura (regional, étnica, nacional) define sus propios patrones de bienestar, los cuales condicionan las aspiraciones de los individuos. De tal manera que no hay un solo, único y generalizable parámetro de bienestar sino que éste debe ser relativo a cada contexto sociocultural.

La Declaración de Alma Ata en 1978 habla de la salud como bienestar físico, mental y social, como un derecho humano fundamental cuya responsabilidad es de los gobiernos⁴⁴. Otros documentos de la OMS se han referido a este concepto de salud en una forma más operacional, precisando algunos de sus requisitos: Es el estado de completo bienestar biopsíquico-social y son sus prerequisites: la paz, la educación, la

vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. (OMS)⁴⁵. Sobresale en todo esto una mirada muy amplia sobre la salud, destacando factores estructurales del sistema social como condicionantes de la salud, en contraste con la definición de salud como asunto médico o de carencia de enfermedad. Para el caso colombiano -en que la violencia está afectando de manera tan intensa a toda la nación- hay que tomar en cuenta que el primer requisito en esta definición es el de la paz, más aun tratándose de grupos étnicos ya que entre las poblaciones más afectados por dicho conflicto están las comunidades indígenas y negras. El Comité de los derechos económicos, sociales y culturales del Pacto Internacional por los mismos, concluye que “una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado”⁴⁶. (Ver capítulo sobre normatividad del presente informe).

Salud, según grupos étnicos

Para el caso de los grupos étnicos, tan diferentes y variados en sus identidades culturales, en su cosmovisión acerca de la salud, tan ligados al ambiente natural y viviendo en ecosistemas tan contrastantes, los conceptos de salud, enfermedad, curación, bienestar, etc. son muy heterogéneos. No obstante, podría destacarse algunas características más o menos generalizables: la importancia que le dan a la relación con el medio ambiente natural; la relación con aspectos de la espiritualidad, del mundo oculto y sobrenatural⁴⁷; la íntima relación de la salud del individuo con la salud de la comunidad. Los indígenas definen la salud como el equilibrio o armonía en el individuo y en sus relaciones con

44. Centro de Proyectos para el Desarrollo, CENDES. “Definición de Planes de Beneficio para comunidades indígenas”. Bogotá, febr. 2004.

45. Marecos, Edgardo A.. CONCEPTOS CLAVES ACERCA DE LA SALUD
http://med.unne.edu.ar/revista/revista108/con_claves_salud.html

46. Se hace referencia al Art. 3 común a los Convenios de Ginebra relativos a la protección de las víctimas de la guerra... en el apartado a) del Artículo 4 del Protocolo adicional II relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (1977). Obra citada, Pág. 293

47. El antropólogo Juan Guevara (Vaupés) ha calificado la medicina indígena como medicina ecológica.

la comunidad y la naturaleza, situación que se garantiza siguiendo claras normas de comportamiento individual y colectivo fijadas por sus ancestros. Existe una relación directa entre la salud del ecosistema, la salud de la comunidad y la salud de los individuos. En este contexto, la salud ha sido definida como la “adaptación exitosa de un grupo humano a un ambiente determinado”⁴⁸. La enfermedad proviene del quebrantamiento de las prescripciones o normas y su restablecimiento está a cargo de autoridades espirituales, médicos tradicionales o chamanes que tienen la capacidad de comunicarse y negociar –tanto para curar como para poner el maleficio– con los espíritus dueños de la naturaleza. Para indígenas Paeces la enfermedad se debe a “desarmonías generadas por desobedecer las normas de origen, irrespetar la naturaleza, relaciones conflictivas con la naturaleza o con la comunidad”⁴⁹.

Para los indígenas Cofán, por ejemplo, la salud contribuye tanto a la sobrevivencia física como cultural, afirmando lo más profundo de la cultura indígena: creencias, conocimientos, plantas, animales, sitios sagrados, pinturas y todo lo que se usa para la salud, en relación con el mundo espiritual, con la naturaleza y el mundo social⁵⁰.

Para los Murui Muinane del río Mirití –Praná (Amazonía), una condición para la salud y el bienestar es no quebrantar la ética social: no murmurar, ayudar a los demás, no robar, respetar la mujer del otro, apoyar a los hijos, etc. El quebrantamiento de estas pautas conlleva a enfermedades.

Para los indígenas la primera condición de bienestar individual y colectivo y por lo tanto para

su salud, es la seguridad e integridad de sus territorios, medio ambiente y recursos naturales. Si bien, en la actualidad cuentan con la legalidad jurídica de sus territorios –consagrados constitucionalmente como inalienables, imprescriptibles e inembargables– enfrentan otros riesgos, de los cuales los principales son los derivados del conflicto armado, la expansión de los cultivos de uso ilícito, la alteración de su economía y sus patrones tradicionales de vida por la creciente interacción con el entorno socioeconómico, cultural y político⁵¹. Para estos grupos, el respeto por su autonomía, su identidad, la paz, el desarrollo sostenible, la inclusión social, el acceso a servicios culturalmente adecuados de salud y saneamiento ambiental, son prerequisites para su bienestar y, por consiguiente para su salud. La siguiente conclusión de un taller de salud con indígenas del Meta, ejemplifica la visión integral sobre salud:

“Salud para el indio es territorio, recursos naturales, educación, medicina tradicional, vacunación, educación en salud, capacitación; que no haya contaminación del ambiente; estar sin problemas, sin guerra; tener territorio libre; tener comida suficiente, que sea sana, sin nada de químicos; compartir con la naturaleza; tener agua viva; es el equilibrio físico, mental, social y el bienestar de uno; tener alimentación variada; proporcionar salud y prevención de enfermedad”⁵².

Multiculturalidad

La multiculturalidad es todo un enfoque teórico sobre la cultura, de reciente auge, que centra su atención en la coexistencia de grupos

48. Gordon 1966, citado en Matavén, selva corazón de la salud, pág. 79.

49. Consejo Regional Indígena del Cauca, CRIC. “Propuesta de adecuación sociocultural del POSS y operativización de la ley 691 de 2001. Pág. 4.

50. Fundación Zio Al. Unión de Sabiduría. “Plan de Vida del pueblo Cofán y cabildos indígenas del Valle del Guamuéz y San Miguel, Putumayo, Colombia”. Marzo 2000.

51. Un ejemplo de estos nuevos riesgos, comunes a la mayoría de las comunidades étnicas, lo da la siguiente cita de un estudio sobre la selva de Matavén en el Vichada: “Los problemas que hoy día enfrentan los pueblos indígenas de la selva del Matavén tienen sus raíces en una encrucijada económica que los lleva a devastar muchos de los recursos naturales para satisfacer las nuevas necesidades de consumo”. Lobo Guerrero et al. MATAVEN, Selva Corazón de la Salud. Bogotá: COAMA-Fundación Etnollano, 2000, p. 19.

52. “Diagnóstico de salud en comunidades indígenas del Meta, para la elaboración de los planes de atención básica intercultural”. Departamento del Meta, Secretaría de Salud, Corpolatina, 2002. Pág. 28.

culturalmente diversos, en el marco del respeto por las alteridades o especificidad del 'otro' (Jameson y Zizek, 1988). El 'otro' puede ser muy diverso y estar referido a los inmigrantes, a los grupos étnicos minoritarios, a las mujeres, a los ancianos, a grupos religiosos, y a minorías sexuales. La multiculturalidad es una expresión del fenómeno de la globalización que, mediante el desarrollo de las tecnologías de la comunicación, ha puesto en contacto las culturas del mundo, haciendo visibles aquellas culturas minoritarias y excluidas y haciéndolas partícipes del ambiente de diversidad cultural y de afirmación de identidades particulares (étnicas, nacionales, religiosas, de género, etc.) que se experimenta actualmente en el mundo.

La multiculturalidad implica para países como los latinoamericanos, el reconocimiento de que la realidad sociocultural -contrariamente a lo que siempre se quiso imponer desde la cultura dominante- no es culturalmente homogénea sino altamente diversa, siendo los grupos étnicos uno de los componentes más importante de dicha diversidad. Sin embargo, la multiculturalidad no se agota en lo étnico, incluye otras identidades, como pueden ser las de carácter regional, religioso, de género y de origen nacional. Evidentemente todo grupo humano tiene una identidad que lo diferencia de los demás, pero lo importante de los grupos étnicos es que para ellos su identidad cultural es lo que los define, es la esencia de su ser colectivo y no simplemente un calificativo. De ahí, la necesidad de garantizar la existencia, los derechos y desarrollo de esas identidades socioculturales que se diferencian de la sociedad hegemónica.

La Constitución Política de Colombia, al definir la nación como Pluriétnica y Multicultural reconoce a los grupos étnicos como sujetos colectivos, con derechos colectivos, asignándole

al Estado la responsabilidad de garantizar y proteger tal diversidad⁵³. Para los grupos étnicos, el reconocimiento de dicha multiculturalidad les representa la posibilidad de afirmarse a sí mismos, fortaleciendo sus culturas como fundamento de sus relaciones interculturales entre ellos mismos y con el resto de la nación, el Estado y el mundo.

En el campo de la salud, el multiculturalismo se expresa en las muy diversas formas tradicionales de entender y manejar la salud y la enfermedad, a partir de una racionalidad que difiere de los parámetros científicos de la medicina facultativa. El derecho a la identidad y la obligación del Estado de proteger la diversidad cultural, implican también el reconocimiento de esos otros sistemas de medicina tradicional y su articulación al sistema nacional de salud, como opciones alternativas que, conjuntamente con la medicina facultativa, contribuyen a la realización del derecho a la salud. Es algo similar, por ejemplo, al reconocimiento de la jurisdicción especial o el derecho a la etnoeducación. La tendencia en salud derivada del multiculturalismo es hacia el pluralismo médico.

A nivel de América Latina la multiculturalidad actual es fruto de más de 500 años, de relaciones entre grupos humanos diferenciados: los pueblos originarios que habitaban el territorio (más de 25 millones de personas) antes del descubrimiento; poblaciones de origen ibérico y europeo llegadas desde el descubrimiento; la población de origen africano (entre 10 y 15 millones); los grupos de diferentes orígenes que llegaron posteriormente: asiáticos, europeos, africanos libres, y otros; migraciones intra regionales como mexicanos en Estados Unidos, nicaragüenses en Costa Rica o bolivianos en Argentina, etc.⁵⁴

Todo esto debe llevarnos a reconocer que el mundo se está 'multiculturalizando', que el

53. Las Constituciones de Panamá (1983), Guatemala (1985), Brasil (1988), Paraguay (1992), Ecuador (1993), Perú (1993) Bolivia, (1994) México, también reconocen el carácter pluriétnico o plurinacional y multiculturalidad de sus estados.

54. Idem, pág. 58

paradigma actual de la civilización es el de la diversidad, no la homogeneidad que trataba de imponerse hasta hace poco tiempo sobre las minorías y pueblos subyugados del mundo, los cuales están reaccionando frente al fenómeno de la globalización para revelar que las identidades son fuente de resistencia.

Interculturalidad en salud

En tanto que el multiculturalismo hace relación al reconocimiento de una realidad social culturalmente diversa, reivindicando dicha diversidad cultural, la Interculturalidad hace referencia a la relación entre los grupos humanos con identidades culturales diferentes, promoviendo el mutuo reconocimiento y respeto. En el campo de la salud para los grupos étnicos, contrario a la descalificación de la medicina tradicional por la medicina facultativa, la Interculturalidad pretende el mutuo reconocimiento y colaboración -a partir del respeto y valoración de ambos enfoques sobre la salud- de modo que las comunidades tengan la opción de acceder a uno u otro sistema, de acuerdo a sus propios criterios: "que mediante el diálogo entre el médico y el chamán se coordinen acciones que valoren el trabajo de cada quien"⁵⁵.

Medicina tradicional

Se refiere a los saberes, creencias, usos y costumbres de la tradición cultural relacionados con la salud, las técnicas terapéuticas, los recursos naturales (plantas medicinales y otros), y los agentes comunitarios que desempeñan funciones en este campo, como los chamanes o médicos tradicionales, las parteras, pulseadores, etc. Dada la heterogeneidad cultural que caracteriza a Colombia, son muy variadas las tradiciones relativas a la salud y la enfermedad, con grandes diferencias no sólo entre indígenas,

afrodescendientes, gitanos y raizales, sino al interior mismo de cada grupo étnico (especialmente indígenas y afrodescendientes) por sus identidades propias y por su relación con el entorno natural tan contrastante entre las diferentes regiones en las cuales viven, lo mismo que por la influencia mutua con la medicina facultativa y las tradiciones de otros sectores populares del campo y la ciudad. "Colombia no tiene una medicina tradicional sino muchas y variadas tradiciones médicas, acordes con la gran variedad de culturas regionales, minorías étnicas y cambio sociocultural que caracterizan al país"⁵⁶.

La O.P.S. define la Medicina Tradicional como: "El sistema de salud que comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado"⁵⁷.

En el campo de la medicina tradicional se destacan las culturas indígenas porque, así como para los afrodescendientes la música es el eje central de su cultura o para los gitanos su sistema de justicia o sus prácticas adivinatorias, para los indígenas la medicina tradicional es una de las dimensiones más profundas y celosamente guardadas de su cultura. Con esto no se quiere decir que la medicina tradicional no sea importante para estas otras etnias. Los indígenas son herederos de un conocimiento milenario que les permitió adaptarse a los ecosistemas en los que la mayoría de ellos han vivido ancestralmente, ecosistemas que han sabido conservar, incluyendo sus recursos naturales para la salud. Otra característica es el celo con que, generalmente, han guardado sus tradiciones. Tal como lo planteaba un indígena del Cauca, "nuestra cultura es 'el secreto' que guardan los médicos indígenas". De igual manera, desde otra región (Panamá) se

55. Guevara, Juan. "En busca de un modelo de salud para los pueblos indígenas. La experiencia del Vaupés. Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Minsalud, 1998. p.45.

56. Herrera y Lobo Guerero. Citado por Arango y Sánchez, p. 204.

57. Ministerio de Salud de Panamá. Sección de Medicina Tradicional. "Medicina Tradicional Indígena: un enfoque general". Pág. 4.

afirma que “El poder curativo es suministrado por fuerzas divinas y otorgado en forma gratuita a ciertas personas que se comprometen a no divulgar sus conocimientos y a salvaguardar la madre tierra”⁵⁸. Tales conocimientos y recursos naturales –no sólo de los indígenas sino de los demás grupos étnicos y de los campesinos- constituyen hoy día motivo de interés para los buenos propósitos de la ciencia a favor de la humanidad, pero también para el beneficio económico de empresas multinacionales interesadas en patentarlos y comerciar con ellos.

Cosmovisión

Al hablar de cosmovisión, se hace relación a la forma como las culturas interpretan la integración del hombre con la naturaleza y el cosmos; a las creencias sobre el origen, estructura y dinámica del universo; el tiempo y el espacio; el origen, sentido y destino de la vida, etc. La cosmovisión se expresa en los mitos (hechos trascendentales expresados simbólicamente), los ritos, la tradición oral, los sueños, las señas, etc. En los indígenas del Amazonas el cosmos está representado en las malokas y entre los de la Sierra Nevada, en las Kancuruas.

Evidentemente, no se puede hablar de una misma cosmovisión para los diferentes grupos étnicos, ni siquiera para el conjunto de los pueblos indígenas pues entre ellos existen grandes diferencias de interpretar el mundo. No obstante, se señalarán algunas características que son comunes a la mayoría de ellos.

A diferencia de la visión racionalista y de la lógica experimental de la medicina científica, la medicina tradicional de los grupos étnicos se fundamenta en otra interpretación según la cual los fenómenos de la realidad son intervenidos por fuerzas ocultas, naturales y sobrenaturales: espíritus, duendes, dueños espirituales, dioses, etc. Las leyes que rigen el equilibrio en el mundo natural, social y espiritual fueron creadas desde el comienzo de los tiempos, por lo cual, el pensamiento ancestral es fuente

de la sabiduría. La comunidad y el individuo deben procurar mantener el equilibrio y armonía con la naturaleza y con los demás seres humanos, para lo cual cuentan con sacerdotes o con chamanes, quienes son los encargados de negociar con los dueños espirituales de los animales, las plantas y de todo lo que existe, para tomar de la naturaleza lo que la comunidad necesita, para no romper dicho equilibrio.

A diferencia del pensamiento occidental en que el hombre es dueño y señor de la naturaleza, con capacidad de usarla y explotarla en libre competencia, para los indígenas el hombre es hijo de la tierra, por lo cual debe respetarla como madre, tomando de ella lo que necesita para subsistir pero no para acumular irracionalmente.

Para algunos pueblos, como los del Vaupés, “todos los seres de la naturaleza están conectados por una fluidez energética que está en el organismo de los seres. Al inhalar energía permanentemente se reproduce la interrelación vital con los otros seres y la cadena energética se convierte en una cadena trófica en la que la exhalación de la energía sobrante se transforma cualitativamente y se adecua al conjunto subsiguiente de seres que la retoman, de acuerdo con la especie a la que pertenezcan... Al perderse abruptamente la energía vital propia y, por lo tanto, la que le corresponde por fluidez a los otros seres, se pierde el equilibrio trófico y, en consecuencia, muchos seres desaparecen, por asfixia energética, de la faz de la tierra”⁵⁹. Los problemas se previenen induciendo a las personas y la comunidad a utilizar racionalmente el medio ambiente, sin afectar desmedidamente la energía disponible, con el fin de perpetuar la vida de todos los seres vivos. De aquí, la naturaleza profundamente conservacionista de la cultura indígena amazónica. Dicho carácter conservacionista es característico de las culturas indígenas, no sólo las de la amazonía.

58. Ministerio de Salud de Panamá, op.cit. pág. 4.

59. Idem, pág. 49.

Cosmovisión en salud

Salud y enfermedad. La esencia del concepto de salud en las culturas indígenas es el Equilibrio, la Armonía que se preserva actuando de acuerdo a las leyes dejadas por los ancestros. La enfermedad es rompimiento del equilibrio por quebrantar dicha normatividad. La curación implica el restablecimiento del equilibrio. "Para los indígenas, la salud es entendida como el producto de la relación armónica existente entre la naturaleza, los seres humanos y el mundo espiritual. Al romperse alguno de estos tres nexos, el cuerpo se enferma, afectando tanto al individuo como a la familia entera. En este sentido, la enfermedad y la salud son definidas en un sentido social, no sólo individual. Para contrarrestarla es necesario restaurar la armonía perdida buscando el favor de los espíritus de la naturaleza y recurriendo a las propiedades medicinales de las plantas"⁶⁰. Los médicos indígenas curan y protegen a la persona, a la comunidad, al medio natural y especialmente cuestiones del espíritu y sentimientos de las personas, como el amor, la suerte, la tristeza, etc.

En concordancia con la cosmovisión particular de cada etnia, se establecen las tipologías o clasificaciones de las enfermedades, lo mismo que de los remedios. A continuación se presenta, a manera de ejemplo, la clasificación de las enfermedades por parte de los indígenas del grupo Tucano del Vaupés, la cual permitirá ver su diferencia con los perfiles epidemiológicos de la medicina occidental.

Clasificación de enfermedades en la cultura indígena⁶¹.

- Enfermedades Producidas por irrespeto a la naturaleza:
 - Por talar árboles sin comunicarse con el protector espiritual o dueño de los árboles.

- Por no realizar los rezos antes de comer pescado.
 - Por consumo de animales sin permiso (a través del chamán) de sus dueños espirituales.
 - Descuido por parte del Payé, del movimiento de los astros, las estaciones, las tempestades.
 - Por uso de lombrices, grillos, avispa, abejas, etc. en la pesca.
 - Por no respetar sitios sagrados y saladeros donde se congregan los animales.
- Enfermedades producidas por maldiciones, venganzas, celos o envidias.
 - Enfermedades producidas por maleficios o malos rezos de agentes de la medicina tradicional.
 - Enfermedades producidas por invocación del payé, de rayos y truenos, tigre, serpientes, etc. que se roban el espíritu o energía de las personas.
 - Enfermedades producidas por la violación de normas tradicionales o pautas de comportamiento culturales.
 - Enfermedades producidas por venenos.

Dentro de las normas que rigen las relaciones sociales tienen máxima importancia las que reglamentan el intercambio matrimonial, que varía de una cultura a otra. Para los indígenas amazónicos tal intercambio está basado en relaciones de filiación clanil. Las personas de cada clan saben con cuáles clanes pueden o no pueden establecer relaciones matrimoniales. Entre los Tikuna, por ejemplo, las relaciones tienen que darse entre dos tipos de clanes: los de animales del aire (con plumas) y los de tierra (sin plumas). Ejemplo, los del clan de la guacamaya con los del

60. Ministerio de Salud de Panamá. Sección de Medicina Tradicional. Sección de Salud de Pueblos Indígenas. "Medicina Tradicional Indígena, un enfoque general". Nov. De 2001. pág. 3.

61. Promoción, Prevención y Atención Integral en salud para los pueblos indígenas de Vaupés, Guainía, Amazonas, Guaviare, Vichada y Chocó.

tigre. Pero entre hombre y mujeres pertenecientes a clanes de aire no puede haber matrimonios, como tampoco entre los de clanes de la tierra. Estos ordenamientos también implican responsabilidades compartidas y relaciones de solidaridad. Rigen también la organización de los asentamientos poblacionales, las jerarquías sociales, la autoridad y el orden comunitario. Y por supuesto, tienen que ver con la salud (evitar problemas genéticos por consanguinidad y muchos otros) y el bienestar individual y colectivo. La iglesia y las instituciones estatales, en su afán por concentrar la población para facilitar su misión alteran estos tejidos sociales. Otros fenómenos, como el narcotráfico y el conflicto armado los golpea aún mucho más fuertemente.

En otras culturas, como los Ingas, los Paez, los Pijaos, el principio de interpretación es por señas que experimenta el médico tradicional en su propio cuerpo y la clasificación de las enfermedades es el de Frío y Calor, e igualmente la curación consiste en contrarrestar con plantas frías o calientes para lograr un estado de equilibrio: "las plantas frías se utilizan en el tratamiento de enfermedades calientes, como las fiebres. Por lo general, la preparación de remedios vegetales consiste en cocinar varias plantas con propiedades frías y calientes para lograr un jarabe 'templado' que brinde las condiciones para restablecer el equilibrio"⁶². Al respecto de esta clasificación y otras creencias como el "mal de ojo", que hoy día estas comunidades (pero también el campesinado y sectores populares) manejan como muy propia de su tradición, la antropóloga Virginia Gutiérrez planteó que forman parte de la herencia española⁶³. Por su parte, el psiquiatra Luis Carlos Restrepo, (actual Alto Comisionado de Paz del gobierno del presidente Uribe) en su relato sobre la medicina en los clásicos griegos, muestra el uso que hacían de

las categorías de frío y caliente, húmedo y seco y su relación con su concepción del agua, aire, tierra y fuego, como los elementos fundamentales de la naturaleza⁶⁴.

Shamanes: payés, the'walas, jaibaná, piaches. Los chamanes son los intermediarios ante los espíritus dueños de la naturaleza. Son depositarios de conocimientos ancestrales y de las leyes de origen que rigen el equilibrio en la naturaleza y los seres humanos. Su misión es regular la utilización de los recursos naturales, interpretar los fenómenos de la naturaleza y restablecer el equilibrio en el medio ambiente, en la comunidad y en las personas. De ahí su poder para curar enfermedades físicas o espirituales. Pero también el poder de causar enfermedades a las personas y desequilibrios en la naturaleza, fenómeno al que se le denomina generalmente como brujería. En términos de la cultura occidental, el chamán conjuga al médico, al sacerdote e incluso al juez. En algunas comunidades, como en Cauca y Tolima a los chamanes se les llama médicos tradicionales, en otras, como en el Vaupés, existe una jerarquía que los diferencia.

En algunas comunidades, especialmente las más marginadas de los servicios de la medicina facultativa, la actividad de los médicos tradicionales es muy intensa, tendiendo no solamente indígenas del lugar sino diferente tipo de personas, incluso provenientes de tierras lejanas, como sucede con los COFAN: "Se ha podido establecer que un taita atiende un promedio de cien pacientes al mes"⁶⁵.

Prácticas curativas. Los chamanes realizan prácticas rituales de curación, protección y limpieza en las que se invocan las fuerzas ocultas naturales o sobrenaturales causantes de la

62. Giraldo Tafur, Clara. MEDICINA TRADICIONAL DE LA MUJER INGA Y SU APLICACIÓN EN LA ASISTENCIA EN SALUD. Bogotá, Julio de 1998. pág. 36.

63. Giraldo Tafur, op.cit. p. 12.

64. Restrepo, Luis Carlos y Espinel Vallejo, Manuel. SEMIOLOGIA DE LAS PRÁCTICAS DE SALUD. Bogotá, Universidad Javeriana, 1996, pág. 20.

65.

enfermedad o con capacidad para restablecer la salud. La comunicación con dichas fuerzas ocultas se hace con la ayuda de psicotrópicos, como el yagé, el yopo, la coca, el ambil, aguardiente, sahumeros, etc. que facilitan que el chamán o el paciente entre en éxtasis. Igualmente, realizan prácticas curativas con plantas y otros elementos de la naturaleza, complementadas con prescripción de purgantes, dietas y estrictas restricciones sexuales y de otros tipos.

El conocimiento se adquiere por transmisión de los chamanes a quienes han sido seleccionados por la naturaleza para ser chamanes. En el caso de los indígenas amazónicos, ellos dicen que la fuente de la sabiduría es el yagé, la coca y el ambil. "El yagé enseña...reconozco los remedios tomando yagé, allí se los ve, en el yagé se sabe qué remedios sirven para curar"⁶⁶. Los chamanes poseen poder para curar pero también para producir enfermedades, que es lo que llaman "brujería". En otras culturas, por ejemplo entre los Wayúu aprenden y adivinan a través de los sueños.

En casi todas las culturas indígenas existen los siguientes terapeutas, todos los cuales poseen amplios conocimientos de plantas medicinales y otros medicamentos naturales:

- Los chamanes o grandes sabedores, portadores de conocimientos ocultos.
- Clarividentes (cumús en el Vaupés, tautos entre los embera) quienes comunicándose con los espíritus a través de sueños y visiones, diagnostican enfermedades.
- Yerbateros, ampliamente conocedores de hierbas para curar enfermedades orgánicas y espirituales.
- Parteras.
- Sobanderos o tocadoras.

La Mujer en la medicina tradicional

Las culturas indígenas prescriben estrictas funciones, diferenciadas para hombres y mujeres, en cuanto al manejo de la salud. Generalmente la atención del nacimiento de los niños es atendida por parteras, apoyadas por médicos tradicionales para proteger espiritualmente a los recién nacidos. En su investigación sobre el papel de la mujer Inga en la medicina tradicional de este pueblo indígena, Clara Giraldo⁶⁷ describe los siguientes campos de salud y enfermedades atendidos por parteras, tocadoras y yerbateras:

- Tratamientos femeninos: menstruación, cólicos, matriz, control de natalidad, control prenatal, parto, posparto y lactancia.
- Tratamientos para los niños: cuidados para el recién nacido, mal de susto, descuajo, lesiones, mal aire o mal viento, mal de ojo, diarrea, lombrices, fiebre, tos ferina, granos en la piel, dolor de cabeza, garganta, golpes.
- Otros tratamientos: problemas respiratorios, gripa, fiebre, ojos, pelo, oídos, dolor de cabeza, corazón, nervios, insomnio, purgantes, dolor de estómago, sangre sucia, ataques, hígado, mal de orina, llagas o heridas, golpes, garganta, piel, dolor en los huesos, torcedura en los huesos, dolor de muela, la pereza y la suerte.

El siguiente cuadro sintetiza unas características básicas de algunos pueblos indígenas, en aspectos relacionados con la salud.

66. Entrevista a una yerbatera. Giraldo Tafur, Clara, op.cit. pág. 38.

67. Giraldo Tafur, Clara. Op.cit. pág. 38 a 59.

Etnia	Autoridad Tradicional en salud	Concepto fundamental de la medicina tradicional	Plantas o bebidas para curar	Región y Hábitat predominante
Arhuacos	Mamos	Enfermedad por trasgresión a las leyes del equilibrio de la naturaleza.	Coca	Sierra Nevada, todos los pisos térmicos
Wayúú	Piache (hombre o mujer)	Enfermedades de causas sobrenaturales y enfermedades por causas naturales. Adivinación mediante interpretación de sueños.		Desierto de La Guajira. Clima seco tropical.
Paeces	The walas	Oposición y complementariedad de lo frío y lo caliente. Enfermedades frías y calientes. Salud: restablecer equilibrio, refrescar. Interpretación de señas o sensaciones en el cuerpo.	Coca aguardiente	Cordillera central y occidental del cauca, en climas fríos y medios
Indígenas Amazónicos (40 etnias)	Payés Cumús	Mantenimiento del equilibrio entre el medio ambiente natural y los seres que lo habitan.	Yagé, coca, ambil.	Selva amazónica, riberas de los ríos. Clima tropical húmedo.
Indígenas de los Llanos		Utilización de rezos, cantos.	Yopo	Bosques de galería y sabanas. Clima tropical.
Emberas	Jaibaná, Tauto	Enfermedades producidas por jais o espíritus y enfermedades del blanco. Curación mediante cantos y bastones.		Selvas del Pacífico. Clima tropical, extremadamente húmedo.
Eperaara Siapidaara	Jaibaná, Tacinave	Equilibrio con el medio ambiente, cumpliendo leyes de origen.	Pildé.	Selvas del Pacífico, muy húmedas.
Pijaos del Tolima	Médicos tradicionales. Mohán(a)	Conceptos de frío y calor para enfermedades y alimentos. Salud es equilibrio, frescos.	Coca	Clima muy caliente, tierras secas del sur del Tolima.
Ingas	TaitaParteras, tocadoras y yerbateras.	Conceptos de frío y calor para enfermedades y alimentos. Curación mediante el rito del Yagé.	Yagé	Sibundoy, al noroccidente de la Amazonia. Zona de mega diversidad biológica.

Situación de Salud de los Grupos Étnicos

La Situación en Latinoamérica

Tanto indígenas como afrodescendientes fueron diezmados en la época de la conquista y en la colonia por causas de violencia, esclavitud, trabajo forzado, explotación económica, expropiación de tierras, opresión cultural y enfermedades. Se

calcula que solamente en el siglo XVI murieron en la América Hispana unos dos millones de indígenas y tres millones y medio de afrodescendientes. En los Estados Unidos la población cayó de 10 millones que existían antes de la colonización europea, a 250 mil hacia 1890⁶⁸. Esos mismos factores,

68. "When the Europeans arrived on this continent, it is estimated that there were approximately 10 million native people. By 1890 the Indian population had decreased to 250,000 –they were almost eliminated". Grim, Charles. "Leadership in Self-Determination". Indian Health Service of the U.S. Healing Our Spirit Worldwide Conference, Albuquerque, Mexico, sept. 2002. Pág. 2.

continuaron en todos los países —con variaciones significativas, desde luego— a lo largo de la historia como Estados independientes. Las condiciones desventajosas en que actualmente viven la mayoría de las poblaciones étnicas con respecto a los promedios nacionales de los países latinoamericanos, particularmente en cuanto a los índices de salud, no son el resultado de circunstancias casuales sino de todo esa historia de segregación y explotación, de imposición de culturas hegemónicas implementadas desde la independencia en aras de construir Estados nacionales culturalmente homogéneos.

Hoy día, todos los grupos étnicos comparten los niveles más agudos de pobreza, exclusión social, falta de servicios sociales, condiciones de marginalidad e insalubridad rural o urbana. Las investigaciones al respecto muestran que los mapas de pobreza en el continente se superponen con los de grupos étnicos. El concepto de pobreza (problemático en el contexto de los grupos étnicos), más que al criterio de ingreso económico, está referido a la limitación de acceso a los servicios, a la información, a los espacios de participación y representación, en particular, a la exclusión de los bienes y servicios para la salud. “Los valores de todas las variables que conforman el concepto de desarrollo humano sostenible son más bajos para los grupos étnicos, lo que pone de manifiesto la desigualdad en las oportunidades en todos los campos”⁶⁹.

De lo anterior se deriva que una característica general, a nivel de Latinoamérica, es que las enfermedades más comunes entre la población nativa —negra, indígena, raizal y entre los Gitanos— son las enfermedades propias de la pobreza o carenciales y las enfermedades infecto contagiosas: respiratorias, diarreas e infecciones perinatales, etc. La discriminación racial, la exclusión social abierta o encubierta, afecta la salud de los grupos étnicos, de las siguientes maneras:

- Por las limitaciones o restricciones en la prestación de los servicios de salud: problemas de acceso, calidad, oportunidad, suficiencia, falta de información.
- Porque condiciona a las comunidades a vivir en condiciones adversas para la salud: climas extremos y hábitats malsanos, pobreza, desnutrición y falta de agua potable.
- Porque los procesos de aculturación y el tipo de atención en salud que reciben del Estado, debilitan la cultura tradicional para la autosuficiencia en materia de salud, incidiendo en la pérdida de conocimientos y de recursos humanos y naturales tradicionales para la salud.

El resultado de estas situaciones se evidencia en los índices de morbilidad y mortalidad en los grupos étnicos, generalmente más altos que los promedios nacionales en todos los países del continente. “Las estadísticas cuando están disponibles ponen de manifiesto que todavía persisten diferenciales en la situación de salud de los individuos en detrimento de los pueblos originarios y de los grupos afro-descendientes y una situación de desbalance en las posibilidades de acceso a la atención de salud y a la información sobre estilos de vida saludables”⁷⁰.

Se plantean dos tipos de factores causales de las mencionadas desventajas en salud para los grupos étnicos: el primero, relacionado con los servicios de salud y el segundo, con factores externos derivados de la posición de las comunidades étnicas en la estructura social.

En cuanto a los servicios de salud:

Acceso restringido de las comunidades a los servicios de salud, por razones de ubicación en

69. EQUIDAD EN SALUD: DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ETNICIDAD. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, © 2001. pág. 26.

70. “Etnia, pobreza y salud en la Región de las Américas: una mirada histórica para entender esta relación”. En: EQUIDAD EN SALUD: DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ETNICIDAD. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, © 2001. Pág. 70.

zonas rurales o urbanas marginales, por barreras económicas, lingüísticas y culturales.

Deficiente calidad de los servicios disponibles en esas localidades y por la formación y actitud del personal de la salud facultativa.

Inoportunidad: acceso tardío de los enfermos a los servicios de salud.

Discriminación en la atención.

Factores externos al ámbito institucional de la salud:

- Los abruptos *cambios culturales* a que han estado expuestas las comunidades por su creciente interacción con elementos externos, entre ellos, la pérdida de sus prácticas tradicionales de salud y nutrición.
- Los *cambios radicales en su economía* de subsistencia por la necesidad de ingresos, lo cual los fuerza a participar en la economía de mercado, sin que ello les reporte suficiente poder adquisitivo para adquirir alimentos que compensen los de su dieta tradicional.
- La *pérdida de recursos naturales*, con agotamiento de recursos alimentarios, por efectos de la depredación forestal resultante de la colonización, los cultivos ilícitos, megaproyectos, etc.
- Nivel de *ingresos y de escolaridad*, generalmente más bajos que los promedios nacionales.
- *Marginalidad*: residencia en zonas marginales, de ambientes deteriorados física y socialmente, con deficiencias de servicios de agua potable, alcantarillado, basuras.
- *Estilos de vida*: dietas, tabaquismo, alcohol, desnutrición.
- Calidad y acceso a la *educación*: bajos niveles educativos inciden negativamente en el autocuidado y atención de la salud.

Un estudio del Banco Mundial señala la Exclusión Social⁷¹ y, en particular la exclusión en salud como la principal causa de los bajos índices de salud de los sectores populares en América Latina y el Caribe. Señala cuatro causas de esa situación: 1. El déficit de *infraestructura* adecuada para la provisión de bienes y servicios de salud (hospitales, centros, etc). Y otros no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud (agua potable, alcantarillado, transporte, etc); 2. Fallas en la asignación de *recursos* humanos, financieros y logísticos para la salud (médicos, enfermeras, equipos, medicamentos) y factores que la afectan (acueductos, basureros, etc.). 3. *Barreras* que impiden el acceso a los servicios: geográficas, económicas, culturales, étnicas. 4. Problemas relacionados con la *calidad* del servicio otorgado: calidad técnica, mala atención, el lugar donde se realiza la atención⁷².

Como puede verse la introducción de variables de identificación étnica permite resaltar esas realidades particulares que afectan la vida, el bienestar y la salud de esos grupos humanos. La exclusión social es claramente distinguible, a la vez que en sí misma es indicadora del éxito o fracaso de una política destinada a mejorar la salud. En la medida en que no sólo los grupos étnicos sino los gobiernos, la sociedad y la comunidad internacional tome conciencia de ello (como efectivamente está sucediendo), será más viable encontrar estrategias y compromisos que conlleven a la construcción de sociedades más equitativas e incluyentes de la diversidad étnico-cultural. "Lo novedoso del enfoque de etnia es

71. Exclusión Social: falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan.

72. EXCLUSION EN SALUD. PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE. Informe del Banco Mundial, 1993.

que permite definir mejor el problema pero también la solución. Ella estará en desarrollar los lazos de solidaridad y reciprocidad familiar y comunitaria que permitirá reconstruir las identidades fracturadas y las potencialidades de los grupos mismos para superar la vulnerabilidad”⁷³.

Reconocimiento del derecho a la salud de los grupos étnicos en Colombia

Colombia ha sido un referente para América Latina en cuanto al reconocimiento jurídico de derechos para los grupos étnicos, especialmente para los pueblos indígenas. También son muy significativos los avances concretos en muchos campos, particularmente con relación a tierras⁷⁴, autonomía, participación política, jurisdicción especial, etnoeducación y unos primeros avances en salud. No obstante, la mayoría de las comunidades étnicas continúan afrontando condiciones de vida inferiores a los promedios nacionales, agravadas por fenómenos como conflicto armado y los cultivos ilícitos. “En su inmensa mayoría, los pueblos y comunidades indígenas mantienen drásticas y penosas limitaciones en materia de alimentación, de salud, vivienda, educación y otros requerimientos básicos”⁷⁵.

Como producto del desarrollo del mercado, las vías, la comunicación, la ampliación de la frontera agrícola y ganadera, la colonización, los grandes proyectos petroleros, mineros, energéticos y agroindustriales, etc. la mayor parte de las comunidades indígenas, lo mismo que las comunidades negras del Pacífico y de otras regiones tradicionalmente aisladas, han venido enfrentando cambios abruptos y complejos que

afectan todos los aspectos de su vida, sus estructuras económicas, sociales, culturales y políticas. Otros cambios afectan también a la población raizal cuyas islas se han visto invadidas de comerciantes y población llegada del interior del país y de muchas otras partes. También el pueblo ROM o Gitano ha tenido que modificar muchos de sus patrones de vida, reducir su trashumancia y asentarse en algunas ciudades, enfrentando dificultades para sobrevivir de las actividades económicas tradicionales.

Tal situación de cambio, acelerada desde mediados del siglo anterior, pero mucho más con la apertura económica y la globalización de los últimos cinco años, intensificó la tendencia estructural hacia la transformación de los usos y costumbres y de la identidad cultural de los grupos étnicos. Todo ello conlleva consecuencias negativas y positivas para el bienestar y la salud de las poblaciones, incluyendo modificaciones en la concepción y conceptualización misma del bienestar y la salud.

No obstante, desde la década de 1970 aproximadamente -en el contexto de las luchas campesinas por la tierra-, comienza a estructurarse desde el movimiento social de las organizaciones indígenas y posteriormente desde las organizaciones afrocolombianas, una tendencia hacia la recuperación de tierras, el fortalecimiento de sus autoridades propias, sus tradiciones culturales y sus derechos en otros campos, como la educación, la salud, la jurisdicción y la participación política, en síntesis, una lucha por la reafirmación de la etnicidad⁷⁶.

Las reivindicaciones de los indígenas quedaron ampliamente consagrados en la nueva

73. Idem p. 31.

74. Aproximadamente el 87 % de la población indígena del país cuenta con el reconocimiento legal de sus territorios en calidad de resguardos.

75. Prólogo de Roque Roldán al libro de Enrique Sánchez y Raul Arango, PUEBLOS INDIGENAS DE COLOMBIA EN EL UMBRAL DEL NUEVO MILENIO. Bogotá, DNP, 2004, pág. XXI.

76. La ETNICIDAD hace referencia a un proceso de construcción de conciencia colectiva. Por cierto, este concepto encierra una dimensión histórica y se encuentra íntimamente vinculado con los problemas de clasificación de la gente y de las relaciones grupales (cómo se autoclifica un grupo y cómo clasifica a los demás y cómo se jerarquizan en la sociedad). Por lo tanto, la etnicidad no sólo describe un conjunto de relaciones intergrupales dentro de un orden social sino también es una forma de conciencia cambiante en el tiempo. Se construye al compartir uno o más de los siguientes elementos: mitos, ancestros u orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, lenguaje; o, inclusive, rasgos físicos como el color de la piel.

Constitución Política de Colombia, de 1991, conjuntamente con el reconocimiento de la mayor parte de esos derechos también para los afrocolombianos, bajo el término de Grupos Étnicos, haciéndose extensibles igualmente a la población Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia y al Pueblo ROM quienes también se reclaman como grupos étnicos.

Una expresión particular de la reafirmación de la etnicidad, es el interés de los grupos étnicos por la recuperación y fortalecimiento de su medicina tradicional, por el reconocimiento oficial y apoyo por parte del Estado, por el derecho a la salud, tal como ellos la conciben, de manera integral y adecuada a sus particularidades culturales; el derecho a tener la opción de la medicina facultativa, manteniendo su propia medicina tradicional; el interés de que se construyan relaciones de interculturalidad basadas en el mutuo respeto y valoración, en la complementariedad y apoyo. Si bien durante la década de los años 70 las luchas del movimiento indígena se orientaron a la tierra y la autonomía, desde comienzos de la década de los años 80, se comenzó el trabajo desde las organizaciones y desde el Estado por la educación y la salud.

En la nueva Constitución Política (1991) y en sus desarrollos legislativos se logró que los derechos de los grupos étnicos fueran ampliamente consagrados. No obstante, si bien ha habido avances significativos en algunos campos, en los últimos diez años se ha ampliado la brecha entre los derechos y la realidad social, debido al conflicto armado que tan severamente ha golpeado a las comunidades negras e indígenas. Para los actores armados el control de los alimentos y medicinas les resulta estratégico. Ello ha forzado a las comunidades a procurar la autosuficiencia alimentaria y de salud, basándose en sus recursos

tradicionales, como requisito para fortalecer su resistencia ante los actores de la guerra⁷⁷.

En cuanto al reconocimiento legal de las mencionadas reivindicaciones, cuya evolución normativa iniciada con la resolución 10013 de 1980, ha sido descrita en capítulos anteriores, es preciso destacar la Ley 691 de Septiembre de 2001 que reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social y reconoce el derecho de los indígenas a su medicina tradicional⁷⁸. El artículo 21 de la Ley 691 consagra:

“Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particularidades y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas”.

La Resolución 10013/81 y la Ley 691/01 enmarcan un proceso de veinte años en la reivindicación del derecho a la salud para los pueblos indígenas, extensible al conjunto de los grupos étnicos.

Principales Problemas para la Salud de los Grupos Étnicos en Colombia

Los factores que más inciden negativamente en la problemática de salud de los grupos étnicos son los siguientes: la pérdida de territorio, la destrucción de recursos naturales y el deterioro del medio ambiente; los abruptos cambios socioculturales

77. Las comunidades han hablado de Seguridad, Soberanía y Autonomía Alimentaria, como lo refleja uno de los programas del primer gobernador indígena del departamento del Cauca, Floro Tunubalá: “Política pública contra el hambre y por la nutrición en el departamento del Cauca”. Gobernación del Cauca, Popayán, 2003.

78. Artículo 2°. Objeto. La presente ley tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas”.

asociados al incremento del contacto e interacción con el entorno social; el abandono progresivo de la medicina tradicional; las dificultades para acceder a los servicios de la medicina facultativa y la precariedad de estos servicios en los territorios étnicos; la pobreza y marginalidad social, geográfica y otras barreras culturales.

Pérdida de territorio:

La pérdida de territorio desde la época de la conquista ha sido la principal causa de la extinción de muchos pueblos y comunidades. Pueblos nómades hasta hace pocas décadas, como los de la Orinoquia, tuvieron que abandonar su modo de vida y sedentarizarse debido al avance de los latifundios, lo cual cambia radicalmente sus condiciones de salud y bienestar. No obstante, la pérdida de territorios ha logrado aminorarse en las últimas tres décadas por efectos del movimiento social indígena, logrando que los territorios colectivos de los grupos étnicos hayan sido consagrados como inalienables, inembargables e imprescriptibles en la nueva Constitución Política, cubriendo también los territorios colectivos de comunidades negras del Pacífico.

Desafortunadamente, la intensificación de la violencia en los últimos diez años ha dado por resultado nuevamente el acaparamiento de tierras por los latifundistas narcoparamilitares -en las zonas más susceptibles de valorización y de importancia para los cultivos ilícitos y el narcotráfico- incluyendo algunos territorios comunitarios protegidos constitucionalmente. La violencia, las violaciones masivas de derechos humanos, los desplazamientos forzados y la pérdida de territorios se han convertido en la principal fuente de muerte y enfermedad para muchas comunidades negras e indígenas, especialmente del Litoral Pacífico y de zonas de frontera, por su ubicación estratégica para el tráfico de drogas ilícitas y armas.

En cuanto a los raizales, si bien a sus islas (en el Caribe) no ha llegado el conflicto armado, sí han sido afectados por el acaparamiento de tierras para mansiones de recreo y negocios de narcotraficantes. Los Gitanos no tienen territorios colectivos, la esencia de su sentido de libertad es, precisamente, no estar ligados a un territorio.

Deterioro de fuentes tradicionales de subsistencia:

El avance de la colonización, de los latifundios ganaderos, los megaproyectos y los cultivos ilícitos contra los territorios ancestrales, han alterado las fuentes tradicionales de alimentación, particularmente la caza, la pesca y la recolección, incidiendo en la desnutrición, el desarrollo psicomotriz y los problemas de salud que de ello se derivan. Un estudio sobre los indígenas Kofán señala la incidencia de la disminución de la cacería en los adultos mayores acostumbrados a la carne de monte⁷⁹. Comunidades que habían sido nómades o seminómadas, como las de los Llanos Orientales y otras regiones, han tenido que sedentarizarse, viendo reducido su espacio vital, afectándose necesariamente su alimentación, su salud, su vida⁸⁰.

La mayor parte de las comunidades cambian hasta los conceptos tradicionales de lo que debe ser una buena alimentación para pasar a imitar la alimentación del "blanco", con productos como el arroz y la pasta que no eran de su tradición, que tienen que ser adquiridos en el mercado y no siempre compensan nutritivamente lo que los indígenas dejan de consumir de su dieta tradicional. "Los problemas que hoy día enfrentan los pueblos indígenas de la selva del Matavén tienen sus raíces en una encrucijada económica que los lleva a devastar muchos de los recursos naturales para satisfacer las nuevas necesidades de consumo"⁸¹.

79. Plan de Vida del Pueblo Cofán y cabildos indígenas del Valle del Guamuéz y San Miguel, Putumayo. Fundación Zio A '1, Unión de Sabiduría, marzo de 2000.

80. "Diagnóstico en salud de las comunidades indígenas del Meta, para la elaboración de los planes de atención básica intercultural". Secretaría de Salud, Corpolatina. Gobernación del Meta. 2002.

81. Lobo Guerrero, Miguel et al. Pág. 19.

Problemas ambientales:

Los problemas relacionados con el medio ambiente y el saneamiento básico influyen de muchas maneras en la situación de salud y enfermedad de los grupos étnicos. La destrucción de los recursos naturales y el deterioro del medio ambiente, inciden también en la disponibilidad de recursos naturales para la salud, la vivienda, el vestido, los instrumentos de trabajo, etc. El problema del saneamiento incide por carencia de agua potable, inadecuado manejo de excretas, residuos, basuras y por convivencia con animales domésticos. Estos problemas son generalizados a la mayoría de las comunidades étnicas.

La carencia de agua potable es uno de los problemas más generalizados, siendo fuente de parasitismo y enfermedades agudas como el cólera que, con alguna frecuencia, producen situaciones de emergencia. Entre las comunidades más afectadas por carencia y calidad de agua están los Wayúu de la zona desértica de la Guajira que en época de verano dependen del agua que mantienen en jagüeyes (pozos artificiales a campo abierto que captan agua llovida). Sufren enfermedades y muerte por cólera, malaria, dengue e infecciones en la piel: "La Guajira contiene todos los factores de riesgo necesarios para el desarrollo de una epidemia de gran magnitud que puede sobrepasar la capacidad instalada de la Red de Servicios"⁸². Otra expresión del problemas relacionado con la calidad del agua la presenta el siguiente concepto sobre el Vaupés, región abundante en aguas: "La mayor carga de morbilidad ambulatoria y hospitalaria está representada por enfermedades infecciosas derivadas de las deficientes condiciones de saneamiento básico, vivienda, hábitos higiénicos, la pérdida de factores

protectores culturales y el desempeño de algunas actividades laborales cotidianas"⁸³.

La vivienda tradicional se ve afectada, en unas regiones más que en otras, por la creciente escasez de materiales del medio y por cambios en los patrones tradicionales, resultantes de procesos de aculturación. Por ejemplo, las malocas tradicionales de las culturas amazónicas, en las que vivían familias extensas, prácticamente desaparecieron para ser reemplazadas por viviendas unifamiliares. Si bien la vivienda verdaderamente tradicional ha sido producto de la adaptación al medio ambiente (por ejemplo los tambos de los Embera o las malocas amazónicas), lo que predomina en muchas comunidades son viviendas muy precarias que no garantizan condiciones de salubridad. El número de cuartos en la vivienda y la densidad ocupacional es otro factor que influye en la salud.

Abruptos cambios socioculturales.

En las últimas tres o cuatro décadas, como se dijo anteriormente, la mayor parte de las comunidades indígenas, negras y raizales que habían permanecido relativamente aisladas, han venido intensificando su interacción con el entorno social (que les es culturalmente adverso), de lo cual se derivan abruptos cambios culturales⁸⁴ que alteran la manera de ver la vida, sus comportamientos personales, sus relaciones sociales y las relaciones con la naturaleza. Como resultado de la intensificación del contacto, se han presentado cambios notables en el perfil epidemiológico de muchas comunidades y un agravamiento generalizado de la situación de salud, que en algunos casos ha sido dramático, como el de los Nukak quienes en 1988 abandonaron su aislamiento en lo profundo de la

82. "Ampliación de cobertura del sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria de la etnia Wayúu, en la zona de frontera colombo venezolana". Gobernación de la Guajira. Guajira, 2003.

83. "Propuestas del Servicio Seccional del Vaupés para la asamblea general de autoridades tradicionales indígenas, directivos y líderes de las organizaciones zonales". Mitú: Servicio Seccional de Salud. Agosto 2001.

84. Cambio cultural: "la suma de factores que en el presente y en el pasado han producido efectos sobre la organización social de los grupos que, no teniendo control sobre algunos de ellos, ven alterado uno o varios componentes de dicha organización social o bien, el sistema total". Ruiz, José Humberto. Op.cit. pág. 55

selva. Uno de los factores de cambio cultural que más han incidido en las comunidades étnicas (exceptuando un poco a los gitanos) han sido las iglesias y la escuela, que las han tomado como objeto de evangelización y castellanización. Pero evidentemente, son muchísimos los factores de cambio cultural, de los cuales ninguna sociedad está exenta. Por el contrario, se incrementan en todo el mundo, con efectos complejos de destrucción, transformación y enriquecimiento cultural. El problema con el cambio cultural para los grupos étnicos es que se da en un marco cultural y socialmente hegemónico y excluyente, que tiende a desconocer los derechos de los sectores sociales más marginados de la sociedad, incluyendo los grupos étnicos, y a imponer los valores de la cultura hegemónica. Tal etnocentrismo y clasismo contribuye a que no se cumplan las leyes y normas sobre derechos de los grupos étnicos. Ello es, simplemente, el resultado de la discriminación social y cultural que, a pesar de la retórica normativa, continúan afrontando estas comunidades. Así lo plantean los Arhuacos en una reflexión sobre los obstáculos que impiden la aplicación de las leyes: “una visión etnocéntrica occidental se manifiesta con fuerza no sólo en la sociedad mayoritaria sino en las diferentes entidades estatales y gubernamentales, que conducen invariablemente a una subvaloración de nuestros sistemas culturales. Esta actitud de desconocimiento ha favorecido la toma de decisiones a espaldas de nuestras comunidades, quedando excluidas de los procesos de negociación o planificación”⁸⁵.

Debilitamiento de la medicina tradicional.

Si bien, la fase actual caracterizada por la militancia étnica ha propiciado una tendencia hacia la recuperación de la identidad cultural y la autonomía de los grupos étnicos, la tendencia general, histórica, ha sido hacia la pérdida de la etnicidad e incluso hacia la extinción de muchas

etnias o de muchos aspectos de la etnicidad, como las lenguas, sus usos y costumbres, sus cosmovisiones y, por supuesto, también el debilitamiento de la medicina tradicional. En muchas comunidades desaparecieron los chamanes o no consiguen en quien depositar sus conocimientos y poderes. Por otra parte, la creciente interacción con el mundo externo también enfrenta a las comunidades con enfermedades desconocidas para las cuales no contaban con suficientes defensas orgánicas ni con los conocimientos requeridos para afrontarlas.

Se destacan otros dos fenómenos que tienden a debilitar a la medicina tradicional: la mezcla con otras influencias curativas y la mercantilización de su ejercicio. En cuanto a lo primero, en el complejo ambiente multicultural del mundo moderno, caracterizada por múltiples y recíprocas influencias, no es correcto hablar solamente de medicina tradicional y medicina moderna. Pedersen diferencia tres modelos culturales explicativos de la salud que interactúan y se influyen mutuamente: el modelo profesional, el modelo “Folk” al que corresponden las culturas médicas indígenas y el modelo popular, que integra elementos de los anteriores con religiosidad popular e influencias de otras culturas. Señala que por efectos de la influencia recíproca, se están produciendo dos fenómenos:

- La *popularización* del modelo profesional, en cuanto los profesionales de la medicina apropian conocimientos y recetas de la medicina tradicional y popular.
- La *medicalización* de los modelos popular y Folk ya que integran continuamente recursos terapéuticos provenientes de la medicina profesional, de manera que sus curanderos prescriben tanto hierbas como medicamentos de farmacia adjudicándoles efectos mágicos

o sobrenaturales. El antropólogo Juan Guevara, especialista en el Vaupés, advierte sobre algunos peligros que asociados a esta nueva forma de medicina en que los indígenas prescriben medicamentos occidentales⁸⁶.

A la anterior “impregnación” (como la denomina Pedersen), hay que agregar la medicalización de “los Cultos Curativos” - invocación de espíritus como el hermano José Gregorio en Colombia y otros en los demás países- que representan una síntesis mágico-religiosa afroamericana y de catolicismo popular, con creencias espiritistas. Quizás aquí también deba agregarse el reciente fenómeno de las sanaciones en misas católicas, cultos protestantes, imposición de manos, prácticas orientales, etc. En todas estas prácticas se junta lo divino con lo médico. Hay comunidades en las que el pastor evangélico está reemplazando a los chamanes.

En el Tolima, donde los indígenas han estado en contacto permanente con el mundo de los blancos desde la Conquista, habiendo perdido la lengua nativa y muchas de sus tradiciones, la medicina tradicional también se ha ido mezclando con elementos no sólo de la medicina facultativa sino de muchas otras influencias que cunden en los sectores populares, como “el esoterismo oriental, la magia negra y espiritismo del hermano Gregorio Hernández, entre otros”⁸⁷.

En cuanto a la mercantilización de la medicina tradicional, se trata de una tendencia dinámica, compleja, de impacto en la cultura. Se le debería brindar mucha atención por parte de los estudiosos de esta temática, de los indígenas mismos y del Estado. Se expresa de múltiples maneras, como las siguientes:

- Tendencia de los médicos tradicionales a cobrarle a la comunidad por sus servicios.

- Propuestas de las organizaciones indígenas, de que se vincule remuneradamente a los médicos indígenas en los servicios de salud.
- Médicos tradicionales de prestigio en sus regiones, que han encontrado en Bogotá y otras ciudades amplias clientelas para sus rituales.
- Indígenas que sin ser médicos tradicionales, actúan como tales en las ciudades, engañando la gente.
- Personas no indígenas, charlatanes, que dicen tener los conocimientos y poderes heredados de los médicos indígenas.
- El pueblo Inga se han especializado desde tiempo atrás en comercializar sus remedios naturales y servicios de medicina tradicional por todo el territorio nacional y en países vecinos, haciendo de esta actividad la principal fuente de ingresos. El médico-antropólogo Michael Taussig, estudió las redes de curación que conectaban comunidades negras del Pacífico y campesinas del Valle y Cauca con los chamanes del Sibundoy y de la selva amazónica de Caquetá y Putumayo.

Hegemonía de la medicina facultativa y debilitamiento de la medicina tradicional.

Por otra parte, debido a la expansión hegemónica de los servicios de la medicina facultativa, se ha producido una clara tendencia hacia el debilitamiento de la medicina tradicional y las prácticas de salud asociadas, lo cual conlleva al descuido de las medidas de prevención y atención prescritas por la cultura tradicional y, por tanto, al incremento de la mortalidad y la morbilidad. No obstante, los servicios de la medicina facultativa para los grupos étnicos,

86. Guevara, Juan. En Busca de un modelo de salud para los pueblos indígenas del Vaupés. P. 48

87. Pijao Salud EPS Indígena. Programa de Adecuación Sociocultural en Salud para las comunidades indígenas Pijao y Páez del Tolima. P.7.

como para las demás zonas marginales, han sido muy precarios en infraestructura, dotación y recursos humanos, además de los problemas de dificultad de acceso y de la falta de adecuación a las particularidades culturales de las poblaciones étnicas. De manera que el drama de salud de estas comunidades es que están perdiendo su propia medicina tradicional sin que aún dicha pérdida sea compensada por los servicios de salud de la medicina moderna.

Pobreza y Marginalidad

A nivel internacional, los estudios sobre etnicidad y salud han destacado el factor de la pobreza como característica general de los grupos étnicos y la marginalidad en la atención en salud, lo cual conlleva el predominio de enfermedades típicas de la pobreza, como la tuberculosis (TBC), el poliparasitismo intestinal (PPI), la enfermedad diarreica aguda (EDA), la infección respiratoria aguda (IRA) y la desnutrición que afectan sobre todo a la población infantil. Enfermedades transmitidas por vectores, como el paludismo, la rabia. Mortalidad infantil y por complicaciones de parto. Enfermedades de transmisión sexual. Indudablemente que esas enfermedades son también características de los grupos étnicos en Colombia, quizás en grados más agudos que para el resto de la población en niveles de pobreza.

Corrupción administrativa de recursos para salud.

El robo de los recursos financieros destinados a la salud, por los intermediarios financieros EPS, ARS ha sido un problema tan grave a nivel nacional -como lo han reportado ampliamente los medios de comunicación⁸⁸-, que el gobierno está proponiendo la eliminación de las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS. Problema que también ha afectado a las comunidades étnicas, como lo plantea un documento sobre salud en la Sierra Nevada

reportando este problema como uno de los mayores riesgos para la salud. Los grupos armados ya han logrado el control de algunas de algunas Empresas y Administradoras, dado el volumen de dinero que manejan y su valor estratégico para el control de la población. Otro problema es que aunque no haya problemas de corrupción, las ARS han absorbido unos cuantos de los dirigentes más cualificados de las organizaciones.

Además de los múltiples y muy complejos factores que inciden en la salud y bienestar de los grupos étnicos, para el caso particular de Colombia, en la presente coyuntura, es preciso destacar dos fenómenos muy interrelacionados que han tenido un impacto supremamente grande: los cultivos ilícitos y el conflicto armado, especialmente en las comunidades indígenas y negras, como se verá a continuación. “La movilidad de la población dedicada a los cultivos de uso ilícito, los desplazamientos de población y la extensión del conflicto armado interno a las regiones habitadas por grupos étnicos, hasta hace poco relativamente aisladas, ha cambiado el perfil de morbilidad en las comunidades rurales, incluidas las indígenas. A esto se aúna la dificultad –generada por el mismo conflicto- para llevar los servicios de salud a comunidades dispersas”⁸⁹.

Cultivos ilícitos

Los cultivos ilícitos -en estrecha relación con el conflicto armado, por ser su principal fuente de financiación- también han sido uno de los fenómenos que más ha afectado muchos aspectos de la vida de las comunidades indígenas y afrodescendientes. En particular, con relación a la salud, sus principales efectos han sido:

- Deterioro ambiental debido a la destrucción de bosques, utilización intensiva de agroquímicos, vertimiento de residuos químicos a las fuentes de agua, aspersiones

88. “Informe de la segunda jornada de vacunación, vigilancia epidemiológica y atención primaria en la población indígena de la Sierra Nevada, municipio de Dibulla”. Asociación Mutual Solidaria para la salud y el desarrollo integral de Santa Marta ESS, Dibulla, Guajira, sept. 2000.

89. Arango y Sánchez, pág. 72

aéreas con defoliantes por parte de los programas antinarcóticos.

- Enfermedades propias de las labores de cultivo, recolección y procesamiento, como también por el consumo, en las personas que se han involucrado en esos trabajos.
- Los impactos sobre la nutrición de la población nativa debido a las alteraciones en la economía tradicional y del mercado de consumo.
- El arribo de cantidades considerables de población proveniente de muchas regiones del país para vincularse a la economía del narcotráfico, tiene muchos impactos sobre las poblaciones nativas y la población colona, siendo uno de ellos el de las epidemias y enfermedades contagiosas ante las cuales las poblaciones nativas son muy vulnerables.
- Las zonas coqueras han estado siempre invadidas de prostitución, lo cual también ha afectado a las comunidades nativas por el contagio de enfermedades venéreas, incluyendo el VIH y por la prostitución de las jóvenes nativas.
- La violencia que ha generado el fenómeno del narcotráfico, llegando a convertirse en ciertos momentos, en la primera causa de mortalidad en las zonas de cultivos de uso ilícito.

Estas consecuencias de los cultivos han afectado de manera especialmente grave a indígenas y afrocolombianos. Pero también a los Raizales los ha afectado por cuanto sus islas están siendo utilizadas para efectos de narcotráfico y compra o construcción de vivienda suntuosa.

El Conflicto Armado

Como se dijo anteriormente, una particularidad del conflicto armado, desde mediados de la década de los años 90, ha sido la manera tan

severa como ha golpeado las comunidades indígenas y afrodescendientes, ya que la mayoría de sus territorios —casi siempre marginales para el desarrollo socioeconómico— se convirtieron en estratégicos para la guerra debido a sus ventajas como refugio o como corredores para la movilización de combatientes, armas, narcotráfico y por ser muchas de ellas zonas de frontera. Los impactos más directamente relacionados con la salud y bienestar de las comunidades, son los siguientes:

- El impacto psicológico y cultural por el ambiente de violencia, bombardeos, combates, masacres, asesinatos de sus dirigentes, violaciones masivas de derechos humanos, amenazas, profanación de sitios sagrados, reclutamiento forzado, desplazamientos forzados, etc. Este quizás sea uno de los impactos menos conocidos ya que el Estado y los medios de comunicación centran la atención en muertos y heridos. No obstante, ha habido denuncias, por ejemplo, sobre suicidios de niños Embera del Chocó⁹⁰. Y, con seguridad, el duelo y los dramas humanos que viven las familias y comunidades afectadas por la guerra son muchos y muy dolorosos.
- Problemas para el trabajo en la producción y abastecimiento de alimentos debido al peligro para ir a los sitios de cultivo, cacería, pesca, lo mismo que para intercambiar con otras comunidades.
- Las restricciones para la entrada y salida de alimentos y medicinas, para el desplazamiento de los agentes de salud, el transporte de los enfermos. En algunas zonas hasta la Cruz Roja Internacional ha tenido dificultades para sus labores.
- La persecución que los grupos armados han hecho contra los chamanes, por miedo a que les hagan maleficios. El asesinato de sus

Líderes espirituales o médicos tradicionales ha sido un motivo de reacción y resistencia contra los grupos armados.

Las situaciones anteriores han conllevado a que los movimientos sociales de indígenas y afrodescendientes estén tratando de desarrollar programas de soberanía alimentaria y recuperación de sus tradiciones en salud como estrategia para afrontar las situaciones de confinamiento forzado, lo mismo que para fortalecer su capacidad de resistir en sus territorios, en medio del conflicto. Paradójicamente, si bien el conflicto armado ha producido desplazamientos masivos de población y destrucción del tejido social, en el caso de las comunidades indígenas ha propiciado una reacción de resistencia colectiva y organizada, de autonomía, de afirmación étnica, de cohesión alrededor de sus autoridades y organizaciones, de autogestión, de recuperación de usos y costumbres, incluyendo lo que garantice la autosuficiencia en alimentación y salud para poder sobrevivir en medio del conflicto y el confinamiento forzado.

Situación de salud, desde la perspectiva de la medicina facultativa.

Es muy difícil señalar generalidades sobre la situación de salud en grupos étnicos ya que los perfiles epidemiológicos son específicos para cada tipo de ecosistemas y dependen de multiplicidad de factores locales. El Servicio de Salud en cada municipio y departamento maneja ese tipo de información y ahora también las entidades promotoras y prestadores de salud. Sin embargo, a manera de ilustración, se presenta la siguiente información sobre algunas zonas que pueden servir como referente de sus respectivas macro regiones. Información general sobre la situación de salud de otros grupos étnicos es más escasa, pero puede ser conseguida localmente.

Se presenta la información reportada por la Secretaría de Salud del Vaupés, la cual forma

parte de un estudio para la implantación del sistema general de seguridad social en salud en ese Departamento, elaborado en el 2003 mediante Convenio Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia, Secretaría de Salud del Vaupés y Fedesalud. También se presenta información epidemiológica de la Sierra Nevada de Santa Marta y Serranía del Perijá, elaborada por la EPS-IPS Dusakawi.

Selva y Llano

El perfil epidemiológico del Departamento del Vaupés es muy importante pues cerca del 90% de la población de ese departamento es indígena, allí la prestación de servicios ha sido continua, se han hecho esfuerzos valiosos para adecuarla a las características culturales, sociales y geográficas de la región, y se cuenta con equipos extramurales que visitan las comunidades regularmente. Ante la carencia de información más amplia y actualizada se podría tomar la información del Vaupés como referente de la situación de salud en zonas indígenas de selva y llano.

La situación de salud se caracteriza por la prevalencia de enfermedades carenciales, infectocontagiosas, parasitarias, enfermedades de los tejidos dentales, la mayoría de las cuales son tratables en el primer nivel de atención.

Sin duda, estas características del Departamento implican unas condiciones de oferta y demanda de servicios de salud muy particulares. En primer lugar, según las opiniones de los funcionarios conocedores del medio, la población dispersa, en su gran mayoría indígena, demanda muy pocos servicios de la medicina facultativa y la gran mayoría no disfruta de ninguno, excepto por la oferta en terreno por parte de los equipos multidisciplinarios de atención al área rural, así como por la labor de los promotores de salud indígenas, eslabón fundamental entre el Departamento Administrativo de Salud y las comunidades indígenas, capaz de servir de puente

Tabla No. 1. Primeras causas de morbilidad por consulta médica y odontológica, por grupos de edad.

TOTAL CASOS	CAUSAS	GRUPOS DE EDAD					
		< DE 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	+ de 60
11.569	ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN	5	771	3.345	6.573	648	227
3.021	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	92	549	951	1.160	139	130
2.949	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	308	803	482	910	344	102
2.619	OTRAS HELMINTIASIS	53	585	834	833	230	84
2.402	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	245	647	649	547	199	115
1.950	ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	130	552	690	462	95	21
1.362	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS GENITALES	2	37	84	1.093	65	81
1.314	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	1	27	86	900	153	147
1.283	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	53	171	238	713	70	38
1.036	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	16	90	107	601	129	93
29.505		905	4.232	7.466	13.792	2.072	1.038
5.150		265	505	821	2.587	581	391
34.655		1.170	4.737	8.287	16.379	2.653	1.429

Tabla No.2. Primeras causas de morbilidad, según egreso hospitalario, por grupos de edad.

No. ORDEN	TOTAL CASOS	CAUSAS	GRUPOS DE EDAD					
			< DE 1	1 A 4	5 A 14	15 A 44	45 A 59	60 Y +
1	191	PARTOS EN CONDICIONES COMPLETAMENTE NORMALES	0	0	6	183	2	0
2	101	NEUMONÍAS	25	36	9	12	3	16
3	79	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	10	7	9	42	2	9
4	76	ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	11	17	14	17	12	5
5	52	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	16	16	3	7	2	8
6	36	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	2	3	0	20	3	8
7	19	HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	0	0	0	8	5	6
8	19	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	5	7	6	0	0	1
9	18	COMPLICACIONES QUE OCURREN EN EL TRABAJO Y EL PARTO	0	0	2	15	1	0
10	18	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR TEJIDO CONJNTIVO	2	0	5	8	1	2
SUBTOTAL	609		71	86	54	312	31	55
D.CAUSAS	366		28	31	46	210	23	28
TOTAL	975		99	117	100	522	54	83

Fuente: Archivo Maestro Registro Individual de Atención Hospitalaria. CIE, IX revisión, Servicio Seccional de Salud Dpto. del Vaupés, 2000.

para superar las grandes barreras culturales y lingüísticas⁹¹.

Zona Andina

En la zona Andina, las patologías predominantes son: EDA, IRA, desnutrición y enfermedades carenciales, tuberculosis, enfermedades dentales y enfermedades de la piel. De acuerdo con los resultados de la encuesta realizada por la Dusakawi en la Sierra Nevada, en el año 2000, en cincuenta hogares de cada etnia (Arhuaco, Kogui, Wiwa, Kankuamo, Yukpa) se encontró lo siguiente:

- En las 5 etnias, hacinamiento, de 8 a 10 personas durmiendo en una misma habitación de 4x4 metros aproximadamente. Se puede decir que en promedio se considera la vivienda en estado regular.
- Con relación al agua para consumo humano, la gran mayoría de la población indígena perteneciente a estas 5 etnias consume agua en malas condiciones, sobre todo las etnias Kogui y Yukpa.

- Las excretas y los residuos sólidos son depositadas en un 98% a campo abierto lo cual no se presentaba en el pasado cuando la costumbre era enterrarlos.

La mortalidad de los pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta y Serranía del Perijá, para el año 2000, se caracteriza por:

- La tasa bruta de mortalidad es de 3.85 x 1.000 habitantes, mientras que el promedio nacional es de 5.9x1000 y 2.2 x 1.000 en el Departamento del Cesar.
- La desnutrición es la primera causa de mortalidad en la población indígena. Llama la atención que esta patología no aparece dentro de las 10 primeras causas de morbilidad por los diferentes servicios, lo cual puede ser debido a un subregistro por parte del cuerpo médico quienes no están investigando este diagnóstico al momento del contacto con el paciente.

Tabla. 3. Diez primeras causas de mortalidad en la población indígena afiliada a Dusakawi EPSI año 2000

No	CAUSAS	No. Casos	Tasas x 10.000
1	Desnutrición	25	7.8
2	Infección Respiratoria Aguda	22	6.9
3	Enfermedad Diarreica Aguda	19	6.0
4	Cáncer	13	4.0
5	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	10	3.1
6	Hemorragia de vías digestivas altas	6	1.8
7	Tuberculosis	3	0.9
8	Enfermedad cerebro vascular	3	0.9
9	Trauma craneoencefálico	1	0.3
10	Sepsis	1	0.3
11	Otras	20	6.3
TOTAL		123	

Fuente: DUSAKAWI EPSI

Región del Pacífico

En la zona tropical del pacífico, además de la tuberculosis, EDA, IRA, desnutrición, paludismo, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, existen también en las zonas indígenas focos de otras patologías

tropicales como la Leishmaniasis visceral, en Coyaima Tolima.

Los pueblos indígenas están atravesando por un cambio en su perfil de morbimortalidad, presentando patologías asociadas a estados

carenciales, como la desnutrición, la EDA, IRA, enfermedades tropicales, tuberculosis y también otras patologías como el cáncer, el VIH-SIDA. Además en los últimos años los indígenas se han visto muy afectados por la violencia y el desplazamiento forzado que altera significativamente sus condiciones de vida y salud.

Las malas condiciones ambientales, la baja calidad del agua para consumo, la disposición de residuos al aire libre, el hacinamiento crítico en las viviendas se convierten en factores de riesgo que facilitan la aparición de diarreas, parasitismo intestinal, epidemias. Su control o mitigación requiere de la intervención de otros actores del desarrollo dentro de las comunidades indígenas.

La situación del agua y saneamiento básico ambiental

Con relación a la situación del agua y saneamiento, el inventario realizado por la GTZ-OPS y Ministerio del Ambiente, reporta que la mayoría de las comunidades indígenas encuestadas contaban con sistemas colectivos que funcionan por gravedad o desnivel. Casi todas las comunidades que tienen acueducto presentan un nivel de servicio de acometidas domiciliarias y continuidad de 24 horas por día, condiciones que disminuyen notablemente las posibilidades de contaminación del agua y liberan tiempo de la comunidad para otras actividades. En Amazonas predomina el abastecimiento individual por agua lluvia. Con relación al tratamiento del agua sólo el 6% de las 268 localidades que reportan dato contaban con planta de tratamiento.

Con relación a aguas residuales, excretas y residuos sólidos las comunidades presentan una situación más precaria que el abastecimiento de agua. Las redes colectivas para recolección y transporte de las aguas residuales se reportan

en el 40% de los casos. Hay un uso extensivo de sistemas de saneamiento en sitio como las letrinas, las tazas sanitarias y los tanques sépticos. En cuanto a aseo, la situación no es mejor: apenas 13 localidades de 297 que reportaron dato, cuentan con recolección domiciliar de residuos sólidos. Solo 4 localidades reportaron relleno sanitario⁹².

Pueblo ROM

En cuanto a la situación de salud del pueblo Rom, un reciente documento plantea lo siguiente: "En lo referente a la salud puede decirse, en términos generales, que la población Rom goza de buenas condiciones de salud, aunque se presentan algunos casos de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Hasta el momento no se han diseñado políticas, estrategias y programas adecuados para atender a los Rom"⁹³.

Alternativas frente a la problemática de salud

Frente a los problemas expuestos, se presentan a continuación algunas alternativas de solución que deberán ser tenidas en cuenta -junto con las demás que resulten del proceso de caracterización y diagnóstico que se desarrolle en la siguiente fase del Proyecto- para generar estrategias de intervención por parte del Estado, las comunidades y demás actores del proceso, con miras a la concertación de una política de extensión de la protección social a los grupos étnicos. Las alternativas que se presentan son, en síntesis, las siguientes: visibilizar los grupos étnicos en los sistemas de información, garantizarles tratamiento diferenciado en salud, contrarrestar la discriminación en las condiciones de vida y atención en salud, fortalecer la medicina tradicional, fomentar relaciones de

92. GTZ-OPS Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial. Inventario de Agua y Saneamiento, Poblaciones Indígenas de Colombia. Agosto de 2003., Pág.30-31

93. Documento técnico. VINCULACIÓN COLECTIVA DEL PUEBLO ROM DE COLOMBIA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. [Documento preparado conjuntamente por la Organización PROROM y la Dirección General de Promoción Social del Ministerio de la Protección Social]. 2004.

Interculturalidad entre los agentes de la medicina tradicional y la facultativa, apoyar la sustitución de cultivos de uso ilícito y la resistencia de las comunidades ante todo tipo de los actores armados, implementar programas de ordenamiento y saneamiento ambiental, complementados con programas de educación y comunicación para la salud.

Información.

Introducir las variables relativas a la etnicidad en los registros y sistema de información del Sistema de Salud, lo mismo que en los sistemas de información de otros sectores que tienen impactos en la salud y, en general, en todos los sistemas de información, como requisito básico de un Estado que reconoce la diversidad étnica y cultural de la nación. Para lo anterior, es necesario concertar con los grupos étnicos la definición conceptual y operativa de los términos indígena, afro colombiano, raizal y gitano (ROM) para decidir con claridad quién pertenece y quién no pertenece al respectivo grupo étnico. El tema de la identidad étnica es de por sí, complejo y, en el caso de los afrocolombianos en particular, es muy complicado pues, como se dijo anteriormente, los estimativos de esta población varían entre medio millón y diez y medio millones de personas. La definición incide en la determinación de cuántos son los miembros de los grupos étnicos y cuál es su territorialidad. Ambos aspectos tienen consecuencias muy concretas en términos, por ejemplo, de los recursos y servicios que el Estado destine a ellos.

Tratamiento diferenciado.

El reconocimiento de los grupos étnicos con identidades culturales que los diferencian del resto de la sociedad y en desventaja en cuanto a los índices de desarrollo (en particular en salud) frente a los estándares nacionales, constituye el sustento para una política de tratamiento diferenciado, que responda a esas características.

El tratamiento diferenciado y culturalmente adecuado, es el principio fundamental para el fortalecimiento de la etnicidad y el ejercicio real de los derechos consagrados a los grupos étnicos en el ordenamiento jurídico del país. No se trata de establecer ghettos o políticas de apartheid, sino de tomar conciencia de las diferencias y las desventajas actuales de los grupos étnicos, para desarrollar programas que conlleven hacia la equidad y a la Interculturalidad como base de una nación que se reconoce Pluriétnica y multicultural.

En cuanto a la salud, los esfuerzos que realice el Estado para extender sus programas hacia los grupos étnicos, pueden tener un impacto menor de lo esperado, e incluso contraproducente si no responden a las particularidades con que dichos grupos conciben la salud desde su cultura.

Contrarrestar discriminación.

El problema de discriminación y desventajas que caracterizan a los grupos étnicos, debe ser reconocido y asumido por el Estado en aras de proporcionar a dichos grupos humanos condiciones de equidad, en el marco de la protección social y de los derechos preferentes que les han sido legalmente reconocidos. La discriminación se evidencia en las desventajas objetivas, pero también en la actitud del resto de la población hacia los grupos étnicos. En el campo de la salud, la discriminación se expresa en la actitud de la medicina facultativa y sus agentes en contra la forma de concebir la salud desde las culturas étnicas y, especialmente, en contra de la medicina tradicional a la que se le ve como producto del atraso simplemente.

La lucha contra la discriminación debe traducirse en resultados concretos que mejoren las condiciones de vida de las comunidades, para lo cual se debe focalizar esfuerzos hacia quienes se encuentran en mayores desventajas y riesgos para su supervivencia como colectividades étnicas, haciendo extensivo hacia ellos, de

manera preferente, la política de protección social en salud. En el caso de los indígenas, son muchos los pueblos que se hallan en peligro de extinción y hacia ellos deben enfocarse los esfuerzos con carácter de urgencia. La mitad de los pueblos indígenas del país tiene menos de mil personas y están afrontando la guerra en sus territorios. Los raizales están cada vez más reducidos en su territorio y en sus fuentes de subsistencia.

Fortalecimiento cultural y de la Medicina tradicional.

Fortalecer la medicina tradicional, no sólo como terapia alternativa para problemas de salud sino, ante todo, como enfoque cultural integral para el bienestar personal y comunitario a partir de la conservación del equilibrio o armonía entre la comunidad y la naturaleza. Rescatar la sabiduría ancestral y las leyes de origen que, de acuerdo a las culturas, garantizan la salud de los ecosistemas, las comunidades y los individuos. "Conocer, valorar y respetar ese conjunto de saberes, actitudes y procedimientos implementados ancestralmente para la explicación, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades... tradición milenaria de conocimientos y prácticas médicas cuyo despliegue y aplicación cotidiana garantiza, en su propio contexto, alternativas confiables (muchas veces las únicas) para la restitución del equilibrio perdido"⁹⁴.

Son múltiples y muy diferentes las alternativas y esfuerzos que las comunidades en su fuero interno están haciendo para el fortalecimiento de la ancestralidad. En cuanto al apoyo del Estado, mucho se puede hacer y de hecho se está haciendo a través de la etnoeducación, los programas de formación en etnolingüística y la formación de recursos humanos, especialmente de los propios grupos étnicos, capacitados para

investigar la filosofía y conocimientos ancestrales, de manera que ese legado cultural no se pierda ni para los grupos étnicos ni para la humanidad. Así mismo, contribuir a que las comunidades se apropien de conceptos, valores y conocimientos del entorno cultural que les sirvan para sus intereses. Por su parte, la OPS promueve estrategias para la incorporación de la medicina tradicional en la atención primaria en salud, al igual que la articulación de la medicina convencional (occidental) con la medicina tradicional⁹⁵. En esto coinciden otros estudios que plantean que la medicina tradicional puede desempeñar tres funciones en la atención primaria en salud para grupos étnicos: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y primer nivel de atención⁹⁶.

Interculturalidad.

La Interculturalidad persigue el establecimiento de relaciones de mutuo reconocimiento y respeto entre las culturas. Por consiguiente, la alternativa hacia este objetivo es formar recursos humanos de los grupos étnicos con capacidad de orientar a sus comunidades para afrontar la multiculturalidad desde su propia identidad étnica. En el campo de la salud, capacitar agentes comunitarios con sólida identidad étnica que además de conocer la medicina tradicional también entiendan la manera como funciona la medicina occidental, de manera que puedan ser puente de interlocución entre ambos enfoques y apoyo a sus comunidades para que sepan cuándo acudir a una u otra alternativa médica. Así mismo, capacitar y sensibilizar a los agentes de la medicina facultativa sobre la visión de la salud, la enfermedad y la curación en las culturas de los grupos étnicos, para que tengan una mayor comprensión del tema de la salud en las culturas étnicas y, en consecuencia, adecúen sus diagnósticos, sus prácticas y actitudes,

94. Ruiz, José Humberto. Op.cit. pág. 65

95. OPS/OMS. "Traditional, Complementary and alternative medicine and therapies. Evaluation Plan of Work 2000-2001 and Plan of Work 2002-3". Washington. Jan. 2003. p. 4 and 13.

96. "Promoción, prevención y atención integral en salud para los pueblos indígenas de Amazonas, Vaupés y Guainía".

erradicando la discriminación contra la medicina tradicional. Así lo plantean los Arhuacos en su Plan de Vida: “Cuando llega la enfermedad y ésta avanza, se hace necesario la intervención de la medicina occidental, por lo cual se debe mantener una interlocución y permanente diálogo entre las dos medicinas para que no se dé una suplantación de las prácticas tradicionales”⁹⁷.

Que no se mire a los indígenas y a las negritudes como vestigios primitivos, como sujetos vulnerables y desvalidos, como objeto de tratamiento médico, sino como sujetos herederos de culturas que durante muchos siglos se bastaron a sí mismas para sus problemas de salud y aun hoy día mantienen vigencia en sus propios contextos. Muchos de sus conocimientos han sido o están siendo aprovechados por la medicina científica. De manera que también son sujetos que desde su propia cultura pueden aportar a la solución de sus problemas de salud. Como lo plantean los indígenas Paeces: “Un modelo de salud intercultural que refleje el pensamiento Paez, que permita la interacción entre la medicina indígena y la occidental en igualdad de condiciones, que rescate el papel de los recursos propios y el respeto a las costumbres en la conservación de la salud”.

Sustitución de Cultivos ilícitos.

Comprometer las comunidades en la implementación de programas de erradicación manual y sustitución de cultivos de uso ilícito. Estos intentos se han hecho en repetidas ocasiones, fracasando muchas veces por incumplimiento de las partes. La experiencia ha demostrado que los cultivos no se acabarán mientras no se combata el comercio de la droga y de los precursores químicos en las calles de los Estados Unidos, Europa y otros centros de consumo. Pero para evitar seguir poniendo los muertos, las comunidades deben comprometerse a erradicar los cultivos e impedir que otras poblaciones lleguen a cultivarlos. La evidencia también demuestra hasta la saciedad que donde

hay cultivos para el narcotráfico, hay violencia y todo tipo de desorden ambiental, cultural, moral, social y político. En síntesis, que el narcotráfico ha sido el principal insumo de los más graves problemas de nuestro país en las últimas tres décadas, golpeando de manera severa a las comunidades indígenas y negras.

Resistencia y autonomía ante los actores armados.

Contribuir a fortalecer la resistencia y la autonomía de las comunidades frente a los grupos armados, evitando que la acción de la fuerza pública las ponga en mayores riesgos o vulneren sus derechos humanos. Contribuir a la seguridad alimentaria y a la autosuficiencia en salud, para enfrentar situaciones de confinamiento en el territorio. Si bien, por una parte el conflicto armado ha debilitado el tejido social en muchas comunidades, por otra, ha despertado la resistencia comunitaria y la afirmación de la autonomía territorial como reacción en contra los actores armados. El movimiento indígena en el Congreso de Los Pueblos Indígenas (Cota, Octubre 2001) acordó la resistencia contra todos los grupos armados no solamente los ilegales sino también contra las fuerzas armadas del Estado. La consigna es hacer respetar los territorios, impedir que la guerra se libere en ellos. La política de seguridad democrática del presente gobierno, si bien ha dado una sensación de relativa seguridad en las principales ciudades y vías del país, ha incrementado el problema de la violencia en los territorios étnicos hacia los cuales se ha desplazado la guerra. La consigna gubernamental de llegar a la selva, no puede ser menos que inquietante para las poblaciones nativas que sufrirán las consecuencias como población civil en medio del conflicto.

Medio ambiente.

Apoyar los planes de vida indígena y planes de desarrollo de las comunidades negras, los cuales

97. Plan de Permanencia Cultural del Pueblo IKU.

parten de la necesidad del ordenamiento territorial, la recuperación de la biodiversidad y de los recursos genéticos, como base para el desarrollo sostenible y adecuado a la concepción de bienestar y desarrollo de cada cultura⁹⁸. De la salud de los ecosistemas depende la salud de las comunidades y de ésta la salud de las personas. Y de la recuperación de los ecosistemas depende también el futuro del país, dado que si se siguen destruyendo y deteriorando los recursos naturales, el desarrollo será cada vez más insostenible.

Saneamiento ambiental.

Destinar recursos económicos para programas de saneamiento ambiental, particularmente para acueductos que garanticen el acceso a agua potable y mejoramiento de vivienda, que son las prioridades en materia de salud, sin perjuicio de otros programas como manejo de excretas y basuras. Capacitar las comunidades en aspectos de higiene y saneamiento ambiental y dotarlas de los medios técnicos que se requieran. Pero ante todo, apoyarlas para la reflexión colectiva sobre los conocimientos, recursos propios y normas de las culturas para garantizar la higiene y cuidado de la salud personal y comunitaria. El descuido en estas materias no es producto de la cultura tradicional sino de su debilitamiento y de la pobreza económica.

Consulta Previa.

Aplicar rigurosamente la Consulta Previa y otros mandatos constitucionales (art. 320 parágrafo), la ley 21 de 1994 y otros instrumentos normativos, para decidir sobre la implementación de proyectos que puedan afectar los grupos étnicos. No se trata de oponerse al desarrollo tecnológico del país sino que éste no se haga a costa de la vida, el bienestar, la salud y la integridad de los grupos étnicos. El propósito de la consulta es precisamente analizar a profundidad la conveniencia de una obra, los posibles impactos para las comunidades y concertar —en caso positivo— los planes para evitar los impactos

negativos, mitigarlos o manejarlos de manera que no perjudiquen a las comunidades. Lo más seguro es que las comunidades sean las primeras en defender un proyecto en el que vean con claridad que son las primeras beneficiadas. Desafortunadamente hay acumulada mucha evidencia en contra de los resultados, para las comunidades, de grandes proyectos de desarrollo en sus territorios. La mejor manera de superar la contradicción entre conservación ambiental y desarrollo económico es mejorando la calidad de vida de la población local.

Educación y comunicación.

Programas etnoeducativos para afrontar los cambios estructurales (económicos, sociales, culturales, políticos) que corresponden a las dinámicas de la vida contemporánea. “Un paso metodológico de crucial importancia es la integración de los sectores de Salud y Educación que permita abrir espacios pedagógicos para la capacitación intercultural bilingüe en el conocimiento y manejo de los problemas de salud”⁹⁹.

Igualmente, utilizar los medios masivos de comunicación, especialmente orales, para orientar a las comunidades acerca de estos fenómenos, en particular de lo relacionado con la salud y el saneamiento ambiental. En el Vichada, 43 promotores formados bajo un enfoque social y ecológico, han estado liderando, desde 1992, un proceso local de desarrollo sostenible que contempla el control de factores ambientales, económicos y socioculturales que afectan la salud.

Utilizar recursos tecnológicos modernos, como el caso del Brasil donde están usando con mucho éxito el mecanismo de telemedicina para efectos de diagnóstico y prescripción médica a comunidades remotas¹⁰⁰.

98. Lobo Guerrero, Miguel; Herrera, Xochitl; de Greif, Jaime y Luque, Andrés. Pág. 19.

99. Idem, p.115.

100. Información dada por el consultor brasileño Armando de Negri.

Conclusiones

Las desventajas en salud y la gravedad de la situación de los grupos étnicos, que se han descrito, ameritan de por sí una acción preferente y diferenciada. Pero más si se tiene en cuenta de que muchos de estos grupos son demográficamente muy pequeños y vulnerables, que fácilmente pueden caer en procesos de extinción, especialmente los amazónicos. La mitad aproximadamente de los 81 pueblos indígenas de Colombia tiene menos de mil personas y de éstos, 22 no alcanzan los 500. Hay que recordar que la población indígena (785 mil personas) representa menos del 2 % de la población nacional; las comunidades negras del Pacífico apenas son un poco más de 500 mil personas; los raizales 25 mil y los gitanos menos de 2 mil.

Los grupos étnicos afrontan niveles de morbilidad y mortalidad superiores a los promedios nacionales y pérdida de sus tradicionales culturales para atender estos problemas, en tanto que los servicios que reciben del Sistema de Salud tienden a ser inferiores en cobertura y calidad, con excepciones importantes en algunas zonas donde el Estado, conjuntamente con las organizaciones sociales, están obteniendo avances significativos (como algunas zonas en Vaupés, Amazonas, Cauca, Antioquia, Sierra Nevada). La problemática mencionada amerita de parte del Estado programas especiales que le garanticen a los diferentes grupos étnicos su derecho a la salud, de manera prioritaria y acordes con sus particularidades étnicas.

Se impone la necesidad de una concepción intercultural de la salud para los grupos étnicos, en la cual éstos tengan la garantía de acudir tanto a la medicina facultativa como a su medicina tradicional y en la que se desarrollen relaciones interculturales de mutua valoración, reconocimiento y respeto entre ambas medicinas. El problema de la protección social en salud, como se plantea en el capítulo de políticas, no es solamente de cobertura sino de condiciones y

calidad de los servicios que se presten a las poblaciones étnicas teniendo en cuenta sus concepciones y prácticas culturales de salud. Para efectos de la universalidad en la cobertura, el Estado debe destinar muchos más recursos humanos, financieros y logísticos, especialmente para las regiones de población dispersa y difícil acceso, como selvas y llanos, de mínima atracción para el mercado de las EPS e IPS.

Es necesario apoyar a los grupos étnicos para contrarrestar la tendencia a la pérdida y deformaciones de la medicina tradicional, de modo que esos recursos culturales se reafirmen y continúen desarrollándose en el marco de la diversidad cultural que se impone en el mundo de la globalización y de afirmación de identidades locales. Muchas prácticas de la medicina tradicional pueden ser útiles para la promoción, prevención y atención básica en salud. En muchas comunidades es con lo único que cuentan.

Así mismo, es importante nutrir con la perspectiva étnica la apertura de las ciencias de la salud. En particular, con el estudio de los recursos culturales y naturales de la medicina tradicional y la formación de profesionales que valoren, dialoguen e interactúen con los agentes de la medicina tradicional. Muchos aspectos de las tradiciones culturales de los grupos étnicos deben ser aprovechados para la promoción, la prevención y la atención básica en salud. Así mismo, debe promoverse la participación de la comunidad, sus recursos organizativos y culturales para contribuir, conjuntamente con el Estado, a la solución de los problemas de salud y al logro de su bienestar físico, espiritual y cultural.

La integralidad de la atención en salud para los grupos étnicos debe darse a nivel de lo orgánico y lo anímico, su relación con la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual, entendiendo aspectos fundamentales de la cosmovisión propia de cada etnia, sin lo cual difícilmente podrá comprenderse los problemas de salud y la forma de tratarlos.

Capítulo 3

LA SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN COLOMBIA

Para efectos del siguiente análisis, se tendrán en cuenta dos períodos: el primero, desde mediados de la década de 1970 hasta 1993, caracterizado por la prestación de servicios a través del Sistema Nacional de Salud; segundo, a partir de la puesta en marcha del Sistema de Seguridad Social definido en la Ley 100 de 1993, que reemplazó al anterior sistema. Aún así, en esta Ley, promulgada dos años después de la Constitución, solamente se incluyen como grupo étnico a los indígenas, dejando por fuera a los afrocolombianos, los raizales y los ROM. Posteriormente, la Corte Constitucional incluyó estos otros grupos. Los periodos de tiempo analizados, en este documento no se ciñen a límites temporales exactos ni a la expedición de normas, sino se analizan períodos más amplios, ya que las transformaciones ordenadas por las leyes tardan para su puesta en marcha, debido a la inercia de las instituciones públicas.

El estudio de la prestación de servicios de salud para los grupos étnicos debe partir del análisis de las normas que regulan el acceso a los servicios de salud, la definición constitucional, los principios, las estrategias, las políticas y los compromisos internacionales del gobierno, lo mismo que del

desarrollo de las organizaciones sociales de los grupos étnicos en materia de salud.

El Sistema Nacional de Salud, creado entre los años 1973-75, no fue ajeno a las transformaciones ocasionadas por los cambios políticos, por compromisos internacionales como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1975 denominada “Salud para todos en el año 2000”, la estrategia de atención primaria a la salud o la reforma constitucional de 1987 que inicia la descentralización política y administrativa trasladando recursos, competencias y responsabilidades en salud hacia los municipios.

De igual manera, las organizaciones indígenas poco a poco han adecuando sus organizaciones para mejorar su capacidad de negociación con el gobierno, creando con apoyo internacional programas de salud, producción, educación, asistencia jurídica, capacitación y otros. Realizan congresos regionales y nacionales en los que se discuten diferentes problemas, entre ellos el de los servicios de salud. Los programas y los congresos de las organizaciones sociales de los diferentes grupos étnicos se convierten en espacios de discusión, reflexión comunitaria y formulación de propuestas de atención en salud.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en la 30ª Conferencia Mundial de la Salud, realizada en 1975 lanza el propósito de “Salud para todos en el año 2000”, meta que fue ratificada por los Estados miembros. Este propósito se convierte en la búsqueda de mecanismos para facilitar que los sistemas de salud se adecúen para atender las personas más pobres y con mayores índices de enfermedad, por medio de la oferta de servicios básicos de salud, la vinculación de las prácticas tradicionales en la asistencia sanitaria, el suministro de medicamentos en presentación genérica y la participación de la comunidad.

Para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, la Organización Mundial de la Salud junto con la UNICEF realizan en 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata (Kazajstán), antigua URSS. Esta conferencia aprueba la Declaración de Alma Ata en la cual se insta a los gobiernos para que asuman el compromiso político de mejorar los servicios de salud, haciéndolos más accesibles a las comunidades más postergadas del desarrollo económico y social. Ello implica una mayor transferencia de recursos económicos para el sector salud, incluir la salud en los planes de desarrollo, fortalecer la intersectorialidad y la operatividad del sistema de salud, crear niveles de atención y facilitar espacios para la participación comunitaria.

CONTEXTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A GRUPOS ÉTNICOS

Primer Período: prestación de servicios bajo el esquema del Sistema Nacional de Salud

En el marco del Sistema Nacional de Salud, la responsabilidad de la atención en salud para la población indígena estuvo a cargo de la Dirección de Participación de la Comunidad, División de Salud Rural del Ministerio de Salud. Esta dependencia

desde 1978 había realizado actividades con el fin de formular directrices para la atención en salud a las comunidades indígenas. Estos avances se formalizaron en la Resolución 10013 de 1981, la cual -desde una perspectiva de respeto y comprensión de las prácticas tradicionales en salud- propone fundamentalmente que cualquier programa de atención primaria que se pretenda desarrollar con las comunidades indígenas deberá partir de un estudio sobre la situación cultural, socioeconómica, sanitaria y la cosmovisión de las comunidades y que se deberán formular modelos conducentes a mejorar los programas de atención primaria.

En esa época se realizan varios talleres en los cuales se discuten las alternativas para la prestación de servicios de salud a las comunidades indígenas: en el segundo encuentro realizado en Valledupar en mayo de 1983, se da a conocer el Programa Nacional de Desarrollo de las Poblaciones indígenas, PRODEIN 1983-86, el cual se concibe como una estrategia de desarrollo para las poblaciones indígenas, buscando su fortalecimiento étnico. Se propone la ampliación de la cobertura mediante la estrategia de atención primaria, la aplicación de la resolución 10013 de 1981, el desarrollo de proyectos de mejoramiento nutricional de la dieta indígena, de salud ambiental, de educación para la salud y suministro de agua potable.

Participan en ese encuentro representantes del Ministerio de Educación, INCORA, SENA, ICBF, delegados de los 22 Servicios Seccionales de Salud, el Departamento de Antropología de la Universidad Nacional, Departamento Administrativo de intendencias y Comisarías, FUNCOL, representantes de la Comunidad Arhuaca y de las organizaciones indígenas: ONIC, CRIT, UNUMA, CRIVA, OREWA. Se destaca una solicitud plenaria a favor de los programas de salud y educación de la comunidad Arhuaca, en la que se pide “Que se consigne en las conclusiones, una solicitud al Señor Presidente de Colombia, para que se haga realidad la administración de los servicios de salud y

educación por los mismos indígenas aprobando el proyecto de Educación y Plan de Salud Arhuaca, y otros que presenten las propias comunidades indígenas del país¹⁰¹”

En 1984 se realiza en Arauca una reunión sobre Atención Médica, Investigación Social y Medicina Tradicional, con la participación de la OPS, en la cual se reunieron la mayor parte de los jefes de Servicios Seccionales de Salud de la Orinoquía y Amazonía, antropólogos de los llamados territorios nacionales, médicos y enfermeras a cargo de programas para población indígena y urbana. Uno de los objetivos de este evento era establecer mecanismos para lograr el acercamiento entre las investigaciones sociológicas, médicas y antropológicas, y entre los programas de atención médica y educación en salud¹⁰².

La década de 1980 facilitó desde el Ministerio de Salud, en coordinación con los servicios seccionales, espacios para la reflexión acerca de atención en salud para comunidades indígenas. En algunos departamentos y comisarías se avanzó en la investigación y adecuación de servicios de salud para los indígenas, especialmente en las zonas de selva, donde se construyeron malocas en el espacio hospitalario para facilitar la atención en salud.

Atención Primaria en Salud

En el sector oficial del Sistema Nacional de Salud se asume la atención primaria como el primer nivel de atención, caracterizada por acciones básicas de atención en salud las cuales incluyen: vacunación, control del embarazo y parto, crecimiento y desarrollo, planificación familiar y programas para el control de enfermedades como tuberculosis, enfermedades tropicales, infección respiratoria aguda, infección

diarréica aguda. Dichos programas se realizaban mediante delegación de funciones, cayendo casi siempre la responsabilidad en los promotores de salud rural. Tal situación llevó a algunos estudiosos a describir este proceso como de ampliación de coberturas a costos mínimos, generando servicios de baja calidad o medicina para pobres.

La estrategia de atención primaria fue evaluada en un Estudio Sectorial de Salud realizado en 1990, cuyas conclusiones se pueden resumir así:

- Falta de decisión política, de continuidad en la aplicación, de claridad y unificación del concepto de atención primaria en salud.
- Desconocimiento por parte de funcionarios y dirigentes de alto nivel acerca de la importancia de la atención primaria y la participación comunitaria.
- Concentración de los pocos recursos en la atención de tipo curativo, descuidando las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Falta de capacidad resolutoria integral.
- Falta de desarrollo operativo local del modelo de atención primaria.
- Carencia de un sistema de calidad y de investigaciones operativas.
- No hubo articulación intersectorial y no se universalizó la cobertura, además de la ausencia de una real participación comunitaria.

Las poblaciones indígenas colombianas nunca llegaron a ser partícipes de un verdadero programa oficial de Atención Primaria debido a la incapacidad del Estado para asumir compromisos a largo plazo con la población. Lo que terminó por aplicarse en muchas regiones fue una atención primaria selectiva¹⁰³, centrada en la asistencia curativa y preventiva, y no en la promoción, la participación y la equidad.¹⁰⁴

101. MINSALUD, Dirección de Participación de la Comunidad, Conclusiones del II Taller sobre Prestación de Servicios de Salud a Comunidades Indígenas, Valledupar Cesar, 5-7 de Mayo de 1983, página 39.

102. ETNOLLANO., Promoción de la Salud desde la Comunidad, 1998 pag. 42

103. Atención Primaria Selectiva: Conjunto de intervenciones médico-preventivas que ofrecen un buen balance en la relación costo-beneficio para mejorar el estado de salud de la mayoría de las personas de los países menos desarrollados. En un programa de atención selectiva la salud es concebida simplemente como ausencia de enfermedad y por tal motivo se ignora cualquier acción social, cultural, ambiental o económica como base del bienestar.

104. Ibid., pag 47

Los Promotores de salud indígenas

Esta fue una de las áreas de mayor desarrollo de la Resolución 10013 de 1981, ya que la propuesta de capacitación y vinculación del personal de las propias comunidades tuvo gran aceptación en las organizaciones y comunidades indígenas. Para las secretarías de salud, la capacitación de promotores fue la punta de lanza para impulsar la estrategia de atención primaria en las comunidades indígenas.

La selección de los posibles promotores fue realizada por las autoridades indígenas, incluso se eligieron en muchas regiones un mayor número que el que podría ser contratado, por lo cual en algunas zonas, además de promotores de salud, existía la figura del voluntario de salud indígena.

La capacitación estuvo a cargo de los Servicios Seccionales de Salud y en algunos casos a cargo de las organizaciones indígenas, como el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y del Consejo Regional Indígena del Tolima (CRIT), con sus comités de salud, capacitaron promotores y voluntarios indígenas.

La vinculación de indígenas como promotores de salud, pretendía convertirlos en el primer eslabón del proceso de atención, "Los promotores indígenas de salud son personas de las comunidades entrenadas por el Servicio Seccional de Salud del Vaupes, para estrechar vínculos entre las comunidades y el servicio". Sin embargo, su trabajo al interior de las comunidades como funcionarios del Sistema Nacional de Salud, tuvo grandes inconvenientes debido, primero, a la escasa o nula formación sociocultural y a la burocratización de su trabajo en las comunidades.

Desde el inicio del programa de capacitación de promotores se identificaron algunas dificultades. "Pero este personal, aunque fue escogido por las mismas comunidades, fracasó

al tratar de estrechar el contacto, este primer problema tuvo su origen en la capacitación, debido a que el personal instructor compartió una serie de conocimientos hospitalarios que atendían especialmente a la parte física de la salud desatendiendo en gran medida la parte sociocultural del medio, componente clave de la capacitación para mejorar verdaderamente la relación comunidad-hospital¹⁰⁵". Estos problemas se presentaban en todo el país, pues los aspirantes eran trasladados y capacitados en las escuelas de auxiliares de enfermería o de promotores de salud que estaban bajo la responsabilidad de los Servicios de Salud en las capitales de departamento.

Luego de capacitados, muchos promotores de salud fueron vinculados a los Servicios de Salud y enviados a trabajar en sus comunidades: "Este tipo de promotor se enajenó de sus comunidades y adquirió un comportamiento medicante y vertical con su propia familia o comunidad. El resultado: la gente no asistía a las reuniones educativas impuestas por el promotor o el auxiliar, tampoco utilizaban las obras de saneamiento ambiental, no colaboraban en el mantenimiento y construcción de unidades de coberturas y puestos de salud, etc. para agravar la situación se enviaban a los promotores y auxiliares a sus respectivos puestos de trabajo abandonados a su situación sin una supervisión integrada y sin volver a refrescar sus conocimientos con educación continuada sobre la parte sociocultural de la salud¹⁰⁶". Esta cruda radiografía es la que acompaña la formación de promotores y la extensión de coberturas en salud a costos mínimos para las comunidades indígenas, en la mayor parte del país durante la década de 1980.

Programas de Salud de las Organizaciones indígenas

Las organizaciones indígenas del Cauca, Tolima, Antioquia y Córdoba, entre otras, crearon

105. Ministerio de Salud. Seminario Nacional de Capacitación a Promotores Indígenas de Salud., 1987 Pág. 189

106. Ibid

con apoyo internacional, hacia mediados de la década de 1980, programas de salud, los cuales tuvieron gran dinamismo y convocatoria en las comunidades, convirtiéndose en los interlocutores ante los Servicios Seccionales de Salud y alcanzando en algunas zonas del país un alto grado de cooperación. Se realizaron cursos masivos de promotores indígenas de salud, capacitación de parteras y se facilitó la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud.

En los congresos nacionales y regionales del movimiento indígena, siempre se han organizado "comisiones" o grupos de discusión sobre el tema de la salud, contando con una masiva participación; allí se han tratado los temas de actualidad de los servicios de salud. Unas conclusiones reiteradas de estos eventos son: que la medicina tradicional es la base para garantizar la atención en salud a las comunidades indígenas; que la responsabilidad es del Estado en el suministro de este vital servicio; la gratuidad de la atención y una participación real y efectiva de las organizaciones indígenas en la planeación, ejecución y control de las actividades que en salud se realicen en las comunidades.

En 1987 se realiza el Primer Encuentro de Programas de Salud Indígena¹⁰⁷, convocado por las organizaciones indígenas, el cual se lleva a cabo en Paniquitá Cauca, con la asistencia de las regionales indígenas CRIT, CRIC, OREWA, Cabildo de San Andrés de Sotavento. De sus conclusiones se destaca:

- Que todo programa de salud parta de la concepción que tiene cada comunidad sobre la salud y la enfermedad, respetando la autonomía y características propias.
- El desarrollo de un programa en salud requiere de procesos educativos que abarquen a toda la comunidad y diferentes niveles: comunidad en general, médicos tradicionales, agentes comunitarios de salud, equipo coordinador de salud.
- El proyecto de salud de las comunidades indígenas no debería entrar a combatir al Estado. Por el contrario, debe buscarlo para obligarlo a cumplir con sus deberes ante las comunidades indígenas y llevarlo a aceptar las condiciones que pongan las autoridades indígenas respecto a la autonomía, el derecho a decidir sobre programas, etc.
- Que sean las organizaciones regionales las que elaboren los modelos de atención para garantizar que respondan a sus necesidades.
- Exigir financiación del Estado para desarrollar programas de salud, de acuerdo con las necesidades de las comunidades y bajo vigilancia de las autoridades indígenas.
- La investigación debe jugar un papel importante para ver como continúan desarrollándose los programas.

Las organizaciones indígenas colombianas participaron en el Taller Hemisférico sobre pueblos indígenas y salud, convocado por la Asociación Canadiense de Salud Pública, en abril de 1993, representados por la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), el Consejo Regional Indígena del Tolima (CRIT).

En la Ponencia se analiza la situación de salud de las comunidades indígenas y se describe la falta de información confiable y actualizada para establecer el estado de salud de los Pueblos indígenas, se hace una evaluación de las normas legales que protegen los indígenas y sus dificultades para su aplicación. En la síntesis final del documento se plantea:

"Vemos la urgente necesidad de promover el desarrollo de alternativas que, basadas en un profundo conocimiento de las realidades culturales, generen una activa participación de las comunidades indígenas para que con sus propios conocimientos y recursos, y apropiándose

107. ONIC. Primer Encuentro de Programas de Salud de las Comunidades Indígenas, 1987

de aquellos de otras culturas que puedan contribuir a su potenciación, abran caminos hacia modelos comunitarios de preservación de la salud y prevención de las enfermedades¹⁰⁸”.

La asistencia a este taller facilitó el conocimiento de la problemática continental de salud de los pueblos indígenas, posteriormente se asistió a un taller en Bolivia. Los grandes cambios generados por el nuevo Sistema de Seguridad Social desarticulan la coordinación de los diferentes programas de salud de las organizaciones indígenas, por lo cual el movimiento indígena colombiano se aísla de la participación internacional en estos eventos.

La descentralización en Salud

Los cambios ocasionados por la aprobación de la descentralización política, administrativa y la elección popular de alcaldes, junto con los hallazgos de un Estudio Sectorial de Salud, son la base para la expedición de la Ley 10 de 1990, la cual reorganiza el Sistema Nacional de Salud, definiendo la salud como un servicio público en todos los niveles, a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional, administrado en asocio de las entidades territoriales, sus entes descentralizados y las personas privadas autorizadas, define como principios rectores del sistema los siguientes: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad y complementariedad.

La ley prevé mecanismos de transición para asumir las nuevas competencias, dando un plazo de cinco años para los departamentos. Para las intendencias y comisarías autorizó un plazo de siete años prorrogables por tres años más. Es decir, la implantación de este nuevo sistema de salud se realizaría en diez años.

Para la población indígena se expide el Decreto 1811 de 1990, el cual mantiene los logros

alcanzados por la Resolución 10013 de 1981 -como la gratuidad del servicio, la consulta y participación de las autoridades indígenas en los procesos de atención a sus comunidades. La descentralización ocasiona en las zonas indígenas la desarticulación de programas de atención primaria a la salud, que contaban con amplia participación de las organizaciones y comunidades.

La aplicación de la Ley 10 de 1990 tuvo muchos contratiempos y no se cumplió con la totalidad de las metas propuestas para la municipalización de los servicios de salud. Además, en diciembre de 1990 es convocada la Asamblea Nacional Constituyente, la cual expide una nueva Constitución Política en julio de 1991. Esta Constitución, define la Seguridad Social, en el artículo 48 como “un servicio público, obligatorio, bajo la dirección y coordinación del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”. Es irrenunciable y se podrá prestar por instituciones públicas y privadas.

En la nueva Constitución Política se definen también: las responsabilidades en salud y saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado; se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Junto con la Ley de seguridad social, se tramitó en 1993 la Ley 60, la cual distribuye competencias y recursos de las Entidades territoriales y la Nación; se autoriza a los municipios a otorgar subsidios a la demanda para la población de menores recursos, se define un sistema y criterios de focalización de los servicios sociales, se reglamenta la participación de los resguardos indígenas en los ingresos corrientes de la Nación.

Paralelamente a este proceso, en cumplimiento del artículo 56 transitorio, se expide

el Decreto 1088 de 1993 “Por el cual se regula la creación de las asociaciones de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas”, elemento básico para el desarrollo de unas nuevas relaciones del Estado con los pueblos indígenas. Este decreto permite la creación de las Asociaciones de Cabildos y autoriza a estas entidades a adelantar actividades de carácter industrial y comercial y a fomentar en las comunidades proyectos de salud, constituyéndose en la piedra angular de una nueva relación del Estado con los grupos indígenas para el desarrollo de programas sociales y desarrollo con las comunidades indígenas.

Segundo Período: prestación de servicios bajo la ley de Seguridad Social en Salud

La Ley 100 de 1993, define la Seguridad Social como un derecho irrenunciable, garantizado a todos habitantes, de ampliación progresiva, con el objetivo de garantizar prestaciones económicas, de salud y servicios sociales complementarios.

Se crea un sistema armónico e integral de seguridad social el cual incluye para la población sin capacidad de pago, un sistema subsidiado para las pensiones, un régimen subsidiado para los servicios de salud que cambia radicalmente el modelo de subsidio a la oferta hacia un modelo de aseguramiento mixto, con intervención del sector público y privado, separación entre la función de asegurador y la de proveedor del servicio, la definición de un plan de beneficios individuales (Plan Obligatorio de Salud - POS) financiado a través del aseguramiento y los servicios colectivos o salud pública a cargo del Estado, basado en la atención primaria. Se conservan los principios de descentralización, participación social y comunitaria.

En los dos regímenes se separan las funciones de aseguramiento y de provisión de servicios. De esta manera, la ley habilita como aseguradoras

para el régimen contributivo a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y para el régimen subsidiado a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). En lo relativo a la provisión de los servicios de salud, la ley autoriza a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para los dos regímenes.

Los Planes de Beneficios incluidos en el sistema de Seguridad Social en Salud son: el Plan Obligatorio de Salud (POS), el Plan de Atención Básica (PAB) y en el caso del régimen contributivo se incorpora de manera adicional los Planes Complementarios, los cuales son financiados totalmente por los afiliados y con recursos diferentes a las cotizaciones obligatorias.

El plan de beneficios POS:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias, a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados, según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan, de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

108. Ponencia presentada por ONIC, CRIC, CRIT, Alianza Social Indígena, en Manítoaba Canadá, Abril de 1993. Texto.

Régimen Subsidiado:

Creado en la Ley 100 de 1993, este régimen tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990, se priorizan para su ingreso madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra, de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

El régimen subsidiado tuvo un antecedente importante con la puesta en marcha de las Empresas Solidarias de Salud que son una modalidad de organización empresarial de las comunidades que les permite adquirir servicios de salud con la financiación del subsidio directo otorgado por el Estado para este fin. Tienen, entonces, un componente de organización de la comunidad y otro de gestión para la adquisición de tales servicios. La organización de la comunidad para contratar servicios de salud es lo que se denomina Empresa Solidaria de Salud¹⁰⁹.

Necesidad de una política dual:

Desde los inicios de la implantación de la reforma de la seguridad social se han planteado las posibles dificultades de operación de un modelo de aseguramiento en varias zonas del país y, por lo tanto, la necesidad de formular alternativas de operación para estas áreas en

donde los mecanismos de mercado, libertad de elección de EPS-ARS e IPS no funcionan, pues son zonas de población dispersa y de reducido número de habitantes, además de carecer de suficientes oferentes de servicios de salud¹¹⁰.

En el estudio de Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia, 1993-2000, en el que se utilizó el índice de Hirshmann-Herfindahl¹¹¹, se concluye que Bogotá es el único mercado competitivo y que los mercados en la Orinoquía y Amazonía son de tipo oligopólico o de tendencia monopólica. Las zonas de población indígena de llano, selva y los territorios de los afro colombianos e indígenas del andén pacífico se encuentran en estructuras de mercado no competitivas, lo que exige una nueva forma de garantizar la operación del seguro público de salud garantizado por el régimen subsidiado.

Los pueblos indígenas y la seguridad social en salud.

En una primera fase las comunidades indígenas manifestaron su oposición, rechazo y escepticismo frente al modelo de aseguramiento, solicitando a los Servicios de Salud, alcaldías, hospitales locales y ONG, no presionar a las comunidades indígenas para ingresar al sistema de seguridad social en salud, o para conformar empresas solidarias en salud, ni para aportar con recursos de transferencia a los hospitales.

Con relación a la política de empresas solidarias de salud el movimiento indígena manifiesta que su desarrollo en las comunidades es el inicio de la una posible privatización de los servicios de salud, ya que la empresa solidaria debería al tercer año ser autosostenible por las comunidades. Es tal vez por esta razón que las empresas solidarias no se desarrollan al interior de las organizaciones indígenas que conforman la ONIC, en una primera fase.

109. CONPES SOCIAL DNP-UDS –Minsalud 001, N° 1 de febrero 23 de 1993

110. Ministerio de Salud. Programa Harvard, Resumen Ejecutivo. Pág. 16

111. Índice de Hirshmann - Herfindahl: Establece un valor entre 1 y 10.000 para ponderar las tendencias de los mercados en servicios de salud, en donde 10.000 es el extremo para mercados de características monopólicas y 1 el límite de los mercados competitivos

Las organizaciones indígenas han planteado que la Ley 100 de 1993 no desarrolla los derechos especiales de las comunidades indígenas en cuanto a salud. Con relación a los criterios de selección para el ingreso al régimen subsidiado manifiestan que el SISBEN¹¹², como instrumento para medir niveles de pobreza, es inadecuado para aplicarlo a la situación de las comunidades y que, de común acuerdo con el Ministerio de Salud, no es requisito para el ingreso de las comunidades indígenas al Sistema de Seguridad Social en Salud. Ratifican la vigencia del Decreto 1811 de 1990, la Resolución 5078 de 1992 y la gratuidad de la atención. Proponen que la atención sea más humana y respetuosa de los aspectos culturales alrededor del cuerpo y el cómo se asume socialmente la enfermedad y la muerte, considerando que para la atención de la mujer y los niños indígenas los programas deben partir de las características especiales alrededor de su representación del cuerpo, el manejo del embarazo y el parto y que para la valoración de los niños se deben considerar en sus particularidades en lo referente a su desarrollo y proceso de socialización.

La Ley 691 de 2001

Esta ley y su sentencia de constitucionalidad (C-088/2001) marcan un punto de inflexión en el desarrollo de la Seguridad Social para los grupos étnicos debido a que da un tratamiento integral al tema de la etnicidad en salud, desarrollando esquemas específicos de protección para mujeres, niños y ancianos de estos grupos, además de introducir mecanismos de control al mercado de la salud en las comunidades.

Las dificultades ocasionadas en las comunidades indígenas en la vinculación al régimen subsidiado, las alteraciones de la vida social derivadas del mercadeo indiscriminado de las empresas solidarias de salud en los resguardos y comunidades, la falta de control social al sistema, la inseguridad jurídica sobre el futuro de sus empresas solidarias de salud y la experiencia en la administración del régimen subsidiado, les llevó a elaborar un proyecto de ley

de seguridad social indígena, el cual se construye en varios talleres nacionales convocados por la ONIC. El proyecto, en una primera fase, recogía los planteamientos de un Régimen Especial Indígena de Seguridad Social en Salud (REISS) para grupos étnicos, pero posteriormente se propone una ley general que solo ampare a los pueblos indígenas. La aprobación de este proyecto de ley contó con un amplio apoyo en las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, sin embargo fue objetado en dos oportunidades por el Gobierno y su expedición se ordenó por la Sentencia de C-088 de 2001, de la Corte Constitucional.

Los indígenas consagran en esta Ley logros sociales como el subsidio alimentario para las mujeres embarazadas, lactantes y menores de cinco años; control al mercadeo en los resguardos indígenas; la creación de administradoras de régimen subsidiado indígenas (ARSI), la creación de IPS propias y un modelo de atención específico para las zonas de selva, llano y andén pacífico, donde no es factible, por la alta dispersión poblacional, desarrollar un modelo de subsidio a la demanda. Además, es posible incrementar el valor de la UPC-S hasta en un 50% con el objeto de financiar el costo de los servicios de salud en zonas de población dispersa y su adecuación sociocultural.

La operación del Sistema

La prestación de servicios de salud es el objetivo principal de un sistema de salud. Sin embargo, su desarrollo está atravesado por el proceso político de gestión de los servicios y de oferta o provisión de la atención.

Un modelo ideal de operación del seguro público de salud en Colombia, podría diagramarse como se observa en la figura N° 1, en donde las necesidades de atención pueden ser respondidas por el sistema facultativo o de medicina occidental o a través de las prácticas propias o tradicionales de las comunidades.

112. SISBEN. Sistema de focalización de beneficiarios de programas sociales

Diagrama N° 1

El sistema local de atención está bajo la responsabilidad de la dirección local de salud y del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, como los responsables de la gestión del sistema, y de la entidad promotora de salud, como la garante de la canalización de los recursos del seguro público de salud. La provisión de servicios de salud requiere de la necesaria articulación de las acciones individuales y colectivas en espacio local, además de facilitar y dinamizar la participación social y comunitaria de los ciudadanos.

MODELO DE GESTION

En el caso colombiano se presenta una gran contradicción entre financiamiento vía **subsidio a la oferta - subsidio a la demanda**, y entre la separación de acciones individuales (atención a la enfermedad) y de las acciones colectivas (plan de atención básica), en zonas donde la densidad geográfica, dispersión poblacional y estructura de uso o demanda de atención es baja por las particularidades étnicas. Se suman además las dificultades administrativas generadas por un cambio abrupto en los modelos de gestión terri-

torial de la salud en las antiguas intendencias y comisarías, un proceso de descentralización de la salud inconcluso y la imposición del eficientismo económico (facturación de servicios), imposibilitándose el desarrollo de la atención primaria a la salud y la provisión de servicios de salud en vastas zonas rurales.

La Ley 100 de 1993, debido a la concepción de mercado, segmentó en más de ciento setenta empresas solidarias y cerca de treinta entidades promotoras de salud la administración de los recursos de la salud. Este exagerado número de operadores o “intermediarios” del seguro público de salud, desdibujaron en los espacios territoriales el concepto de sistema local de salud y desarticuló los pocos programas de atención primaria que se venían desarrollando. La intermediación no ha fomentado en ningún lugar la responsabilidad colectiva sobre los espacios, la población y el control de los factores de riesgo que afectan a individuos y comunidades.

La fragmentación de la administración de los recursos del seguro público de salud desplazó la atención del análisis de la situación de salud y

estrategias de intervención hacia las oficinas de las aseguradoras o "intermediarios" en las capitales departamentales, donde se trataba de obtener el levantamiento de glosas, sin importar la provisión de servicios y los resultados del proceso de atención en el mejoramiento de los niveles de salud de la población.

Las Empresas Solidarias de Salud Indígenas

El Programa de Empresas Solidarias del Ministerio de Salud, conformó y garantizó asistencia técnica a las ESS de Mallamás y Guaitara, en el Departamento de Nariño en las cuales se agrupan los indígenas de la etnia de los pastos. Sin embargo, la falta de conocimiento de la realidad indígena, llevó a que en la asamblea de constitución de las empresas se distorsionara la participación de los Gobernadores Indígenas, haciéndolos figurar como socios fundadores con lo cual se desfiguró el carácter colectivo de su representación, generando la privatización a través de una mutual de la administración de los recursos públicos del régimen subsidiado.

Hacia finales de 1996 las organizaciones indígenas afiliadas en su mayoría en la ONIC, inician la conformación de Empresas Solidarias de Salud, teniendo como base sus organizaciones regionales. Para alcanzar este objetivo se constituyen asociaciones de cabildos. Para diciembre de 1997 la Superintendencia Nacional de Salud había otorgado licencia de funcionamiento a la siguientes Empresas Solidarias: CRIT, AIC Cauca, DUSAKAWI y MANEXKA.

Las administradoras del régimen subsidiado indígena cuentan en la actualidad con 640.081 afiliados. Esta nueva institucionalidad indígena refleja la búsqueda y adecuación de las organizaciones indígenas para canalizar los recursos de la salud, adquiriendo experiencia administrativa. Dependiendo de la relación con las autoridades tradicionales, las comunidades y organizaciones indígenas, se pueden generar dos fenómenos: uno, de empoderamiento de las comunidades en salud, potencializando el desarrollo y la autonomía de los pueblos indígenas; o dos, la subordinación de las autoridades

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD INDIGENAS – EPSI NUMERO DE AFILIADOS AÑOS 2003 – 2004

ENTIDAD	AFILIADOS 2003	AFILIADOS 2004	CRECIMIENTO
Asociación Indígena del Cauca, AIC	136.627	148.795	12.168
Entidad Promotora de Salud "Mallamas"	93.147	100.059	6.912
Asociación de Cabildos Indígenas DUSAKAWI	74.632	76.830	2.198
Asociación de Cabildos de Córdoba y Sucre " Manexca"	73.065	87.786	14.721
Entidad Promotora de Salud "Guaitara"	66.643	83.891	17.248
Entidad Promotora de Salud "Pijaosalud"	45.680	57.516	11.836
Tayrona EPS Indígena	38.626	48.613	9.987
Anas Wayuu	34.272	36.591	2.319
TOTAL	562.692	640.081	77.389

Fuente: CNSSS informe al Congreso de la República, Julio de 2004

indígenas, organizaciones y comunidades a las políticas y programas de las ARS.

La Cobertura del régimen subsidiado en salud en la población indígena

Desde 1996 los diferentes gobiernos han hecho asignaciones específicas, denominadas Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- para facilitar el ingreso de las comunidades al régimen subsidiado de salud. Hasta el año 2000 se habían asignado cerca de 475.523 cupos de régimen subsidiado.

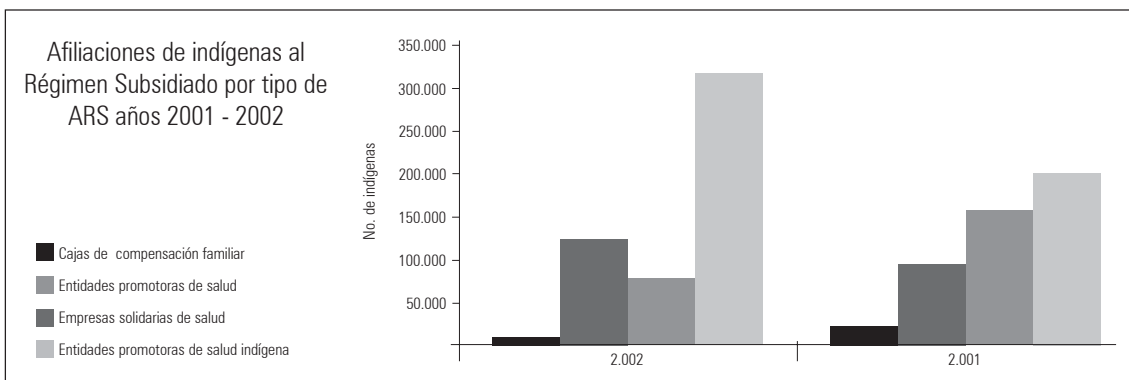
Para el año 2002 la Coordinación de EPS Indígenas consideraba que: "la cobertura en el régimen subsidiado de la seguridad social en salud, para los indígenas es baja y refleja la exclusión y la falta de una política para extender la protección en salud a través del régimen subsidiado de la seguridad social. Luego de seis años de su implementación la situación que se encuentra es la siguiente: a diciembre 31 de 2.001 sólo hay 458.113 indígenas reportados en el régimen subsidiado, lo cual representa el 67% de cobertura entre la población indígena certificada por el DANE. Por lo anterior la cobertura sobre la población indígena estimada en cerca de 900.000 personas, solo alcanzaría el 50.8% del total de esta población en Colombia".

La situación tiende a cambiar radicalmente, pues en el año 2004 se asignó como ampliación de cobertura cerca de 100.000 subsidios más para pueblos indígenas, con los cuales la cobertura fácilmente alcanzará cerca del 95% de la población indígena reconocida por el

Departamento Nacional de Estadística (DANE) y que tiene asignación de recursos del sistema de participaciones. A pesar de ello, la situación sigue siendo problemática para las denominadas poblaciones indígenas civiles a las cuales no se les han legalizado las tierras ni constituido resguardos. Está situación se presenta en los departamentos de Sucre, Córdoba, Tolima, Bogotá y Quindío, entre otros.

El principio de libertad de elección de la empresa administradora de recursos a la cual deben afiliarse los indígenas, ha generado una alta dispersión entre la población indígena. Para diciembre de 2.001, cerca de 17 cajas de compensación familiar CCF administraban 22.119 subsidios que representan el 5% del total de subsidios, seguido por las empresas solidarias de salud ESS que administran 95.969 correspondientes al 20%. Las entidades promotoras de salud EPS administraban 157.562 subsidios equivalentes al 33% y las Entidades promotoras de Salud Indígena EPSI, 200.024 que representan el 42%.

Para el año 2002 el número de subsidios administrados por la EPS indígenas es de 317.906, que representa un 60, 2% del total de los subsidios asignados. Le siguen la Empresas Solidarias de Salud con 124.167, lo que corresponde a un 23,5%, las Entidades Promotoras de Salud con 77.854 subsidios administrados, que representan el 14,7% y las Cajas de Compensación Familiar con 8.309 subsidios, equivalentes a un 1,6% del total de los subsidios asignados.



El Cuadro N° 1 refleja un crecimiento de las entidades promotoras de salud indígenas, en un 63% entre el año 2001 y 2002 y representan ante todo el proceso de búsqueda de las organizaciones por administrar a través de sus entidades los recursos para la atención en salud. Los indígenas al parecer se han salido masivamente de las Cajas de Compensación Familiar y de la Entidades Promotoras de Salud.

Las anteriores cifras reflejan el esfuerzo del movimiento indígena, sus organizaciones y las EPS-I para agrupar los indígenas beneficiarios del régimen subsidiado y avanzar en el desarrollo de un sistema de salud más acorde a sus necesidades y expectativas.

Un problema adicional dentro del sistema de aseguramiento es el gran número de

Cuadro No. 1. Número de indígenas afiliados a régimen subsidiado, años 2001-2002, por tipo de administradora de régimen subsidiado.

TIPO DE ARS	AÑO 2001	AÑO 2002	DIFERENCIA
Cajas de Compensación Familiar	22.119	8.309	-13.810
Empresas Solidarias de Salud	95.069	124.127	29.098
Entidades Promotoras de Salud	157.562	77.854	-79.708
Entidades Promotoras de Salud Indígenas	200.024	317.906	117.882
TOTAL	474.774	528.236	

administradoras indígenas de régimen subsidiado, con diversas características de conformación. Algunas son constituidas como asociaciones de cabildos, otras como empresas industriales y comerciales, y otras como empresas de economía mixta, lo cual hace que los recursos para la salud indígena no estén bajo el control único del grupo étnico como lo ordena la ley 21 de 1991.

Actualmente el financiamiento de los servicios de salud para la población indígena se hace en su mayor proporción por el régimen subsidiado de salud, o subsidio a la demanda, lo que ha generado segmentación de los recursos en diferentes administradoras las cuales, en muchos casos, contratan el primer nivel de atención ambulatorio por capitación con su propia red de atención y a los hospitales públicos se les contrata por actividad las acciones intramurales. Este fraccionamiento de la atención de primer nivel es altamente inconveniente e imposibilita el desarrollo integral de la atención primaria en salud en las zonas indígenas y en especial en las áreas de población dispersa.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LOS GRUPOS ÉTNICOS

El modelo desarrollado por la ley de seguridad social durante los cerca de ocho años de implantación ha generado cambios al interior de sistema de salud, profundizando la descentralización y la experiencia del nivel local en la administración de los contratos de régimen subsidiado.

La situación de salud de los grupos étnicos se caracteriza por un cambio en el perfil epidemiológico, ya que junto con las enfermedades carenciales -como la desnutrición, la diarrea y el poli parasitismo- se multiplican, por la falta de saneamiento básico, enfermedades como la tuberculosis y las enfermedades tropicales, debido a la carencia de programas para su control. Se encuentran también enfermedades como el cáncer, problemas renales, VIH-SIDA, además de estas patologías los grupos étnicos se ven afectados en sus territorios por el conflicto armado, la violencia, el desplazamiento forzado y los cultivos ilícitos.

En la red pública se ha transformado el financiamiento de los hospitales por la vía de la contratación de servicios con las administradoras del régimen subsidiado, pasando de un subsidio a la oferta o presupuesto histórico, hacia el financiamiento por la venta de servicios de salud. Este tipo de contratos en la mayoría de los casos por capitación para el primer nivel, ocasionan una necesaria contención de los costos de la atención, por lo que ha disminuido la vinculación de promotores de salud y de trabajadores del área social, por lo tanto los servicios se realizan más en el ámbito hospitalario que en el espacio comunitario.

A pesar del estímulo a la competencia entre prestadores de servicios de salud en las zonas indígenas y territorios étnicos, éstos se caracterizan por un predominio de oferta pública a través de las empresas sociales del estado y una escasa o más bien nula oferta privada de servicios de salud en el primer nivel de atención.

Otra dificultad que se está presentando es la duplicidad de instituciones de salud al interior de los territorios indígenas, especialmente en los resguardos indígenas en donde se superpone un centro o puesto de salud del municipio y la casa o centro de salud indígena que realiza una función similar. La situación es compleja ya que se ha llegado a presentar proyectos para construir hospitales indígenas en las cabeceras municipales.

En algunas zonas indígenas el convenio de la Administradora con el cabildo o la organización tradicional en cuanto al suministro de los medicamentos, éstos deben ser de la mejor calidad y a un costo apropiado, pero en este caso las compras al detal y sin la experiencia en la adquisición de estos elementos, genera un mayor costo en el suministro de medicamentos y posiblemente una menor calidad de los mismos.

La fragmentación del plan de beneficios en diversos actores (administradora del subsidio: primer nivel y enfermedades catastróficas;

subsidio a la oferta: segundo y tercer nivel) ha generado dificultades para el acceso a los servicios de salud, ya que las remisiones y la práctica de procedimientos se retardan debido a la lentitud en la expedición de autorizaciones, por parte de las secretarías de salud departamentales.

La inclusión de determinadas patologías cubiertas y niveles de atención financiados por el subsidio, crea confusión al momento de las remisiones a niveles superiores de atención y no es claro cuál entidad y por cuánto tiempo deberá cancelar los costos de la casa de paso y del acompañante del indígena remitido.

La medicalización de los servicios de salud al incluir dentro del plan de beneficios las actividades para el tratamiento de patologías prevalentes, no incluye para el caso de los grupos étnicos los costos en que se debe incurrir en la adecuación sociocultural de los servicios de salud, los guías o traductores en lengua, la inclusión en el equipo de salud de practicantes tradicionales, el acompañamiento de los pacientes remitidos y en algunos casos el suministro de vestidos, zapatos, pijamas y elementos básicos de aseo para el enfermo, la manutención del acompañante y el transporte diario al lugar de atención en casos de tratamiento ambulatorio.

Al ser el plan de beneficios un listado de procedimientos e intervenciones sobre patologías, no incluye ni permite facturar los servicios de los trabajadores del área social como antropólogos, sociólogos e investigadores, ya que lo que se financia es la demanda real de asistencia sanitaria desde la medicina facultativa.

La individualización de la prestación de servicios de salud, su intramuralidad y el estar basados sobre el concepto 'enfermedad-médico-hospital-factura', dificultan o, más bien, imposibilitan que las comunidades y el grupo de cuidado primario, la familia o la comunidad puedan participar activamente en el tratamiento de

patologías como la desnutrición y el cuidado de enfermos terminales o crónicos. Un claro ejemplo es el tratamiento de la desnutrición, sea aguda o crónica, ya que es posible hospitalizar al paciente e incluirlo en un programa de recuperación nutricional dentro del hospital, e incluso, suministrarle alimentación parenteral, pero no es posible financiar el cuidado en casa, pues se constituiría en peculado. Un caso similar ocurre con los pacientes con patologías crónicas, a quienes se les podría mantener hospitalizados, pero no se le puede colaborar a la familia con suministro de los alimentos y un recurso por los cuidados de enfermería, a pesar que su cuidado dificulte o imposibilite a la familia la cacería, la pesca, recolección de frutos, las labores agrícolas en la chagra o parcela de cultivo, disminuyendo para toda la familia el suministro de alimentos, incrementando el círculo de enfermedad, desnutrición y pobreza.

El plan de beneficios no permite la realización de programas comunitarios de recuperación nutricional para el tratamiento de la desnutrición aguda y crónica, que es una patología común en las comunidades y que es la enfermedad de base en la mayoría de los niños que padecen diarreas, infecciones respiratorias agudas y poliparasitismo.

Es paradójico, pero se ve como un gran avance de la administración hospitalaria los programas de cirugía ambulatoria, hospital día o atención domiciliaria para enfermos crónicos, por su impacto en la disminución de los costos hospitalarios y en la recuperación del rol del enfermo en el grupo familiar, especialmente cuando el pago al hospital se realiza por diagnóstico atendido o paquetes de atención. Sin embargo, el sistema no permite que en el caso de familias cuya economía es de subsistencia se facilite el suministro de alimentos para el cuidado en casa de los pacientes.

Hacia un Modelo de atención en salud

La Constitución de 1991, los tratados internacionales de Derechos Humanos, Derechos Sociales, Económicos y Culturales, Seguridad Social y últimamente la ley de Protección Social, son la columna vertebral para articular un sistema que unifique la ejecución de la política social para los grupos étnicos.

Por modelo de atención en salud se entiende el contenido de la atención de salud y las características principales de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios. En este marco el usuario, la familia y la comunidad son considerados también como potenciales prestadores de servicios. El concepto abarca todo el espectro de servicios de salud del sistema pero en forma especial la atención primaria¹¹³.

El diseño de un modelo de atención en salud para los grupos étnicos deberá estar dirigido a garantizar la calidad de vida, el bienestar y la autonomía de las comunidades, no sólo la ausencia de enfermedad. En ese sentido, el modelo deberá garantizar las obligaciones del Estado en materia de salud como son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, respeto, protección, efecto inmediato y cumplimiento progresivo¹¹⁴.

Disponibilidad: Elemento esencial del derecho a la salud que está definido en la Observación 14. Párr. 12 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales y se resume en que cada Estado deberá garantizar un número suficiente de establecimientos para la atención en salud y se deberá garantizar el suministro de agua potable, condiciones sanitarias, personal médico capacitado y bien remunerado y suministro de medicamentos esenciales.

113. OPS- Ministerio de Protección Social. análisis de la Prestación de Servicios de salud en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en salud., Pág.3

114. Defensoría del Pueblo. El Derecho a la Salud. Pág.50

Calidad: Implica que los usuarios de los servicios reciban asistencia oportuna, eficaz y segura —calidad técnica— en condiciones materiales y éticas adecuadas, calidad percibida. Es decir una atención que se ajuste a las normas técnicas establecidas y que satisfaga las necesidades y expectativas del usuario. Si se aplica este concepto a los grupos étnicos, la calidad en la atención debería tomar en cuenta su contexto social, económico y cultural específico. Para alcanzar la calidad de atención de salud a estos grupos, varias barreras institucionales deben ser superadas, entre ellas las barreras culturales, sociales, económicas, geográficas¹¹⁵.

Concepto de Salud¹¹⁶: El concepto de salud en las comunidades étnicas es muy amplio. No sólo es estar bien físicamente sino también espiritualmente con todo lo que lo rodea: medio ambiente, naturaleza y comunidad. Todo lo que existe en el universo tiene vida, por eso es importante mantener la relación y equilibrio entre ellos. Una relación intercultural no es una relación de tipo vertical, se requiere que un conocimiento no se imponga al otro, se requiere mayor investigación, aceptación del otro, valoración de la cultura a la cual se llega con las propuestas de salud, para interrelacionar los distintos saberes que permitan encontrar salidas a las problemáticas de salud. En las culturas indígenas la relación entre los diferentes sistemas sociales, económicos, jurídicos, religiosos, etc., se basa en la reciprocidad y redistribución, ligados a la tierra en una cosmovisión que integra todos los componentes culturales.

Pluralismo médico: Las prácticas médicas tradicionales y facultativas viven al interior de la comunidad como relaciones de complementariedad y competencia en la satisfacción de las

necesidades de salud. El indígena asigna eficacia diferencial a cada modelo médico según sea la enfermedad y la experiencia propia o familiar, es decir que el grupo define la conducta a seguir para resolver el problema de salud. Este tipo de relaciones caracterizan un sistema médico pluralista, el cual ofrece singulares ventajas para la supervivencia biológica y para la resolución de conflictos o tensiones sicosociales, por lo que se presentan un conjunto de estrategias adaptativas culturales valiosas para la sobrevivencia y el manejo de enfermedades y dolencias¹¹⁷.

Enfoque familiar: La familia indígena y de los grupos étnicos tiene características de familia extensa, constituyendo una red social, la cual tiene una gran importancia en diversas acciones de la comunidad, ejemplo: construcción de caminos, ayuda para el trabajo “mano vuelta”, construcción y arreglo de casas. Por lo anterior, es necesario redimensionar el concepto de familia para obtener mejores logros en las acciones de salud.

Extramuralidad: Hasta el momento la prestación de los servicios en la mayor parte del país se ha brindado en el ámbito institucional, con dificultades en la interpretación de las necesidades y condiciones de vida de las comunidades. Los equipos extramurales compuestos por médico, enfermera de salud comunitaria, gestores de salud, promotores de salud, odontólogo y/o auxiliares, practicantes tradicionales, trabajan directamente dentro de la comunidad acercando los servicios e interviniendo en la cotidianidad de las comunidades en los espacios sociales donde se generan los factores de riesgo a la salud. Esta cercanía facilita la interpretación de los múltiples significados de conceptos salud, enfermedad y bienestar en los grupos étnicos.

115. OPS/OMS. Orientaciones de los marcos jurídicos hacia la abogacía en salud de los pueblos indígenas. 1998

116. Asociación de Cabildos Indígenas del Cauca AIC. Propuestas de Adecuación del POSS para las comunidades indígenas “Plan de atención Primaria en Salud, Territorios Indígenas en Armonía” Pág. 8-10

117. PEDERSEN, Duncan., “Sistema Médico Tradicional” Revista Atención Primaria. 1989 Pág. 21-25

Complementariedad terapéutica¹¹⁸: Este principio contribuye a realizar el pluralismo médico, pero el modelo debe introducir los conceptos, prácticas y procedimientos relevantes para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad desarrollados por las diferentes culturas médicas, con criterios de igualdad y es la comunidad quien define cuál de las prácticas utiliza.

Participación social y comunitaria: Si bien este principio ya había sido enunciado en la Ley 10 de 1990 y en la Ley 100 de 1993, para el desarrollo del modelo es de vital importancia. Es necesario que las organizaciones sociales y las comunidades participen en la construcción del modelo de atención y gestión de la salud aportando sus conocimientos, experiencias y trabajo para realizar, por medio de aproximaciones sucesivas, los programas y actividades a desarrollar, además de ser la base para el desarrollo de mecanismos de inspección vigilancia y control a los diferentes actores del sistema (Empresas Sociales del Estado, EPSI, IPS indígena, Consejo Territorial de Seguridad Social).

Investigación: Es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y posterior re conceptualización del modelo, siendo necesario priorizar algunas áreas temáticas, como las siguientes:

- Caracterización de los perfiles epidemiológicos, factores condicionantes, para definir áreas prioritarias de intervención. Esta caracterización también debe hacerse desde la medicina tradicional.
- Caracterización de las condiciones culturales y posibles metodologías de intervención.
- Desarrollo de metodologías participativas para la evaluación.
- Desarrollar un sistema de información que permita el registro de la nosología tradicional

de tal forma que en un mediano plazo se pueda evaluar integralmente la gestión de salud.

Interculturalidad¹¹⁹: Lo Intercultural se refiere a la relación entre culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a la base programática de un modelo de atención de salud entre dos o más culturas que coexisten en un espacio geográfico y clínico. Podemos pensar la interculturalidad en salud como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas. Cada día nos parece más necesario el desarrollo de una política intercultural en salud ya que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población. La biomedicina no escapa a esta regla y por ende la medicina tradicional puede permanecer como una alternativa válida para el restablecimiento del equilibrio, donde su concepto holístico del proceso salud-enfermedad la hace de mayor efectividad que la medicina occidental en algunos aspectos.

Epidemiología intercultural¹²⁰: Es la herramienta analítica que permite comprender los eventos relacionados con salud y enfermedad en poblaciones de diferentes culturas. Entendemos por Epidemiología Intercultural el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, así como el estudio que incorpora las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de un contexto o cultura particular.

Los elementos culturales de mayor importancia dentro de la perspectiva de la Interculturalidad, los cuales deben incluirse dentro de los análisis de perfil epidemiológico, son: "territorio, medicina indígena, la simbolización y el ritual, el

118. Ibid. pág.

119. Ibacache Burgos, Jaime, La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. <http://mapuche.info.scorpionshops.com>

120. Oyarce, A. Ibacache J y Neira J. 1996. Epidemiología Intercultural. Inédito

mantenimiento de un ordenamiento sociocultural y la búsqueda de relaciones interculturales y con el Estado en una posición de autonomía¹²¹.

Educación en Salud¹²²: proceso de intercambio dinámico de conceptos, conocimientos y actitudes que llevan a una formación integral tanto a nivel individual como comunitario y que de alguna manera favorece el mejoramiento de las condiciones de vida. Procesos que se desarrollan en un marco de referencia geográfica y cultural diferente según las condiciones y que por tanto debe tener estrategias diferentes de acercamiento para lograr el intercambio.

Accesibilidad: Los servicios de salud para los grupos étnicos, además de garantizar la accesibilidad económica por medio de la financiación del valor de la atención o cobertura universal del subsidio en salud, deberán garantizar la accesibilidad geográfica, cultural y lingüística, permitiendo que en el proceso de atención, de ser necesario, participen hablantes en lengua propia (traductores).

Es importante además garantizar en caso de requerirse traslado a un nivel superior de atención, que el enfermo sea acompañado y su permanencia se garantice en casas de paso o albergues para la salud indígena, en donde se le acompañe y facilite la obtención de las citas y tratamientos en el menor tiempo que permita su pronto retorno a la comunidad.

Un modelo de gestión del seguro público de salud en los territorios indígenas

Se plantean las siguientes alternativas:

1. Las ARS como administradores de recursos públicos. En este caso se trataría de ajustar

el tipo y proceso de contratación para la administración de los subsidios hacia un modelo completo de contrato de concesión (Ley 80 de 1993). El objeto sería la prestación, organización y gestión parcial (sujeta de manera exclusiva a un conjunto de servicios) del servicio público de salud para determinados segmentos de población establecidos, bajo la vigilancia y control de la entidad concedente, a cambio de una remuneración periódica¹²³.

2. Otra alternativa sería profundizar la reforma de la seguridad social en las zonas indígenas, exigiendo que las entidades promotoras de salud para los pueblos indígenas se agrupen en una sola entidad, de tal forma que administren tanto el régimen subsidiado como el contributivo en los territorios indígenas.
3. Permitir la creación de una entidad promotora de salud en cada región del país, situación que ocasionaría un número exagerado de administradoras, generando mayores costos operativos y disminuyendo los recursos para la atención directa a los enfermos.
4. Una alternativa diferente para la operación del seguro de salud en las comunidades indígenas ha sido propuesta por la Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana OPIAC y el Consejo Regional Indígena del Vaupés como una posibilidad para superar la crisis de servicios en ese departamento. Esta consiste en la creación de Unidades Administrativas de Salud Indígena "UASI" para los departamentos de la Orinoquía y Amazonia, las cuales contarían con participación de las organizaciones y autoridades indígenas y se harían cargo de la administración de la salud de acuerdo con el modelo de atención en salud

121. Consejo Regional Indígena del Cauca. Informe Final, Proyecto de Salud Indígena del Cauca., Febrero de 1998., Pág. 9. 1998

122. Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC, Propuesta de adecuación del Plan obligatorio de Salud Subsidiado para comunidades indígenas. Pág. 11. Policopiado sin fecha

123. BID, FUNDACION CORONA, FUNDACION SOCIAL, CENDEX, Pontificia Universidad Javeriana, Propuestas de ajuste a la Política del régimen Subsidiado de Salud en Colombia., Pág. 70-71., 2002

ajustado a las condiciones de la región. Las UASI serían coadministradas por el Estado y los pueblos indígenas, de manera bipartita. Durante el periodo de estudio del modelo de atención, las organizaciones, las autoridades indígenas y el gobierno nacional concertarán sobre los mecanismos y procedimientos para que éstas operen de manera efectiva en los departamentos descritos. Estas unidades funcionarán en los territorios indígenas hasta que dichos territorios tomen la condición de Entidades Territoriales Indígenas, caso en el cual la prestación del servicio de salud será de manera autónoma.

5. Otra alternativa que se puede explorar sería la de crear distritos sanitarios indígenas en zonas con determinadas características de concentración poblacional y con experiencia organizativa y de prestación de servicios de salud, como un paso hacia el desarrollo de las entidades territoriales Indígenas.

Un cambio de esta naturaleza requiere de voluntad política y ajustes normativos en los criterios de funcionamiento del seguro público de salud, de tal forma que en la operación del sistema, los pueblos indígenas puedan ser responsables de la atención en salud como lo ordena la Ley 21 de 1990.

Conclusiones

- La unificación de los recursos del plan de atención básica y del régimen subsidiado en salud y su ejecución a través de una sola entidad, es uno de los puntos nodales para mejorar la disponibilidad, el acceso y la adecuación sociocultural de servicios de salud.
- El financiamiento de los servicios de salud en la actualidad para la población indígena se hace en su mayor proporción por el régimen subsidiado de salud, o subsidio a la demanda. Sin embargo, esto ha generado segmentación

de los recursos en diferentes administradoras, las cuales, en muchos casos, contratan el primer nivel de atención ambulatorio por capitación con su propia red de atención y a los hospitales públicos se les contrata por actividad las acciones intramurales. Tal fraccionamiento de la atención de primer nivel es altamente inconveniente e imposibilita el desarrollo integral de la atención primaria en salud en las zonas indígenas y peor aún en las zonas de población dispersa.

- La división de los servicios de salud en individuales (atención a la enfermedad) y colectivos (promoción y prevención), junto con la dispersión de recursos de asistencia social para la atención de los niños, las madres y la población de tercera edad, hacen que se atomice la ejecución de una buena parte de la política social, se eleven los costos y sea menor el impacto en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los grupos étnicos.
- La ley 100 de 1993, si bien ha logrado avances importantes en cobertura y utilización de los servicios de salud, ha centrado el énfasis de la actuación en la atención de la enfermedad, entendida como un servicio de consumo individual cuyo riesgo económico se protege por la vía del aseguramiento. Esto ha producido en Colombia una confusión entre el derecho a la salud y los derechos contractuales establecidos entre agentes que se encuentran en el mercado de seguros y servicios curativos. Por esto es necesario dar pasos en firme bajo la concepción de la salud como bien público, como derecho humano esencial, deber del Estado y responsabilidad social¹²⁴. Por lo anterior, se hace necesario la articulación de los planes de beneficios, sus fuentes de financiación y la responsabilidad de los equipos de salud sobre espacios-

124. Carta de los Exministros de Salud de Colombia, Julio de 2004

población definidos para garantizar el acceso de las personas al sistema de atención sin distinciones del plan de beneficios y la entidad administradora a la que se encuentre afiliado.

- Las acciones del plan de atención básica aumentan la dispersión de los recursos ya que son los municipios y departamentos los encargados de su planeación y ejecución. Por lo tanto en muchas zonas, cuando estas acciones se realizan en las comunidades, los equipos de salud son diferentes, aumentando el costo por los desplazamientos.
- El análisis de la gestión financiera del sistema de salud para los grupos étnicos es de gran importancia ya que los costos ocasionados por la baja densidad poblacional, la dispersión geográfica, la adecuación sociocultural, al parecer no son compatibles con el modelo de financiamiento de subsidio a la demanda en el primer nivel de atención tal como lo recomienda Fedesalud: "un Sistema de Aseguramiento exclusivamente para los niveles de atención superiores y una

asignación de recursos de oferta para el financiamiento hospitalario que compense lo no financiable vía demanda de servicios y una asignación de recursos vía oferta para los servicios ambulatorios del primer nivel pero calculada per cápita para la población dispersa y no dispersa, que administraría directamente el DASV o la IPS"¹²⁵.

En el escenario de la protección social es importante estudiar las posibilidades de avanzar en la construcción de una Política de Protección Social Integral para los Grupos Étnicos, de tal forma que se articulen al desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida, a través de una sola institución ejecutora de la política social, tanto los recursos del aseguramiento en salud, como los recursos de los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para la protección de la mujer, los niños, la tercera edad y los programas de seguridad alimentaria, teniendo como base la experiencia de las organizaciones indígenas y sus entidades de aseguramiento en la administración del régimen subsidiado de salud.

Capítulo 4

POLÍTICA DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA GRUPOS ÉTNICOS

En este aparte del documento se presenta una aproximación teórica de lo que puede ser una política de protección social en salud para los grupos étnicos de Colombia. Para tal efecto, en la primera parte se adopta un concepto de política pública y se presentan las diferentes etapas que se surten en la elaboración de las mismas, posteriormente se caracterizan la seguridad social y la protección social planteando las diferencias existentes entre una y otra. En seguida, se enumeran las posibilidades que se presentan para que los diferentes grupos étnicos fortalezcan sus sistemas de salud tradicionales frente a la concepción del manejo social del riesgo planteada desde la protección social, junto con ello se presentan los posibles componentes de una política intercultural, así como el marco ético dentro del cual debe estructurarse, esto en concordancia con lo planteado en la primera parte de este documento.

Finalmente, se plantean a manera de hipótesis y a partir de los textos consultados los riesgos que se pueden presentar en las comunidades indígenas, como punto de partida para pensar en las diferentes estrategias de prevención, mitigación y superación de los riesgos, así como

en la dinámica de los diferentes actores para enfrentar los mismos, desde una perspectiva intercultural.

El propósito de este capítulo es plantear las diferencias existentes entre una política de seguridad social y una política de protección social y presentar las posibilidades que se derivan de esta última, en cuanto a la estructuración de una política intercultural en materia de salud para grupos étnicos.

Aproximación a las Políticas Públicas

La política pública es entendida como “el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables. (...) La política pública es la concreción del Estado en acción, en movimiento frente a la sociedad y sus problemas”¹²⁶. Dichas acciones estarán determinadas, en gran medida, por el tipo de régimen político y la forma de Estado

126. VARGAS, Alejo. “Notas sobre el Estado y las Políticas Públicas”. Almudena Editores. Bogotá, 1999. p.57

adoptados en cada país. Ello indica que los fines concretos de cada política pública en particular deberán ser acordes a los objetivos generales del tipo de Estado, al interior del cual serán formuladas. Es decir, que las respuestas a los problemas sociales siempre estarán orientadas por un marco ético, cuyo contenido depende fundamentalmente del régimen político.

El tipo de respuestas frente a una situación problemática es el resultado de procesos sociales en los cuales intervienen diferentes tipos de actores que presionan de una u otra manera para orientar los contenidos de las políticas públicas. Algunos autores, como Pierre Muller, proponen un concepto de política pública a partir de dichos procesos en los siguientes términos: "La política pública se puede entender como un proceso de mediación social, en la medida en que el objeto de cada política pública es tomar a su cargo los desajustes que se pueden presentar entre un sector y los otros sectores, o aun entre un sector y la sociedad global"¹²⁷. Dicha definición asimila el concepto de política pública a un proceso que puede ser sólo una de las alternativas para la elaboración de las mismas.

En ese sentido cabe aclarar que las políticas públicas pueden ser impuestas o concertadas, que sería el caso de regímenes democráticos e incluso podría considerarse como un requisito de validez y/o de eficacia de las mismas. Con esto lo que se quiere resaltar es que los procesos de concertación entre los gobiernos y los grupos sociales, no hacen parte como tal de la definición de las políticas públicas, pero resultan ser procesos necesarios para garantizar cierto grado de eficacia de las mismas, sobre todo en Estados democráticos y más tratándose de comunidades indígenas a quienes se ha reconocido la autonomía como derecho.

La formulación de las políticas es un proceso en el que han sido identificadas las siguientes etapas:

1. El surgimiento de un problema
2. La formación de la agenda. Esta etapa implica el pensar en cómo hacer llegar el problema a las instancias, en las cuales se adoptan las decisiones públicas.
3. La formulación o toma de decisión respecto al problema referido. En esta etapa los actores institucionales negocian o concertan con los actores sociales implicados, para finalmente adoptar una decisión que responda a una situación socialmente problemática.
4. La implementación, es decir, la materialización de la decisión adoptada.
5. La evaluación. El objetivo de esta etapa es poder establecer el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, el grado de satisfacción de los actores sociales implicados en la problemática y los efectos o impactos (incluso los imprevistos) de la política pública sobre la sociedad.

Caracterización de la Política de Salud para Grupos Étnicos

En Colombia las políticas de salud han sido formuladas desde una perspectiva económica y no siempre han consultado el interés de la población, con la consecuencia lógica de una adopción de manera autónoma por las entidades estatales, sin consultar ni concertar con la población y en particular con los grupos étnicos.

La Ley 100 implantó el Sistema General de Seguridad Social sin que los grupos étnicos fueran consultados al respecto. En dicha Ley, solamente las comunidades indígenas son incorporadas al régimen subsidiado de salud, pero sin establecer ningún tipo de disposición orientada por la necesidad de un trato diferencial en salud debido a las particularidades culturales de las mismas. Otra de las disposiciones estableció la posibilidad de que las empresas solidarias de salud de las

127. MULLER, Pierre. "Las políticas públicas". Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 2002.

comunidades indígenas se transformasen en Empresas Promotoras de Salud. Estas fueron las únicas disposiciones referidas a las comunidades indígenas.

La posición de dichas comunidades frente al nuevo Sistema de Seguridad Social, fue la de no hacer parte del mismo porque consideraban que con él habían sido vulnerados y desconocidos los derechos de los que eran titulares. Con el tiempo decidieron integrarse a ese Sistema General, mediante la creación de EPS de carácter indígena conformadas por las asociaciones de cabildos. Se trató de la incorporación a un sistema general criticado por presionar desde su interior, la incorporación de ciertos cambios en función de la diversidad cultural.

Debido a las falencias que el sistema presentaba para afiliar a la población indígena al régimen subsidiado, se empezaron a adoptar medidas fragmentadas como respuesta a problemas específicos. Dentro de esas medidas cabe mencionar la adopción de listados censales y la codificación especial para identificarlos ante la ausencia de documentos de identidad. Cabe aclarar que dichas medidas fueron formuladas de manera aislada sin que existiera un eje articulador e integral de las mismas y mucho menos se pensara en la necesidad de formular políticas interculturales de salud.

Como consecuencia de la exclusión y de la ausencia del diálogo con las comunidades, estas empezaron a presionar para que se concertara, se posibilitara y reglamentara la implantación parcial de un tratamiento diferencial en materia de salud. El resultado de esas luchas finalizó con la expedición de la Ley 691 de 2001.

Con la descripción general de lo que ha sido la salud desde la perspectiva de las políticas públicas para las comunidades indígenas, es posible concluir que en Colombia la política pública de salud para grupos étnicos ha sido formulada

de manera fragmentada, poco articulada y orientada por un marco de regulación genérica que no aborda de manera adecuada el tema de la atención diferencial. Así las cosas lo que se ha presentado es la continuidad, por lo menos desde 1993 con la Ley 100, de una política pública de salud general que ha sufrido pequeñas variaciones orientadas por la necesidad de respetar y materializar el principio constitucional de diversidad étnica y cultural. Lo anterior indica entonces que en Colombia existe, hasta el momento, un modelo de política pública incremental, es decir, se trata de la continuidad de políticas públicas anteriores a las que se incorporan pequeñas variaciones dependiendo de las demandas sociales.

A partir del año 2003 se plantea la transformación del enfoque de los sistemas de salud y se empieza a hablar de la Protección Social, cuyos planteamientos teóricos abren las puertas a un enfoque integral, participante e intercultural de la salud para los grupos étnicos. Con ello se reconoce, en primer lugar, la existencia del fenómeno de la exclusión social en salud de muchos sectores de la población colombiana y en especial de los grupos étnicos. A partir de ello surge la necesidad de caracterizar el fenómeno, identificando las causas que lo determinan, así como las situaciones concretas que evidencian la imposibilidad de acceder a los servicios de salud institucionales. Además de lo anterior se reconoce y se plantea como estrategia de acción para enfrentar la exclusión en salud la prevención y mitigación de los riesgos dentro del marco general de una política de extensión de la protección social en salud para los grupos étnicos.

Teniendo en cuenta que una política de protección social en salud busca implementar una serie de condiciones adecuadas para garantizar ciertos grados de bienestar en la población, es posible afirmar que la protección social cabe dentro de la lógica de la política social, debido a que el objetivo primordial de la

misma es el bienestar y la mejoría de las condiciones materiales de vida de la población. A pesar de que la política social ha sido asociada de manera tradicional con los Estados paternalistas que suministran de manera integral los bienes y servicios necesarios para garantizar ciertos niveles de bienestar, es importante aclarar que más recientemente se ha considerado que “el desarrollo de la política social implica no sólo una transferencia o entrega de bienes o de servicios a una población determinada, sino que contempla la *posibilidad* (y algunos añadirán : la conveniencia o incluso la necesidad) de una participación *activa* de esa población y no la mera pasividad provocada o producida por el acto de recibir esos bienes o esos servicios”¹²⁸. Esto coincide con el planteamiento de la coparticipación y la corresponsabilidad entre el Estado y las comunidades en la implementación de múltiples estrategias de protección social. Si bien las políticas sociales deben estar dirigidas a toda la población, en países como Colombia las acciones que materializan dichas políticas siempre se focalizan hacia los sectores más vulnerables y desprotegidos de la sociedad, con el objetivo de superar los problemas sociales más críticos y lograr ciertos mínimos que permitan posteriormente el diseño de políticas más generales.

A continuación se precisaran los contenidos de la Seguridad Social y de la protección social, así como las diferencias existentes entre uno y otro.

Seguridad Social

Inicialmente el sistema de seguridad social fue concebido como un subsistema de los sistemas de salud, cuyo objetivo primordial era el de “(...) proteger al trabajador, principalmente al que tiene empleo formal. Suele contemplar uno o más sistemas de prestaciones asociado con una prima pagada por el trabajador, generalmente

complementada por su empleador o el Estado”¹²⁹. Si bien estas consideraciones se presentan desde la perspectiva de la seguridad social en salud, son útiles para comprender que las prestaciones económicas y de servicios incluidas en dicho subsistema se encontraban restringidas a las personas laboralmente activas. Lo anterior pone de presente que se trataba de un esquema que no incluía a los sectores sociales desempleados o con fuentes de trabajo informal.

Debido a ese componente en el que la mayoría de la población estaba excluida, fue necesario reformular la dimensión y el alcance de la seguridad social promoviendo el acceso universal al sistema de seguridad social, con fundamento en el principio de solidaridad, según el cual, todo el conjunto social debe contribuir a la superación de las “privaciones económicas y sociales” de cualquiera de sus miembros.

Desde esta perspectiva es pertinente traer a colación la definición dada por la OIT:

“La seguridad social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales. La seguridad social tiene como objetivo proteger a todos los miembros de la sociedad frente a todas las contingencias a que se exponen a lo largo de la vida. Por ejemplo, la salud, vejez, cargas familiares, accidentes de trabajo, invalidez, muerte o desempleo, tienen que ser garantizados obligatoriamente por el Estado, siendo éste responsable de su cumplimiento, asegurando el carácter redistributivo de la riqueza con justicia social”¹³⁰

Este concepto de seguridad social reconoce la existencia de contingencias que pueden afectar a cualquier persona, independientemente de que exista o no un vínculo laboral.

128. FERNANDEZ, Oscar. “Lo social y la política social”. En: Política Social y descentralización en Costa Rica. UNICEF – Universidad de Costa Rica.

129. ROSEMBERG, Hernán; ANDERSON, Bernt. “Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe” En: Revista Panamericana de salud pública. OPS. Septiembre de 2000

130. Convenio 102

Las medidas de protección en el marco de la seguridad social son formuladas por el Estado desde una visión asistencialista, es decir, se reconoce la existencia de riesgos y las acciones se formulan o se programan para que actúen una vez se concreten las contingencias. Es decir, el Estado a través de ciertas medidas de protección actúa solamente en situaciones de crisis y por lo tanto dichas acciones solamente se orientan a combatir los efectos producidos por la concreción de ciertas contingencias.

Igualmente cabe resaltar, que la definición citada es formulada desde una perspectiva individual, es decir, la protección está dirigida a personas individualmente consideradas, omitiendo la dimensión social de algunos riesgos como los que se derivan de la adopción de medidas macroeconómicas.

De otra parte, los componentes de la seguridad social se conciben de manera fragmentada e independiente y las acciones para enfrentar la crisis son formuladas a partir de programas.

Finalmente, y de acuerdo a los planteamientos de la OIT, los principios del sistema de seguridad social son los siguientes:

- **Solidaridad.** Incluye dos obligaciones: la primera consiste en que toda la sociedad debe proteger a las personas imposibilitadas para garantizar su propio sustento y la segunda es la obligación por parte de los sectores sociales con mayores recursos de contribuir a la financiación de la seguridad social de quienes no están en capacidad de contribuir.
- **Universalidad.** Este principio indica que la seguridad social está dirigida a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación.
- **Integralidad.** La seguridad social debe abarcar el cubrimiento de todas las contingencias que puedan afectar el bienestar o la calidad de vida de las personas.
- **Subsidiariedad**

- **Participación:** plantea la necesidad de que los beneficiarios de la seguridad social se incorporen en el control, organización, gestión y fiscalización del sistema¹³¹.

Protección Social

El enfoque actual del sistema de protección social parte de dos realidades innegables en el mundo actual: la pobreza y la exclusión. Desde esa perspectiva se ha concluido que dichos fenómenos se producen debido a la concreción de eventos impredecibles que determinan la disminución de los ingresos y la afectación de la calidad de vida de un individuo, una familia o una comunidad. Lo anterior pone de presente, que la causa de dicho problema es la existencia de riesgos y el manejo insuficiente de los mismos. Por lo tanto, los sistemas de protección social plantean la necesidad de adoptar medidas de carácter social para evitar la concreción de los riesgos, mitigar sus efectos y en última instancia superarlos.

Para entender de mejor manera las dimensiones y el alcance de la protección social, es necesario tener claridad acerca de tres conceptos fundamentales para su estructuración: el riesgo, la vulnerabilidad y la exclusión social.

El riesgo es definido como “la contingencia o proximidad de un daño”¹³² o como “los eventos negativos que amenazan el ingreso y el bienestar de los hogares”¹³³. Se trata fundamentalmente de sucesos futuros e inciertos, (pueden ocurrir o no ocurrir) que al concretarse traen consecuencias negativas para el bienestar ideal de una persona, un hogar o incluso toda una comunidad. El concepto del riesgo tiene una consideración lógica en la que se recalca que la interacción de los seres humanos con el medio implica el surgimiento de circunstancias que

131. Ley 100 de 1993.

132. www.bibliojuridica.org. Junio 15 de 2004

133. HOLZMANN, Robert; JORGENSEN, Oteen. “Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá”. 2000

afectan de manera positiva o negativa la forma de vida de los primeros. Dichos riesgos pueden provenir de fenómenos naturales como avalanchas o terremotos, de medidas macroeconómicas, de la vejez, la enfermedad o del desempleo. El factor común de la concreción de los mismos son los efectos negativos que puedan tener en la estabilidad de los seres humanos.

A partir de esa consideración, el esquema de protección social propone el manejo de los riesgos de manera preventiva y con una connotación social, es decir, incorporar a todos los actores sociales y a las estrategias formales e informales en la prevención, mitigación y superación de los riesgos.

Por otra parte, pero muy relacionado con el concepto anterior, aparece la vulnerabilidad entendida como “un proceso multidimensional¹³⁴ que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas¹³⁵”. Dentro de este concepto, entran en juego todos los factores externos e internos que pueden alterar o impedir el acceso a ciertos niveles de bienestar, así como los recursos y estrategias de carácter interno para enfrentar los posibles choques.

La vulnerabilidad se concreta, entonces, en la potencialidad o probabilidad de que un individuo o grupo social pueda resultar afectado debido a la materialización de un riesgo. El nivel o la magnitud de dicha potencialidad depende de: 1) los recursos internos con los que se cuenta para contrarrestar los eventos negativos que se constituyen en amenaza para el bienestar y 2) en el manejo o utilización de los mismos con el objeto de prevenir, o, en últimas enfrentar los riesgos.

El concepto de vulnerabilidad resulta útil, en un primer momento, para entender las causas que alteran o imposibilitan el disfrute de ciertos grados de bienestar. A partir de ello, se debe pensar entonces en cómo reducir los niveles de vulnerabilidad, sobre todo desde la perspectiva de las políticas públicas para viabilizar la “existencia y posibilidad de acceso a las fuentes y derechos básicos de bienestar como, el trabajo, ingresos, tiempo libre, seguridad, patrimonio económico, ciudadanía política, *identidad cultural*, autoestima e integración social¹³⁶”, entre otros.

Desde la perspectiva de los riesgos y la vulnerabilidad de muchos sectores de la sociedad, las políticas de protección social pretenden reducir los niveles de vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales, mediante la promoción y el fortalecimiento de estrategias comunitarias para el manejo de riesgos. Esto, complementado con otro tipo de acciones provenientes de actores externos al grupo vulnerable y que actúan de manera complementaria ante el fracaso o poca efectividad de los primeros.

De otra parte, los planteamientos de la protección social tienen en cuenta y caracterizan el fenómeno de la exclusión como un concepto diferente, pero muy relacionado con la vulnerabilidad. La exclusión es entendida como “un proceso de debilitamiento de los vínculos sociales que unen al individuo con la comunidad y la sociedad, dificultando o anulando la posibilidad de intercambio material y simbólico¹³⁷”, lo cual se concreta en la imposibilidad de acceder total o parcialmente a los componentes de la protección social, un bajo nivel de bienestar, un mayor grado de vulnerabilidad y la imposibilidad de ejercer ciertos derechos en función de niveles de bienestar aceptables¹³⁸. La definición propuesta

134. Este término es utilizado para entender que la vulnerabilidad tiene distintos grados de intensidad y puede afectar a múltiples actores.

135. BUSSO, Gustavo. “Vulnerabilidad Social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI”. Naciones Unidas. Seminario Internacional: Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 2001.

136. *Ibidem*. p. 9

137. *Ibidem*. p. 18

138. Cabe aclarar que el indicador de pobreza no es un indicador de la exclusión, ya que el mismo, mide el nivel de ingresos de una persona o una familia, pero no genera de manera necesaria la exclusión social. Un ejemplo claro de ello podría ser el de las personas beneficiarias del régimen subsidiado en Colombia.

anteriormente es la relativa a la exclusión social en términos generales.

Si bien el esquema teórico del nuevo enfoque de la protección social encuentra su punto de partida en consideraciones de índole económica, cabe aclarar que el objetivo final del mismo es poder crear y mantener las condiciones necesarias

para incluir a los excluidos y reducir los índices de pobreza garantizando un bienestar ideal que incluya aspectos como, la asistencia social, la seguridad social y el mercado laboral con el fin de construir y proteger el capital humano.

La protección social como concepto teórico se puede resumir en el siguiente cuadro:

El Concepto de Protección Social	Banco Mundial Manejo Social del Riesgo	EDIT. LUSTING N Protección Social a los Pobres	HOLZMAN y JORGENSEN Manejo Social del Riesgo
La protección social se define generalmente como aquellas medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas.	El concepto proviene de la idea que existen ciertos grupos que son vulnerables a impactos súbitos (crisis sociales, económicas, políticas, naturales, entre otras), los cuales amenazan la subsistencia de dichos grupos y ponen en peligro la manutención de los grupos que viven en estado de empobrecimiento crónico.	La protección social consiste en un conjunto de iniciativas públicas que pueden disminuir el impacto de los choques adversos en el ingreso de la población.	Definen el concepto como las intervenciones públicas para asistir a las personas hogares y comunidades en el manejo del riesgo de la mejor forma, en prestar apoyo a los pobres en situación crítica.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, CRECE, Manizales.

Para efectos de éste documento y en consideración a los análisis de la OPS y de la OIT se considera que la definición más adecuada es la planteada desde la perspectiva del manejo social del riesgo, en donde la protección social es entendida como:

“Las intervenciones públicas para: 1) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y 2) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza”¹³⁹.

También ha sido entendida en el contexto de los derechos y las garantías de los ciudadanos como:

“La garantía por parte del Estado de un derecho exigible por parte de los ciudadanos, y no como una función de tipo asistencial, que podría ser administrada con criterios discrecionales”¹⁴⁰.

El objetivo de la protección social es construir y proteger el capital humano mediante la incorporación de los hogares y las comunidades en el manejo de los riesgos que afectan su bienestar, y la consolidación de la protección social como un bien público que se consolide desde la sociedad civil y el Estado¹⁴¹. Otro de los objetivos ha sido planteado de manera concreta por el recién creado Ministerio de Protección Social, según el cual la meta es la creación y protección del capital humano¹⁴², entendido como “el aumento en la capacidad de la producción del trabajo alcanzado con mejoras en las capacidades de los trabajadores”. Esta resulta compatible con el principio que integra, unifica e interrelaciona los componentes de la protección social, tanto desde la perspectiva de los actores como de las estrategias en el manejo de riesgos.

139. HOLZMANN, Robert; JORGENSEN, Oteen. “Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá”. 2000.

140. OPS/OMS. “Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la organización panamericana de la salud y la organización internacional del trabajo. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, septiembre de 2002

141. VERGARA, Carmen Helena. “Bases de política en discapacidad”. Diapositivas. Jornada de Trabajo Nacional. Bogotá, abril de 2003.

142. PALACIO BETANCUR, Diego. “Protección Social y Competitividad”. Diapositivas. Ministerio de Protección Social. Bucaramanga, mayo de 2003

Con la incorporación del concepto anterior se adopta una visión colectiva o integral de los destinatarios de dicha protección, ya que a diferencia de lo que ocurre con los sistemas de seguridad social, las medidas se dirigen no sólo a las personas individualmente consideradas, sino también a los hogares y a las comunidades.

Las acciones de protección social son formuladas desde el Estado, la sociedad civil y el sector privado. De esta manera se incorporan al sistema estrategias formales e informales, cuyo objetivo primordial es evitar la producción de riesgos.

La protección social es formulada desde una perspectiva preventiva, en la cual se incorporan los siguientes niveles: reducción, mitigación y superación de riesgos. En cada uno de ellos se adoptan medidas formales e informales formuladas por los hogares, las comunidades y el Estado.

Debido a que la protección social se maneja desde una perspectiva preventiva, las acciones que ella implica operan en tiempos de crisis y de no crisis.

Los componentes de la protección social se conciben como un sistema único y en ese sentido las estrategias de acción son formuladas a partir de las fuentes de riesgo.

Al igual que en la seguridad social, la solidaridad opera como el eje articulador del manejo social de los riesgos pero con un contenido diferente, ya que la solidaridad es entendida como la responsabilidad con el otro y no como un simple gesto de caridad.

Los principios de la protección social son los siguientes¹⁴³:

- Adoptar una visión holística. Entender que los diferentes componentes de la protección social están interrelacionados, al igual que los actores que intervienen en el manejo social de los riesgos y que las diferentes estrategias de

prevención, mitigación y superación se articulan en torno a la idea de complementariedad.

- Equilibrar estrategias de superación, mitigación y reducción de riesgos. En el sistema de protección social se establecen tres niveles de manejo del riesgo: el primero, consiste en evitar su producción; el segundo, es el relativo a la mitigación y si en últimas estos dos niveles fracasan se procede a la superación de los efectos derivados de la materialización de las contingencias.
- Basarse en la ventaja comparativa de los actores. Este principio es formulado en consideración a que la protección social (concebida desde el manejo social de los riesgos) incorpora, de manera dinámica, a muchos actores que cuentan con herramientas de manejo del riesgo que son adecuadas o que presentan ciertas ventajas en relación con los mecanismos definidos por otros actores. En ese sentido, lo que se pretende es que tanto los hogares como las comunidades implementen sus propias estrategias del manejo del riesgo y que en el momento en que estas no funcionen entren en operación y de manera complementaria las herramientas diseñadas por otros actores. (Las comunidades indígenas pueden considerarse como actores en el manejo social de sus propios riesgos y la medicina tradicional puede ser considerada como una ventaja comparativa en el manejo de los riesgos de salud, sobre todo en el nivel de prevención).
- Hacer coincidir las intervenciones con los riesgos. Indica que en la medida en que los riesgos sean más complejos y los individuos, hogares y comunidades carezcan de mecanismos adecuados para enfrentarlos, se debe pensar en la intervención del gobierno y el apoyo de instituciones internacionales.

143. HOLZMANN, Robert; JORGENSEN, Oteen. "Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá". 2000

En Colombia el esquema de protección social ha sido comprendido desde una visión amplia e integral de la seguridad social, que pretende integrarse con la política social. En ese sentido la Ley 789 de 2002 define la protección social como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo.

Desde esa perspectiva, el nuevo sistema de protección social pretende articular los siguientes aspectos:

- Los componentes que integran la seguridad social, es decir, salud, pensiones y riesgos profesionales.
- Las acciones de las Cajas de Compensación Familiar: subsidio familiar en dinero, programas de microcrédito, subsidio al desempleo, jardines sociales, vivienda de interés social y mercadeo social.
- Las responsabilidades del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en materia de asistencia y protección integral al menor, la mujer, la familia y la tercera edad.
- Los servicios sociales complementarios

El planteamiento anterior fue ratificado por el entonces Viceministro de Salud y Bienestar Juan Gonzalo López Casas, en los siguientes términos: “lo que planteamos nosotros desde el Sistema de Protección Social es muchísimo más amplio que el Sistema General de Seguridad Social en Salud o que un Sistema de Seguridad Social” El concepto abarcaría entonces todo lo relacionado con salud, bienestar y trabajo. (...) No nos queremos centrar solamente en pensiones, en riesgos profesionales, en salud; queremos centrarnos también en lo que tiene que ver con empleo, con el SENA, con el ICBF. Tenemos que pensar muy bien cómo articular todos los

elementos del sistema que hoy por hoy intervienen la unidad familiar en forma coordinada y armónica, para que tengan el máximo de beneficios en términos de salud, educación y en términos de vivienda; esa es la propuesta de trabajo y creo que rebasa en mucho al de seguridad social”¹⁴⁴.

Lo anterior evidencia que el objetivo primordial del sistema integral de protección social planteado desde el Ministerio, radica en evitar la pérdida de bienestar de los grupos sociales más vulnerables. En ese sentido las declaraciones del Viceministro dejan ver la necesidad de avanzar en la realización de una política social de carácter interinstitucional y transdisciplinaria orientada en ese sentido.

Protección Social en Salud

Uno de los componentes de la protección social es la protección social en salud. Este componente se estructura, al igual que la teoría general de la protección social, a partir del fenómeno de la exclusión en salud, la vulnerabilidad y la pobreza.

La exclusión para este componente específico ha sido definida como: “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan”¹⁴⁵. Dicho fenómeno, según la OPS, ha estado determinado por los siguientes aspectos: el déficit de infraestructura adecuada para proporcionar servicios de salud individual o colectiva (fundamentalmente, saneamiento básico); la imposibilidad geográfica y/o económica de acceder a los servicios de salud, así como la ausencia de modelos de atención interculturales; la ausencia de mecanismos solidarios para financiar los sistemas de salud y la autoexclusión generada

144. Periódico El Pulso, marzo de 2003. www.periodicoelpulso.com. Junio 10 de 2004.

145. OPS/OMS. “Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe”. Serie número 1. Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, 2003. p.2

por el desconocimiento e irrespeto hacia la diversidad cultural de los grupos étnicos. Los aspectos mencionados han sido identificados, de manera general como los obstáculos que han impedido el acceso de muchos sectores poblacionales a los servicios de salud institucionales. Pero, para el caso de la formulación de una política de protección social para grupos étnicos es necesario caracterizar el fenómeno de la exclusión, es decir, se requiere conocer de manera adecuada e integral el problema que se pretende atacar por medio de la extensión de la protección social en salud. Dicha caracterización debe conducir a la identificación de la población excluida, las causas que generan la imposibilidad de acceder de manera adecuada, oportuna y eficaz a los servicios de salud institucionales desde una perspectiva intercultural que involucre a los sistemas y agentes de salud comunitarios.

Además, es pertinente reiterar que la exclusión en salud no se limita al plano de las coberturas por parte de los sistemas de aseguramiento, sino que además involucra aspectos relativos a la calidad, la oportunidad y la dignidad en la atención, los cuales adquieren una especial relevancia en el marco de las particularidades culturales de los diferentes grupos étnicos. Esto pone de relieve la necesidad de adoptar e implementar acciones de discriminación positiva que complementen las estrategias de protección social desde una perspectiva intercultural y contribuyan al establecimiento de una verdadera equidad para los diferentes grupos étnicos que tradicionalmente han sido marginados y discriminados.

En Colombia estos aspectos evidencian que las reformas de salud impulsadas por los gobiernos durante la década de los años noventa no arrojaron los resultados esperados en equidad, eficiencia, provisión de servicios, sostenibilidad, costos, participación social, accesibilidad y cobertura para los grupos vulnerables y especialmente los grupos étnicos.

Los elementos anteriores ponen de presente que la estructuración o el análisis de los sistemas de protección social no se pueden limitar a la cobertura o al acceso de los grupos étnicos a los servicios de salud, sino que además se deben incorporar categorías que permitan analizar las condiciones y la calidad de los servicios prestados desde una visión intercultural. Es decir, puede que todos los grupos étnicos estén incorporados al sistema de protección social, pero que los servicios no sean los adecuados y en esa medida lo que existe es una vinculación o inclusión formal, pero no material. Esto conduce entonces a que se mantengan o incrementen los riesgos de dichos grupos poblacionales, a que las estrategias tanto informales como formales del manejo de riesgos complejos sean deficientes y al mantenimiento o aumento de los niveles de vulnerabilidad. Lo anterior indica que la ausencia de una visión intercultural en los esquemas de protección social para grupos étnicos conduce de manera inevitable al fenómeno de la exclusión en salud y a la consecuente imposibilidad de ejercer o de materializar el derecho a la salud y otros derechos que resultan indispensables para garantizar ciertos grados de bienestar.

Respecto al fenómeno de la exclusión en salud, la OPS y la OIT han manifestado su preocupación por el alto número de personas no cubiertas por las prestaciones de salud, principalmente en el sector informal urbano y rural. En algunos países la cobertura es muy limitada tanto en lo que respecta al número de personas protegidas como las contingencias cubiertas. En virtud de esta situación y de conformidad con los objetivos de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se proponen llevar adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud para la población excluida, que sean efectivas, sostenibles y basadas en la evidencia.

En ese sentido, se plantea como estrategia de acción la extensión de la protección social en salud, entendiendo ésta como:

“La garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”¹⁴⁶.

De acuerdo con este mismo texto, las condiciones para que la protección social en salud funcione como una garantía, son las siguientes:

- **Acceso a los servicios:** que exista la oferta necesaria para garantizar la prestación de los servicios de salud y que la población pueda acceder física y económicamente a ellos. Dentro de las situaciones que promueven la exclusión de los servicios de salud, debido al acceso, se encuentra la ausencia de modelos de atención basados en un enfoque intercultural.
- **Seguridad financiera del hogar:** implica que el financiamiento de los servicios de salud no amenace la estabilidad económica de las familias. Incorpora la necesidad de materializar el principio de solidaridad, entendido como la responsabilidad con el otro (sería interesante contrastar el modelo de mercado en materia de salud con la economía de subsistencia de las comunidades indígenas).
- **Dignidad en la atención:** incorpora la calidad de los servicios de salud y su prestación dentro de un marco de respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios.

Dichos principios buscan incluir a los excluidos en un Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)¹⁴⁷ en condiciones adecuadas de acceso a los servicios de salud, con el objeto de reducir las inequidades y de mejorar las condiciones de vida¹⁴⁸ de acuerdo a las características y necesidades particulares de cada grupo poblacional. Si las consideraciones anteriores son trasladadas a contextos o espacios en los que conviven grupos poblaciones con características culturales diferentes, surge la necesidad de pensar en la estructuración de esquemas o de políticas públicas de protección social intercultural en salud, como un requerimiento necesario para reducir los niveles de vulnerabilidad, garantizar ciertos grados de bienestar y terminar con la exclusión determinada por aspectos culturales. Otro punto interesante es el relativo al aprovechamiento de las ventajas comparativas que en materia de salud poseen los grupos étnicos, ya que tal principio indica la necesidad de fortalecer y aprovechar en función de los objetivos anteriormente planteados, los esquemas de salud propios de los grupos étnicos.

Si bien en materia de protección social en salud no se plantea de manera clara y explícita la teoría del manejo social del riesgo, es importante resaltar que la misma es de utilidad para efectos de construir una política intercultural de salud para grupos étnicos. Esto si se tiene en cuenta que el MSR (manejo social del riesgo) incorpora como uno de los actores responsables a las comunidades, las cuales deben actuar con estrategias informales diseñadas a partir de sus ventajas comparativas.

En este punto es pertinente aclarar que el manejo social del riesgo planteado como fundamento de la protección social no pretende responsabilizar de manera exclusiva a las comunidades en el manejo de los riesgos. Por el

146. OPS/OMS. “Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la organización panamericana de la salud y la organización internacional del trabajo. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, septiembre de 2002.

147. Sistema de Protección Social en Salud

148. *Ibidem*, p. 5

contrario, el planteamiento teórico de este sistema se estructura alrededor de lo que podría denominarse una “corresponsabilidad compartida”, lo cual significa que: “el Gobierno Nacional, los gobiernos locales, la sociedad civil, el sector privado y las personas beneficiarias, son todas partes de la política de protección social y tienen responsabilidad en ella. Los objetivos de la política sólo serán alcanzados con la participación de los actores involucrados”. Se trata fundamentalmente de que todos los actores sociales, desde sus propios esquemas organizativos y haciendo uso de los recursos y estrategias propias estén en capacidad de manejar cierto tipo de riesgos. Esto pone de presente que, los actores involucrados, así como las estrategias varían dependiendo de la complejidad de los riesgos que se presenten.

De esta manera la protección social plantea la interacción de actores y estrategias frente al manejo de los riesgos que pueden afectar distintas órbitas de la existencia y el bienestar de ciertos grupos poblacionales. Al respecto es necesario recordar que la protección social desde sus planteamientos teóricos presenta una visión universal e integral de los riesgos, desde la cual se advierte que los diferentes tipos de riesgos tienen la capacidad de incidir negativamente en muchos aspectos que componen el bienestar de un individuo, una familia o una comunidad y en ese sentido plantea la necesidad de formular acciones integrales y no fragmentadas. En ese

sentido una política de protección social debe plantearse como una política estatal y no como una política sectorial, ya que se estaría acudiendo nuevamente al esquema de la seguridad social, en el que los programas son planteados de manera fragmentada y aislada sin que exista entre ellos un mínimo nivel de articulación que pueda conducir a mejorar los niveles de vida de la población y a reducir los grados de vulnerabilidad de la misma.

En el caso de los grupos étnicos la estrategia informal de prevención, mitigación y superación de los riesgos en salud estaría integrada por la medicina tradicional, sus operadores y las redes de solidaridad y principios construidos desde sus propias cosmovisiones. En ese sentido se ha expresado que: “reviste gran importancia entender la presencia de la medicina indígena como un elemento social que presta servicios de salud, los cuales están básicamente dirigidos a controlar los factores agresivos y de riesgo teniendo en cuenta los aspectos culturales y sus necesidades sentidas”¹⁴⁹.

Los planteamientos anteriores llevan entonces a concluir que la estructuración de la política intercultural debe permitir, a través del diálogo y la concertación, fortalecer las estrategias informales de manejo de los riesgos en salud y articularlas en una perspectiva de complementariedad con las estrategias de manejo del riesgo planteadas desde la medicina alopática

	SEGURIDAD SOCIAL	PROTECCIÓN SOCIAL
Definición	La seguridad social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales	Intervenciones públicas para 1) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y 2) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza
Objetivo	Velar porque las personas que estén en la imposibilidad de obtener ingreso o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles a tal efecto recursos financieros o determinados bienes o servicios.	Proteger el capital humano Que los hogares y comunidades puedan manejar los riesgos que afectan su bienestar y enfrentar la crisis. Consolidar la protección social desde las sociedad civil y el estado
Destinatarios	Personas individualmente consideradas	Personas, hogares y comunidades
Formulador de acciones	Estado	Estado y sociedad (medidas propias e informales)
Perspectiva de las acciones	Asistencialista. Servicios y prestaciones solo en caso de crisis	Preventiva. Manejo de riesgos desde la reducción, mitigación y superación. Funcionan en tiempos de crisis y de ausencia de crisis.
Componentes	Fragmentados Se conciben a partir de programas	Sistema unificado que interrelaciona asistencia social, seguridad social y mercado laboral.
Principios	Según la OIT: 1. Solidaridad 2. Universalidad 3. Integralidad 4. Subsidiariedad 5. Participación Ley 100/93: 1. Eficiencia 2. Universalidad 3. Solidaridad 4. Integralidad 5. Unidad 6. Participación	1. Visión holística 2. Equilibrar estrategias de superación, mitigación y reducción de riesgos. 3. Basarse en la ventaja comparativa de los actores. 4. Hacer coincidir las intervenciones con los riesgos.
Componente salud	Seguridad Social en Salud:	Protección social en salud: "la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo
Salud - Principios	En Ley 100: 1. Equidad 2. Obligatoriedad 3. Protección Integral 4. Libre selección de la prestación del servicio de salud 5. Autonomía de las instituciones 6. Descentralización 7. Participación social 8. Concertación 9. Calidad	OPS/OMS: 1. Acceso a servicios de salud 2. Seguridad Financiera del Hogar 3. Dignidad en la atención

Los Grupos Étnicos y la Protección Social

En el acápite anterior se plantearon los fundamentos y orientaciones generales de la protección social en salud y la manera en que los mismos posibilitan y fundamentan la construcción de una política intercultural para grupos étnicos. A continuación se ahondará en dicho aspecto, teniendo como parámetros los establecidos por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, los pronunciamientos de la Corte Constitucional Colombiana y las elaboraciones teóricas de los organismos de control.

El problema o la dificultad social que ha generado la inquietud de formular una política intercultural en salud desde el nuevo paradigma de la protección social radica en la inconformidad de los grupos étnicos respecto a la expedición de la Ley 100 y otras disposiciones posteriores, la imposibilidad de materializar el principio de diversidad étnica desde el Sistema General de Seguridad Social, la omisión de procesos de concertación respecto a las acciones de salud y, en otras ocasiones, el incumplimiento de los acuerdos.

Debido a esas dificultades, tanto el desaparecido Ministerio de Salud como las organizaciones indígenas han coincidido en la necesidad de diseñar políticas interculturales de atención en salud. Con fundamento en esa preocupación se han implementado acciones precisas que han carecido, la mayor parte de las veces, de un hilo conductor y por consiguiente de una fundamentación coherente.

Al respecto cabe señalar que en los últimos años y debido a la ausencia de un planteamiento claro de la política y los modelos interculturales en salud se han realizado intentos que han pretendido acercar la medicina tradicional a la medicina institucional desde una perspectiva asistencialista y de asimilación. Esto ha determinado *“el grave problema que se vive en algunas comunidades indígenas, en donde la presencia de la medicina alopática se ha venido*

*convirtiendo en uno de los principales factores de riesgo, dado la poca información que existe sobre la forma correcta de utilizarlas y sobre los posibles efectos secundarios. Esto ha conllevado a la automedicación y al expendio indiscriminado de drogas”*¹⁵⁰. Lo anterior evidencia que la inadecuada formulación de una política de protección social en salud para grupos étnicos puede llegar a convertirse en un nuevo factor generador de riesgos, que de manera alguna estaría en capacidad de garantizar el ejercicio del derecho a la identidad cultural como un elemento necesario para lograr ciertos grados de bienestar en un contexto intercultural. Lo que se plantea es que la ausencia de un enfoque intercultural de la protección social en salud, atenta contra la identidad cultural de los grupos étnicos y en consecuencia estaría en peligro el bienestar y la subsistencia de los mismos, entendidos como grupos poblacionales con características culturales diferentes.

Teóricamente los planteamientos de la Protección Social responden de manera adecuada a los requerimientos de los grupos étnicos, ya que:

- Permite, a través del fortalecimiento de las estrategias comunitarias de manejo de riesgos en salud, involucrar a las comunidades indígenas en el sistema.
- Promueve el respeto y fortalecimiento de la diversidad étnica a través de las prácticas médicas tradicionales.
- Plantea la interacción y complementariedad de las diversas estrategias del manejo de riesgos en salud, así como de los actores que en ella se involucran.
- El prerrequisito para lograr esa complementariedad es el diálogo social, lo que se traduce en la concertación como requisito

150. Ibidem. p.14

de validez y eficacia para la formulación de la política pública de protección social.

- Reconoce que los contenidos y el alcance de la salud y el bienestar dependen de los factores y construcciones sociales propias de cada grupo étnico.
- Abre las puertas al diseño de modelos interculturales de salud (acordes a los riesgos, los niveles de vulnerabilidad frente a los mismos y a las concepciones culturales que cada comunidad posea). Esto lleva a pensar en la creación de espacios de diálogo y de encuentro entre la medicina tradicional y la medicina institucional.

A partir de lo anterior es posible decir que los componentes de una política de protección social en salud para grupos étnicos, estructurados alrededor de la concertación, pueden concretarse en:

- Fortalecer la medicina tradicional de los grupos étnicos, entendida como un mecanismo adecuado para manejar ciertos riesgos en materia de salud.
- Generar espacios de articulación, desde una perspectiva de complementariedad entre la medicina tradicional y la medicina institucional.

Por otra parte, el marco ético que debe orientar la formulación de dicha política y que a su vez sirve como referente para realizar una evaluación posterior de la misma, debe estar integrado por los principios de la Constitución Política, los derechos contenidos en el Convenio 169, los referentes jurisprudenciales de la Corte Constitucional y los principios adoptados en el I taller hemisférico sobre salud de los pueblos indígenas.

- Convenio 169. Plantea como una obligación de los Estados proporcionar a las comunidades indígenas servicios de salud adecuados o

implementar los mecanismos para que los mismos asuman la responsabilidad de organizar y prestar los servicios de salud.

- Corte Constitucional. Al respecto es importante rescatar los pronunciamientos jurisprudenciales que definen el alcance, los contenidos y las implicaciones de la diversidad étnica y cultural como principio constitucional. En materia de salud, debe tenerse en cuenta que dicha corporación ha considerado que los componentes sobre los cuales debe estructurarse una política pública de salud son: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. El principio de disponibilidad pone de presente la necesidad de contar con la infraestructura necesaria para prestar los servicios de salud; la accesibilidad indica que los servicios de salud deben estar al alcance de todas las personas sin ningún tipo de discriminación e independientemente de la capacidad de pago, también incluye el acceso a la información relativa a los sistemas de salud; la aceptabilidad se concreta en el respeto por la diversidad étnica y cultural; finalmente, el principio de calidad indica que los bienes y servicios de salud sean apropiados. Dichos principios resultan aplicables para las estrategias institucionales del manejo de los riesgos en salud, frente a la insuficiencia o incapacidad de las estrategias comunitarias de acción. Pero es necesario tener en cuenta que se trata de principios adicionales y complementarios a los principios de una política intercultural de protección social en salud.

- Constitución Política: el principio de la diversidad étnica y cultural conjugada con los derechos a la seguridad social, la salud y un medio ambiente sano.

- I Taller Hemisférico sobre salud de los Pueblos Indígenas. En esta reunión se adoptaron los siguientes principios: 1) enfoque integral

de la salud; 2) derecho a la autodeterminación de los pueblos; 3) respeto y revitalización de las culturas indígenas; 4) reciprocidad en las relaciones; y 5) derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

Cabe aclarar que en este aparte se han tratado de definir los marcos generales que deben orientar el proceso de formulación de una política de protección social en salud para grupos étnicos. Los aspectos relativos a la formulación de objetivos, la adopción de decisiones y las líneas de acción a seguir deben ser resultado del proceso de concertación entre los diferentes actores. Esto último planteado como un requisito de validez y eficacia de los lineamientos políticos que eventualmente lleguen a formularse.

La Defensoría del Pueblo, a partir del análisis de los pronunciamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional y de las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha considerado que los objetivos de una política de salud son los siguientes: “la reducción de la pobreza y la reducción de las prácticas y medidas discriminatorias”¹⁵¹. Dichos planteamientos coinciden con los objetivos planteados desde los esquemas generales de la protección social, pero no resultan lo suficientemente útiles para una política dirigida a los grupos étnicos, ya que de manera tácita estarían siendo incluidos dentro de un grupo general que sería el de los pobres. En ese sentido es necesario insistir en el reconocimiento efectivo de los grupos étnicos (como grupos con características culturales diferentes) como un prerrequisito para poder formular una política de protección social.

Los Riesgos de las Comunidades Indígenas

Un componente fundamental dentro de lo que podría ser una política de protección social para los

grupos étnicos radica en la identificación de los riesgos a los cuales están expuestos dichos grupos poblacionales, para de esa manera posibilitar la identificación y caracterización de las estrategias comunitarias e institucionales de prevención, mitigación y superación de riesgos. Si bien existen diferentes metodologías para identificar los riesgos y medir los niveles de vulnerabilidad, en éste acápite se formularan a manera de hipótesis los riesgos que a nivel general deben enfrentar las diferentes comunidades indígenas.

El Centro de Estudios regionales, cafeteros y empresariales (CRECE) formuló, con base en la matriz de riesgos de Holzmann y Jorgensen, una matriz de riesgos para Colombia, en la cual fueron incorporados los diferentes tipos de riesgos, dependiendo de la fuente productora. En ese sentido, la matriz incluye los riesgos relacionados con la salud, el ciclo vital, los riesgos sociales y los riesgos económicos y excluye las fuentes políticas, así como las naturales y ambientales de riesgos.

Con el objeto de plantear los posibles riesgos de los grupos étnicos colombianos se adopta como punto de partida la matriz elaborada por CRECE para Colombia, incorporando algunos componentes que las comunidades indígenas han identificado como riesgos.

Cabe aclarar que en el siguiente cuadro se enumeran los riesgos, sin tener en cuenta el nivel de covarianza establecido en las matrices mencionadas anteriormente, en donde dicho nivel determina la manera en que están correlacionados los riesgos entre los individuos, tomando como parámetro tres niveles: uno individual en el que son agrupados los riesgos que afectan a los individuos de manera particular; el segundo, referido a los riesgos que afectan a los hogares y las comunidades al mismo tiempo y en el tercer nivel se agrupan los riesgos que afectan de manera simultánea a varias regiones.

En ese sentido el nivel de covarianza se mueve fundamentalmente en dos dimensiones una individual y otra colectiva. En el caso de las comunidades indígenas es importante recordar que dicha distinción no se presenta, puesto que las mismas son consideradas sujetos de derecho de carácter colectivo, en donde se hace abstracción de lo individual con fundamento en consideraciones culturales. Por esta razón se

omite el manejo del nivel de covarianza en el siguiente cuadro.

Otra aclaración pertinente es que los riesgos cambian de una comunidad a otra y para efectos de la formulación de una política de protección social es necesario identificar los riesgos y los niveles de vulnerabilidad de cada uno de los grupos étnicos y de los pueblos indígenas de Colombia.

FUENTE	RIESGO	
Salud	Enfermedad Lesiones Discapacidad	Ruptura del equilibrio y la armonía
Sistema de Seguridad Social	Segmentación Incorporación inadecuada de la medicina institucional en las comunidades Mercantilización de la salud Inadecuado enfoque de la interculturalidad en materia de salud	
Ciclo vital	Nacimiento Infancia y juventud Ancianidad Muerte	
Sociales	Conflicto armado interno Discriminación racial Cambios culturales	
Económicas	Daño en las cosechas Cambios radicales de las economías de subsistencia	
Ambientales	Saneamiento básico deficiente Explotación indiscriminada e inconsulta de recursos naturales Fumigación de cultivos de uso ilícito	

En cuanto a los riesgos relacionados con la salud, la matriz original identifica la enfermedad, las lesiones y la discapacidad. Para el caso de las comunidades indígenas sería necesario hablar solamente de la categoría enfermedad entendida como la ruptura del equilibrio o la armonía como consecuencia de la quebrantamiento de las leyes dejadas por los ancestros, como se aclaró en un capítulo anterior. El riesgo, entonces, se concretaría en la ruptura del equilibrio y sus efectos tanto individuales como colectivos.

En lo relativo a los riesgos derivados del sistema de seguridad social se plantean los siguientes:

- La segmentación: “es la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestaciones, generalmente compartimentalizados, que cubren diversos segmentos de la población, por lo general determinado por su nivel de ingreso o su capacidad para contribuir”¹⁵². El riesgo en este caso se concreta en la diferenciación de los paquetes de salud o los contenidos de los planes de beneficios para los subsistemas privados y los subsistemas públicos, lo cual determina que la población con bajos niveles de ingresos haga parte del subsistema público y en consecuencia goce de un paquete de servicios básico diferente

152. OPS/OMS. “Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la organización panamericana de la salud y la organización internacional del trabajo. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, septiembre de 2002. p. 7

al que se maneja en los subsistemas privados. En ese sentido el derecho a la salud depende del nivel de ingresos. En Colombia existe dicho grado de segmentación y los grupos étnicos han sido incluidos dentro del subsistema público destinado a los grupos poblacionales con menores niveles de ingreso y con altos grado de vulnerabilidad, descartando cualquier consideración relativa a sus particularidades culturales y en especial en el tema de salud.

- Incorporación inadecuada de la medicina institucional en las comunidades indígenas. En algunas comunidades se han adelantado acciones concretas y aisladas para articular la medicina institucional y la medicina tradicional de las comunidades indígenas, desde una visión asistencialista que ha conducido a que la primera se constituya en un nuevo factor de riesgo para la salud y el bienestar de dichas comunidades. Generando situaciones como la automedicación y el expendio indiscriminado de drogas
- La mercantilización de la salud. El riesgo se concreta en la desarticulación y desnaturalización de la medicina tradicional como eje estructural de la cultura y organización de las comunidades, transformándola en un objeto del mercado. Uno de los aspectos que ha contribuido a ello es la capacitación que han recibido los promotores de salud indígenas, ya que la misma ha “conllevado a que estos se conviertan en pequeños médicos que propician la medicalización de la salud; la competencia con los agentes de salud tradicionales y adquieren posiciones económicas y de prestigio acentuadas dentro de las comunidades”¹⁵³
- Inadecuado enfoque de la interculturalidad en materia de salud. El riesgo consiste en que los

sistemas de salud institucionales aborden la medicina tradicional y sus componentes con el objetivo de conocer y ahondar en los aspectos folklóricos de dichos sistemas, haciendo a un lado el poder real de los mismos en cuanto al manejo social de ciertos tipos de riesgo.

Dentro de los riesgos asociados al ciclo vital se identifican los relativos al nacimiento (incluye los riesgos relacionados con las etapas prenatal, natal y postnatal que pueden afectar a la madre y al hijo), la infancia y la juventud (incluye los riesgos que impiden la preparación adecuada del individuo para llegar a la edad productiva, como la desnutrición y el no poder acceder a una educación básica), la ancianidad (el no contar con recursos para garantizar la subsistencia en una edad no productiva) y la muerte (el no contar con los recursos suficientes para enfrentar las consecuencias de la muerte de un familiar, sobre todo cuando el mismo es cabeza del hogar)¹⁵⁴. Si bien los riesgos del ciclo vital afectan a todos los seres humanos, es importante indagar cual es la connotación y la magnitud de riesgos como la ancianidad y la muerte en el contexto de las comunidades indígenas, teniendo en cuenta que sus esquemas económicos y organizativos son diferentes. En esa medida sería interesante averiguar si la ancianidad y la muerte, en el contexto de las comunidades indígenas, adquieren la dimensión del riesgo.

En cuanto a los riesgos asociados al contexto social, se señala como un riesgo para las comunidades indígenas el conflicto armado interno, a través de diferentes manifestaciones como las masacres, los desplazamientos, los asesinatos selectivos, las amenazas, el fenómeno del confinamiento y la persecución de los médicos tradicionales por parte de los diferentes actores armados. Las anteriores manifestaciones del conflicto armado se constituyen en riesgos para la salud física y mental de las comunidades, la

153. Ibidem. p.14

154. Centro de Estudios Regionales, Cafeteros y Empresariales (CRECE). “Creación del sistema social de riesgo para Colombia. Informe Final”. Manizales, 2001

conservación de los recursos naturales y el mantenimiento de las economías de subsistencia. En este punto también es posible incorporar el fenómeno de la discriminación, ya que si bien dicha práctica es descartada en el ámbito jurídico y político, en la práctica se presentan acciones de discriminación en contra de los grupos étnicos, lo cual ha determinado la imposibilidad de que los mismos ejerzan sus derechos fundamentales y accedan a servicios básicos, como la salud.

Dentro de las fuentes económicas de los riesgos se ubicaron los daños en las cosechas como una situación que pone en peligro la subsistencia de las comunidades indígenas, entiendo que las mismas estructuran sus sistemas económicos alrededor de economías de subsistencia.

En lo relativo a los riesgos derivados de factores ambientales han sido identificados los siguientes:

- El saneamiento básico deficiente: el riesgo consiste en la afectación de las condiciones de vida y la salud de las comunidades y sus integrantes debido al consumo de agua no potable y el manejo inadecuado de excretas y de basuras.
- La explotación indiscriminada e inconsulta de recursos naturales: el riesgo se concreta en la disminución y eventual desaparición de los recursos naturales alrededor de los cuales se estructuran las diferentes cosmovisiones indígenas. Esto a su vez puede ser un factor determinante en la eventual desaparición de los grupos étnicos.
- Fumigación de cultivos de uso ilícito: los riesgos derivados de este aspecto se

relacionan con las alteraciones que dichas sustancias producen sobre los cultivos y los impactos ambientales que sufren los parques naturales, los cuales en muchos casos coinciden con territorios habitados por comunidades indígenas.

Conclusión

Las políticas de salud en Colombia no han considerado a los grupos étnicos como grupos poblacionales culturalmente diversos y en esa medida lo que se ha presentado es la inclusión de los mismos en grupos generales, lo cual ha implicado la invisibilización y desconocimiento del principio constitucional de la diversidad étnica y cultural. Lo que se ha logrado con el tiempo y debido a la presión de los grupos étnicos es la incorporación de pequeñas variaciones orientadas por la necesidad de un tratamiento diferencial en las políticas generales del gobierno.

La protección social y su marco conceptual del manejo social de los riesgos, evidencia de manera clara y explícita la necesidad de que los grupos étnicos participen de manera activa en el diseño y operación de la protección social en salud, desde una perspectiva de corresponsabilidad con otros actores sociales.

Si bien en este aparte se realizó un intento de caracterización general de los riesgos que afectan a las comunidades indígenas de Colombia, es necesario definir de manera particular los riesgos y los niveles de vulnerabilidad de cada grupo étnico y pueblo indígena, para efectos de formular una política de protección social adecuada y participativa.

Capítulo 5.

UNA POLÍTICA PÚBLICA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA GRUPOS ÉTNICOS

El contexto

Las dificultades que ha generado la iniciativa de formular una política intercultural en salud desde el nuevo paradigma de la protección social, radica en la inconformidad de los grupos étnicos respecto a la expedición de la Ley 100 y otras disposiciones posteriores, la imposibilidad de materializar el principio de diversidad étnica desde el Sistema General de Seguridad Social, la omisión de procesos de concertación respecto a las acciones de salud y en otras ocasiones el incumplimiento de los acuerdos. Esta problemática enunciada de manera general se concreta en las limitaciones en la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en la situación de salud de los grupos étnicos, la cual ha venido adquiriendo dimensiones complejas debido a la incidencia del conflicto armado.

Dichas limitaciones en la operación del Sistema de Seguridad Social en Salud para grupos étnicos, en especial para los pueblos indígenas, se expresan en: la dispersión y el fraccionamiento de los recursos que financian la salud de los grupos étnicos, la franquicia del aseguramiento ante la imposibilidad de que las comunidades

constituyan sus propias entidades administradoras del régimen subsidiado (esto debido al aumento de requisitos técnicos y económicos), la constitución de entidades de salud en territorios indígenas sin involucrar a las autoridades tradicionales en dichos procesos, la duplicidad de instituciones de salud al interior de los territorios indígenas, el fraccionamiento de la atención primaria y la fragmentación del plan de beneficios, entre otros.

En el marco específico de la situación de salud de los grupos étnicos se han identificado situaciones problemáticas referidas a la pérdida de los territorios, el deterioro de fuentes tradicionales de subsistencia (lo cual se traduce en la desarticulación de las economías de subsistencia), la destrucción de los recursos naturales y el deterioro del medio ambiente, los abruptos cambios culturales que han determinado la transformación de los perfiles epidemiológicos, el debilitamiento de la medicina tradicional, la pobreza y la marginalidad, los efectos de las fumigaciones de los cultivos de uso ilícito y los impactos del conflicto armado (se concretan en las alteraciones psicológicas y culturales como consecuencia de los múltiples actos de violencia

y la imposibilidad de acceder a alimentos y medicamentos).

Los Objetivos de la extensión de la protección social en salud

El desarrollo teórico de la protección social planteado en un capítulo anterior, debe permitir en relación con los grupos étnicos:

- 1) La participación activa de las comunidades en un sistema de protección social, mediante el fortalecimiento de estrategias comunitarias y culturales del manejo social de riesgos en salud.
- 2) Promover el respeto y fortalecimiento de la diversidad étnica y cultural, mediante la revitalización de las prácticas médicas tradicionales, la capacitación de los agentes comunitarios y la sensibilización de los actores institucionales de la salud.
- 3) Lograr la interacción y complementariedad de las diversas estrategias del manejo de riesgos, así como de los actores involucrados.
- 4) Incorporar el diálogo social en el diseño y estructuración de un sistema de protección social.
- 5) Reconocer los conceptos de salud, enfermedad y bienestar como conceptos dependientes de la estructura social y cultural de los grupos étnicos.
- 6) Diseñar modelos interculturales de salud (acordes a los riesgos, los niveles de vulnerabilidad frente a los mismos y a las concepciones culturales que cada comunidad posea).

El Marco Ético

El marco ético que debe orientar la formulación de dicha política y que a su vez sirve como referente para realizar una evaluación posterior

de la misma, debe estar integrado por los principios constitucionales, los derechos contenidos en el Convenio 169, los referentes jurisprudenciales de la Corte Constitucional y los principios adoptados en el I taller hemisférico sobre salud de los pueblos indígenas.

- Convenio 169. Plantea como una obligación de los Estados proporcionar a las comunidades indígenas servicios de salud adecuados o implementar los mecanismos para que los mismos asuman la responsabilidad de organizar y prestar los servicios de salud.
- Corte Constitucional. Al respecto es importante rescatar los pronunciamientos jurisprudenciales que definen el alcance, los contenidos y las implicaciones de la diversidad étnica y cultural como principio constitucional. En materia de salud, debe tenerse en cuenta que dicha corporación ha considerado que los componentes sobre los cuales debe estructurarse una política pública de salud son: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. El principio de disponibilidad pone de presente la necesidad de contar con la infraestructura necesaria para prestar los servicios de salud; la accesibilidad indica que los servicios de salud deben estar al alcance de todas las personas sin ningún tipo de discriminación e independientemente de la capacidad de pago, también incluye el acceso a la información relativa a los sistemas de salud; la aceptabilidad se concreta en el respeto por la diversidad étnica y cultural; finalmente, el principio de calidad indica que los bienes y servicios de salud sean apropiados. Dichos principios resultan aplicables para las estrategias institucionales del manejo de los riesgos en salud, frente a la insuficiencia o incapacidad de las estrategias comunitarias de acción. Pero es necesario tener en cuenta que se trata de principios adicionales y complementarios a los principios de una política intercultural de protección social en salud.

- Constitución Política: el principio de la diversidad étnica y cultural conjugado con los derechos a la seguridad social, la salud y un medio ambiente sano.
- I Taller Hemisférico sobre salud de los Pueblos Indígenas. En esta reunión se adoptaron los siguientes principios: 1) enfoque integral de la salud; 2) derecho a la autodeterminación de los pueblos; 3) respeto y revitalización de las culturas indígenas; 4) reciprocidad en las relaciones; y 5) derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

La Defensoría del Pueblo, a partir del análisis de los pronunciamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional y de las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha considerado que los objetivos de una política de salud son los siguientes: “la reducción de la pobreza y la reducción de las prácticas y medidas discriminatorias”¹⁵⁵. Dichos planteamientos coinciden con los objetivos planteados desde los esquemas generales de la protección social, pero no resultan lo suficientemente útiles para una política dirigida a los grupos étnicos, ya que de manera tácita estarían siendo incluidos dentro de un grupo general que sería el de los pobres. En ese sentido es necesario insistir en el reconocimiento efectivo de los grupos étnicos (como grupos con características culturales diferentes) como un prerequisite para poder formular una política de protección social.

Componentes de la Política de Protección Social

De acuerdo a los planteamientos esgrimidos en los capítulos anteriores y una vez identificada la problemática de los grupos étnicos tanto en materia de salud como frente al sistema de seguridad social, así como las alternativas de solución es posible formular a manera de sugerencia los posibles componentes de una política de protección social en salud. Dichos

componentes se formularan sobre la base de dos ejes: el primero, referido a una readecuación normativa, que resulta necesaria en orden a formalizar la política mencionada y el segundo, es el relativo a la prestación de los servicios de salud para los grupos étnicos.

La readecuación normativa

La reformulación de la legislación hacia la implantación de una política de extensión de la protección social en salud para los grupos étnicos debería pensarse en función de los siguientes aspectos, los cuales en principio recogen las inquietudes y preocupaciones de los diferentes grupos étnicos:

- Una atención diferencial: este aspecto reitera el principio constitucional de diversidad étnica y cultural y plantea a su vez la necesidad de un tratamiento especial y diferencial orientado a posibilitar la pervivencia y fortalecimiento de los grupos étnicos y de sus correspondientes culturas.
- Adoptar como marco general una política social que incluya no sólo los aspectos directamente relacionados con la situación de salud de los grupos étnicos, sino que además aborde otro tipo de temáticas que desde una visión intercultural resultan fundamentales para lograr los niveles de bienestar planteados desde los ámbitos comunitarios. En ese sentido, la protección social en salud en el ámbito de una política social debe orientarse a mejorar la calidad de vida de los grupos étnicos partiendo de las concepciones sociales y culturales de cada uno de ellos.
- Incorporar como eje articulador de un posible sistema de protección social en salud para grupos étnicos el manejo social de los riesgos y el reconocimiento y posterior fortalecimiento

155. GÓMEZ MENDEZ, María Paula. “El marco normativo del derecho a la salud en Colombia”. Defensoría del Pueblo. Bogotá, 2003. p.28

de las estrategias comunitarias desde una perspectiva de prevención, mitigación y superación.

- Diseñar y estructurar las normas de protección social en salud para grupos étnicos en función de los principios constitucionales que reconocen los derechos de los grupos étnicos.
- Asegurar los recursos necesarios para financiar y garantizar la prestación de los servicios de salud a los grupos étnicos de manera adecuada, oportuna y eficaz en los espacios institucionales y comunitarios, entendidos en el marco de la protección social.
- Reconocer de manera explícita y particular a los diferentes grupos étnicos en los programas de salud, lo que supone la inclusión de los ROM, los raizales, los afrocolombianos y los pueblos indígenas.
- Incorporar o adoptar una visión integral del concepto de salud que incluya las percepciones de los diferentes grupos étnicos y que oriente la ejecución y articulación de las estrategias institucionales y comunitarias del manejo de los riesgos en salud.
- Entender la salud como un derecho humano universal e integral, cuya materialización posibilita el ejercicio de los otros derechos humanos.
- Otro de los ejes que debe orientar la formulación de la política mencionada es el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud y en el acceso a los servicios de salud institucionales. Esto debe orientarse a erradicar la discriminación y justificar desde el punto de vista legislativo la incorporación de modelos interculturales de salud.
- Incorporar el tema de la territorialidad, como un aspecto fundamental para estructurar o construir de manera conjunta con las comunidades unos mínimos de bienestar.
- El reconocimiento de los grupos étnicos como sujetos de derechos individuales y colectivos, lo cual transforma de manera absoluta el abordaje del derecho a la salud.
- El reconocimiento de la jurisdicción especial indígena.
- El reconocimiento de la consulta como un derecho para todos los grupos étnicos. Esto en consideración a que cada uno de ellos posee necesidades y consideraciones diferentes alrededor de la salud y si se quiere partir de la reafirmación del principio de diversidad étnica y cultura, resulta imprescindible consultar y concertar de manera particular con cada uno de ellos las acciones de salud que se pretendan implementar.
- Entendimiento intercultural. Los planteamientos hechos desde la protección social involucran la interacción de los diferentes actores sociales y de las estrategias del manejo de los riesgos. Esa interacción y complementariedad supone, desde la perspectiva de los grupos étnicos, un entendimiento e intercambio intercultural que se fundamenta en las especiales características de los mismos y que además son reconocidas y protegidas desde el ámbito constitucional.
- Utilizar la descentralización como un mecanismo para que los grupos étnicos participen de manera efectiva y directa en el diseño e implementación de los programas de salud.

Lineamientos para la prestación de servicios de salud

- *Sistemas de información.* Introducir las variables relativas a la etnicidad en los registros y sistemas de información del Ministerio de Protección Social relativos al tema de salud, al

igual que en los sistemas de información de otros sectores que tienen impactos en la salud y, en general, en todos los sistemas de información, como requisito básico de un Estado que reconoce la diversidad étnica y cultural de la nación. Para esto es necesario concertar con los grupos étnicos la definición conceptual y operativa de los términos indígena, afro colombiano, raizal y gitano (ROM).

- *Tratamiento diferenciado.* El tratamiento diferenciado y culturalmente adecuado es el principio fundamental para el fortalecimiento de la etnicidad y el ejercicio real de los derechos reconocidos a los grupos étnicos en el ordenamiento jurídico. El objetivo es adquirir conciencia de las diferencias y las desventajas actuales de los grupos étnicos, para desarrollar programas que conlleven hacia la equidad y a la Interculturalidad como base de una nación que se reconoce pluriétnica y multicultural. Dicho tratamiento es de especial relevancia para la extensión de los programas de salud, ya que de no adoptarse como principio orientador puede desencadenar la ruptura y el fraccionamiento de las culturas particulares.
- *Contrarrestar la discriminación.* El fenómeno de la discriminación que afecta a los grupos étnicos, debe ser reconocido y asumido por el Estado en aras de proporcionar a dichos grupos humanos condiciones de equidad en el marco de la protección social y de los derechos preferentes que les han sido legalmente reconocidos. Lo más importante en este aspecto radica en caracterizar e identificar la incidencia de la discriminación en el acceso y la prestación de los servicios de salud a los grupos étnicos.
- *Fortalecimiento cultural y de la Medicina tradicional.* Fortalecer la medicina tradicional, no sólo como terapia alternativa para problemas de salud sino, ante todo, como enfoque cultural integral para el bienestar per-

sonal y comunitario a partir de la conservación del equilibrio o armonía entre la comunidad y la naturaleza. Adicionalmente debe ser entendida como un mecanismo adecuado para manejar ciertos riesgos en materia de salud y debe comprender los lazos de solidaridad y demás prácticas sociales que contribuyan a reducir los niveles de vulnerabilidad y a prevenir la producción de riesgos. En este aspecto se deben incorporar los programas de formación en etnolingüística y la formación de recursos humanos, especialmente de los propios grupos étnicos. Por otra parte y de acuerdo a múltiples estudios que han desarrollado el tema de la interculturalidad, el ámbito de la medicina tradicional dentro de un sistema de protección social podría darse en el contexto de la atención primaria en salud para grupos étnicos y desde la perspectiva de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Generar los mecanismos y utilizar los espacios existentes a nivel local para que los diferentes grupos étnicos participen en el diseño de las estrategias de un sistema de protección social capaz de enfrentar los riesgos en salud desde una perspectiva intercultural.
- Incluir intérpretes en la prestación de los servicios de salud institucionales para grupos étnicos. Esto como un mecanismo para facilitar el acceso efectivo de dicha población y en especial de los pueblos indígenas al sistema de salud.
- Hacer efectivas las relaciones interculturales mediante:
 - a) La formación de recursos humanos comunitarios en lo relativo a la estructura y la prestación de los servicios de salud en ámbitos institucionales. El objetivo es que además de conocer la medicina tradicional también entiendan la manera como funciona la medicina científica, de manera que puedan ser

punto de interlocución entre ambos enfoques y apoyen a sus comunidades para que sepan cuándo acudir a una u otra alternativa médica

- b) La formación de recursos humanos institucionales en cuanto a la estructura y lógica de la medicina tradicional al interior de las diferentes comunidades. Esto posibilita la adecuación de diagnósticos, prácticas y actitudes en orden a la erradicación de la discriminación de los grupos étnicos y de sus prácticas médicas
 - c) La sensibilización a funcionarios públicos y personal de la salud institucional, respecto al principio de diversidad étnica y cultural, la valoración de los diferentes grupos étnicos y a la necesidad de un tratamiento diferencial respecto a los mismos.
 - d) La realización de investigaciones que permitan comprender de manera integral las concepciones salud – enfermedad de los grupos étnicos, así como los principios y las lógicas que soportan a las medicinas tradicionales.
 - Proporcionar una atención integral que involucre aspectos orgánicos y anímicos y en donde participen de manera complementaria los diferentes agentes de salud.
 - Implementar de manera conjunta con los grupos étnicos programas de saneamiento ambiental, así como de mejoramiento y conservación del medio ambiente. Este aspecto resulta particularmente relevante si se tiene en cuenta la estrecha relación entre el bienestar, la salud y el entorno que manejan particularmente las comunidades indígenas. En ese sentido es importante apoyar los planes de vida indígena y los planes de desarrollo de las comunidades negras y además promover la reflexión colectiva sobre los conocimientos, recursos propios y normas de las culturas para garantizar la higiene y cuidado de la salud personal y comunitaria. El descuido en estas materias no es producto de la cultura tradicional sino de su debilitamiento y de la pobreza económica.
- Adelantar procesos de educación y comunicación en materia de salud para grupos étnicos. Se trata de adelantar programas etnoeducativos para afrontar los cambios estructurales (económicos, sociales, culturales, políticos) que corresponden a las dinámicas de la vida contemporánea. Esto debe complementarse con la utilización de los medios masivos de comunicación.
 - En lo que tiene que ver con los problemas que ha generado en conflicto armado a los grupos étnicos sería importante pensar en:
 - 1) La sustitución de cultivos de uso ilícito. Comprometer las comunidades en la implementación de programas de erradicación manual y sustitución de cultivos de uso ilícito.
 - 2) Fortalecimiento de la resistencia y autonomía ante los actores armados. Contribuir a fortalecer la resistencia y la autonomía de los grupos étnicos frente a los grupos armados, evitando que la acción de la fuerza pública las ponga en mayores riesgos o vulneren sus derechos humanos. Esto debe incorporar estrategias que garanticen la seguridad alimentaria y la autosuficiencia en salud, para enfrentar situaciones de confinamiento en el territorio.
 - Unificar la administración y ejecución de los recursos del PAB y del régimen subsidiado.
 - Unificar la atención primaria en salud, involucrando de manera efectiva a los grupos étnicos y sus agentes de salud comunitarios.
 - Unificar los servicios individuales y colectivos, e
 - Incorporar y realizar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud desde una perspectiva intercultural.

Anexo No. 1

NORMATIVIDAD LEGAL

A continuación se relacionan las principales normas relacionadas con los grupos étnicos, presentadas de manera cronológica desde el año 1967 hasta la fecha, no teniendo otro objetivo que mostrar el proceso de producción de normas, como proceso de reglamentación de otras de nivel superior, o como respuesta a las presiones desarrolladas por las comunidades.

1. La ley 31 de 1967

Por medio de esta ley se aprobó el Convenio Internacional del Trabajo, relativo a la protección e integración de las poblaciones indígenas y tribales en países independientes aprobado por la 40 reunión de la Conferencia General de la OIT en Ginebra de 1957. En el convenio se abordan temas relacionados con la aplicación del Sistema de Seguridad Social para poblaciones indígenas. “Los sistemas existentes de seguridad social se deberán extender progresivamente cuando sea factible... a) A las personas pertenecientes a dichas poblaciones”,... Buscando que 1) Los gobiernos asumirán la responsabilidad de poner servicios de sanidad adecuados a disposición de las poblaciones en cuestión. 2) La organización de estos servicios se basará en el estudio sistemático de las condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones interesadas. 3) El desarrollo de tales servicios estará coordinado con la aplicación de medidas generales de fomento social, económico y cultural”.

2. Ley 74 de 1968

Por medio de esta ley se ratifica el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la asamblea General de la ONU en diciembre de 1966 y consagra en su artículo 27 que : ...“En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma”. Además, en su Art. 11 establece “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para si y su familia, *incluso* alimentación, vestido y vivienda adecuados y a una mejora continua de sus condiciones de existencia”. El Comité de DESC aclara el término incluso, anotando que debe entenderse que también es condición indispensable para la realización de este derecho el poder contar con servicios de saneamiento básico y con agua potable, como requisito fundamental para el goce de un estado de bienestar y un nivel de vida digna.

3. Ley 16 de 1972

Por medio de esta ley se aprobó la “Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica”, firmado el 22 de noviembre de 1969 y que establece en su artículo

10 que “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegido por la sociedad y el Estado”. El Estado es garante de la seguridad social para quienes integran la familia, sin distingos de “... raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social...”.¹⁵⁶

4. Ley 10 de 1990

Mediante esta ley se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, teniendo como principios fundamentales los siguientes: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional. A pesar de que dicha ley fue derogada en parte por la ley 100 de 1993, esta establecía que el servicio de salud en todos los niveles era un servicio público a cargo de la nación, gratuito por demás en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional, anotando que “su cobertura se extendía sin discriminación alguna a sectores de la población como los conformados por los pueblos indígenas con asiento en los diferentes lugares del país”¹⁵⁷. Organiza la descentralización del sector salud de la siguiente manera: el primer nivel de atención es competencia de los municipios, mientras que el segundo y tercer nivel es responsabilidad de los departamentos. Frente a éste esquema el nivel central asume la dirección, vigilancia y control del sistema. La financiación de los servicios de salud se hará con los recursos propios de cada entidad territorial y con el situado fiscal para salud.

5. Ley 21 de 1991

Mediante esta ley, expedida el 4 de marzo de 1991, se aprueba en Convenio 169 sobre Pueblos indígenas y Tribales en países independientes,

adoptado en 1989 por la 76^o Reunión de la conferencia General de la OIT de Ginebra. Esta norma, después de la Ley 89 de 1990, se convierte en el instrumento más importante como garante de los derechos de los Pueblos Indígenas y otros grupos Étnicos. Allí, “se reconocen las aspiraciones de los Pueblos Indígenas a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones dentro del marco de los Estados en que viven”¹⁵⁸.

En los artículos 24 y 25 establece que “Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna”. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas, y medicamentos tradicionales.

El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. Y, que la prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

156. Art. 1^o, num. 1 de la ley 16 de 1972

157. Castillo Napoleón. Las comunidades Indígenas en Colombia y su sistema general de Seguridad Social en Salud. Procuraduría General de la Nación, Imprenta Nacional, agosto de 2003. Pág. 42

158. Morales Osorio, Gladys Eugenia: Sistematización de la experiencia normativa nacional relacionada con salud y comunidades indígenas en Colombia. Dirección departamental de salud del Cauca, Popayán, septiembre de 2002. Pág. 16

6. Ley 60 de 1993 (derogada)

Mediante esta ley se distribuyen las competencias de los municipios, los departamentos, los distritos y la nación en materia de salud, educación, agua potable, saneamiento básico y vivienda. Desarrolla el tema del situado fiscal y los ingresos corrientes de la Nación, determinando su naturaleza, forma de administración, responsables en el gasto de dichos recursos, la forma de distribuir el situado fiscal, los requisitos que deben acreditar los departamentos y distritos ante los ministerios de educación y salud para la administración de los recursos del situado fiscal y la forma de transferir los recursos a las entidades territoriales. Establece unas reglas especiales para la descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud y educación por parte de los municipios. Finalmente, organiza el tema de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, definiendo las reglas para asignar los recursos a los diferentes servicios sociales y la participación de los resguardos indígenas.

En materia de salud, las actividades de inversión de los recursos estaban destinados así: *“... pago de salarios y honorarios a médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, y cuando hubiere lugar, sus prestaciones sociales y su afiliación a la seguridad social; pago de subsidios para el acceso de la población con necesidades básicas insatisfechas a la atención en salud, acceso a medicamentos esenciales, prótesis, aparatos ortopédicos, y al sistema de seguridad social en salud; estudios de preinversión e inversión en construcción, dotación y mantenimiento de infraestructura hospitalaria a cargo del municipio y de centros y puestos de salud; vacunación, promoción de la salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental y de los consumos que constituyan factor de riesgo para la salud; financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables;*

bienestar materno infantil; alimentación escolar; y programas de la tercera edad y de las personas con deficiencias o alteraciones físicas y mentales, en cualquiera de sus modalidades de atención...”

7. Ley 100 de 1993

Por medio de esta ley, expedida el 23 de diciembre de 1993, se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. La ley reglamenta el Art. 48 de la Constitución Política, que reza que “la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad...”. Organiza los sistemas de salud contributivo y subsidiado y para comunidades indígenas. Establece que las mismas hacen parte del régimen subsidiado de salud (Art.157) y faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para autorizar como Empresas Promotoras de Salud a las Empresas Solidarias de Salud de las comunidades indígenas (Art. 181).

8. Ley 70 de 1993

El objetivo de la Ley 70 fue reconocer el derecho a la propiedad colectiva de las comunidades negras. En la primera parte establece las definiciones y los principios que se deben tener en cuenta al momento de interpretar la Ley. Luego crea el procedimiento para reconocer la propiedad colectiva de las comunidades negras, fija las reglas que deben orientar el uso de la tierra y la protección del medio ambiente y la explotación de los recursos mineros. También establece los mecanismos para la protección y el desarrollo de la identidad cultural y finalmente, organiza la planeación y el fomento del desarrollo económico y social de las comunidades negras.

En materia de salud, esta ley parte del reconocimiento y protección de la diversidad

étnica y cultural y a partir de ello adopta las siguientes disposiciones: 1) en el caso de la explotación de recursos forestales se debe dar prioridad a las propuestas de las comunidades negras y las mismas deben estar incluidas en el desarrollo de los diferentes proyectos; 2) en la explotación de los recursos mineros deben adoptarse las medidas necesarias para prevenir y controlar los deterioros ambientales que afecten la salud humana, los recursos hidrobiológicos y los recursos renovables; 3) es una obligación del Estado adoptar medidas para que las comunidades negras conozcan sus derechos y obligaciones en materia de trabajo, educación y salud; 4) el Estado debe garantizar un desarrollo económico y social acorde a los elementos culturales de las comunidades y 5) es necesario implementar los mecanismos que permitan reconocer la propiedad intelectual de las comunidades negras cuando las mismas desarrollen variedades vegetales o conocimientos con respecto al uso medicinal, alimenticio, artesanal o industrial de plantas o animales de su medio natural.

9. Ley 162 de 1994

Mediante esta ley se aprueba el Convenio sobre la diversidad biológica. Dentro del preámbulo del Convenio, los Estados partes reconocen el valor de la diversidad biológica, así como la estrecha relación de las comunidades indígenas con los recursos biológicos, entre otras consideraciones. Los objetivos del Convenio son mantener la diversidad biológica, promoviendo la utilización sostenible de sus componentes y permitiendo el acceso justo y equitativo a los beneficios que se obtengan de la explotación de los recursos genéticos. Para ello enumera una serie de acciones que los Estados deben desarrollar con el objeto de conservar los componentes de la diversidad biológica, tanto en su hábitat natural como fuera de ellos. Dentro de los primeros, plantea que los Estados partes deben, con arreglo a la legislación interna, respetar, preservar y mantener los conocimientos

y las prácticas de las comunidades indígenas que permitan la utilización sostenible de la diversidad biológica. También plantea la necesidad de ampliar dichas prácticas, con la participación de las comunidades. Posteriormente describe los compromisos de los Estados en materia de recursos genéticos, de acceso a la tecnología y transferencia de tecnología y de cooperación científica y técnica.

10. Ley 19 de 1996

El objetivo de este Protocolo es comprometer a los Estados firmantes en la adopción de las medidas necesarias para materializar los derechos económicos, sociales y culturales. Para ello precisa el contenido de los siguientes derechos: el derecho al trabajo, derechos sindicales, derecho a la seguridad social, derecho a la salud, derecho a un medio ambiente sano, derecho a la educación, derecho a los beneficios de la cultura, derecho a la constitución y protección de la familia, derecho de la niñez, protección de los ancianos y protección de los minusválidos.

11. Ley 691 de 2001

Esta ley, expedida el 18 de septiembre de 2001, reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Su objeto es garantizar, dentro de un marco de respeto y protección a la diversidad étnica, el acceso y participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud.

Dentro de los principios para la aplicación de esta ley, retoma el de la diversidad étnica y cultural, con el objetivo de posibilitar el desarrollo armónico de los pueblos indígenas y reconoce el carácter de instancia u organismo del sistema de salud a las autoridades tradicionales.

Plantea que los miembros de pueblos indígenas participaran como afiliados al régimen subsidiado,

con las excepciones planteadas en el Art.5. Describe el régimen de beneficios, aclarando que tanto el plan obligatorio, como el plan de atención básica deben adecuarse a la cosmovisión y valores de los pueblos indígenas. Establece como una obligación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definir el contenido del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas y además prevé que en dicho plan debe incluirse un subsidio alimentario para las mujeres gestantes y los niños menores de cinco años.

Enumera las fuentes de financiación para la afiliación de los pueblos indígenas y plantea la posibilidad de fijar el valor de la UPC hasta en un 50% por encima del valor de la UPC normal, dependiendo de factores geográficos, de la densidad poblacional y de los perfiles epidemiológicos, entre otros. Define lo relativo a la administración de los subsidios, facultando a las autoridades indígenas para crear Administradoras Indígenas de Salud (ARSI). Plantea la elección y afiliación colectiva de la respectiva comunidad a la ARS.

En materia de participación, plantea el principio de concertación en la definición de los planes de beneficios y en cualquier acción de salud para los pueblos indígenas y la participación de un representante indígena en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

12. Ley 715 de 2001

Deroga la Ley 60 de 1993 y por lo tanto reorganiza el tema de los recursos y las competencias de las entidades territoriales, creando el Sistema General de Participaciones. En la primera parte enumera los principios que orientan a este nuevo sistema, luego incorpora la regulación relativa al sector salud y posteriormente organiza el sector salud. En la última parte organiza lo relativo a la participación de propósitos generales, enumerando sus

componentes y el porcentaje de los recursos que se deben destinar a cada uno de ellos.

En materia de salud define las competencias y funciones que le corresponden a la Nación, a los departamentos (como entes encargados de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en el territorio de su competencia), a los distritos y los municipios. Enumera los componentes del sector salud que serán financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones y establece la forma de financiar los subsidios a la demanda para la población pobre.

En lo que tiene que ver con comunidades indígenas, ésta ley en su acápite de disposiciones comunes al Sistema General de Participaciones, organiza el tema de la incorporación de los resguardos indígenas en el mismo, definiendo la manera de transferir y administrar los recursos.

La norma señala que del total de recursos que conforman el Sistema, previamente se deducirá anualmente un monto equivalente al 4% de dichos recursos y para el caso específico de los resguardos indígenas, se le asignará un 0.52%. El Art. 82 reconoce el derecho a percibir recursos del SGP a los resguardos existentes acreditados debidamente por las autoridades competentes – mientras no hayan sido constituidas las Entidades Territoriales Indígenas-, señalando en el Art. 83 que los recursos para los resguardos indígenas se distribuirán en proporción a la participación de la población de cada resguardo, con relación al total de la población indígena reportada por el DANE. “No obstante determinar el Art. 83 los sectores de destinación de los recursos por parte de los indígenas, indicando que estos deberán destinarse prioritariamente a satisfacer las necesidades básicas de << ...salud incluyendo la afiliación al Régimen Subsidiado, educación preescolar, básica primaria y media, agua potable, vivienda y desarrollo agropecuario de la población indígena...>>.”

En materia de salud el precepto remite al Capítulo III del Título III de la Ley 715, en donde se contempla una mayor claridad para efectos de distribución de los respectivos recursos, teniendo en cuenta los componentes de financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total, de la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y en el adelantamiento de acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país y desde luego para la población indígena por el Ministerio de Salud, actualmente Protección Social”¹⁵⁹.

13. Ley 740 de 2002

Mediante ésta ley se aprobó el “Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica”. El objetivo de dicho Protocolo es garantizar un nivel adecuado de protección en la transferencia, manipulación y utilización de organismos vivos modificados que puedan tener efectos adversos para la diversidad biológica o impliquen riesgos para la salud humana. Organiza una serie de procedimientos para la importación y exportación de los organismos vivos modificados mediante la biotecnología. En lo relativo a importaciones, el Art. 26 dispone que los Estados Partes al momento de adoptar una decisión al respecto, pueden tener en cuenta y de manera compatible con la obligaciones internacionales, consideraciones socioeconómicas relativas a los efectos de los organismos vivos modificados en relación con la conservación y utilización sostenible de la diversidad biológica en el contexto de las comunidades indígenas.

14. Resolución 10013 de 1981

Esta norma fue expedida por el Ministerio de Salud en el año 1981 y su objeto era dictar normas

en relación con las comunidades indígenas. Esta fue la primera norma que recoge las aspiraciones de los Pueblos indígenas en materia de salud. Contempla la adecuación de los servicios de atención primaria a la estructura organizacional, política, administrativa y socioeconómica de las comunidades indígenas. Para ello se establece: a) la necesidad de realizar estudios previos que permitan una aproximación a los conceptos tradicionales de salud y enfermedad, b) la selección de promotores de salud por parte de las autoridades de cada comunidad quienes deben cumplir con una serie de requisitos establecidos por la Resolución y c) la modificación de los modelos arquitectónicos en función de contar con espacios adecuados para la atención de la población indígena. Se atribuye a los Servicios Seccionales de Salud, la aprobación de todos los programas de salud que se pretendan desarrollar en las comunidades y la adecuación de los materiales didácticos para educar en salud. Finalmente, preceptúa la gratuidad de la prestación de los servicios de salud para las comunidades indígenas.

15. Decreto 1811 de 1990

Este decreto reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990 en lo relativo a la prestación de los servicios de salud para las comunidades indígenas. Empieza reconociendo el factor multicultural del país y el derecho de las comunidades a participar en todos los planes y programas de salud dentro del marco de la medicina tradicional. Supone entonces, la necesidad de crear un espacio permanente de intercambio e integración entre las comunidades indígenas y la medicina occidental.

A partir de ello, el decreto prevé: 1) que todas las acciones de salud deben ser acordadas por la comunidad y aprobadas por las autoridades tradicionales (respetando la lengua tradicional y

159. Castillo Napoleón. Las comunidades Indígenas en Colombia y su sistema general de Seguridad Social en Salud. Procuraduría General de la Nación, Imprenta Nacional, agosto de 2003. Pág. 46

los mecanismos propios de discusión y toma de decisiones; 2) que los promotores indígenas deben ser seleccionados por la comunidad; 3) que las direcciones seccionales y locales de salud deben proveer los medios necesarios para que los promotores indígenas puedan cumplir con sus funciones; 4) la vigilancia y control de los programas de salud al interior de las comunidades, son competencia de los cabildos y las Direcciones Seccionales de Salud; 5) la gratuidad en la prestación de los servicios de salud y 6) la creación de grupos de atención a comunidades indígenas por parte del Ministerio de Salud y de las Direcciones Seccionales y locales de Salud. La función de dichos grupos es asesorar a las comunidades con el objetivo de garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud.

16. Decreto 1762 de 1990

Este decreto reglamenta de manera parcial la Ley 10 de 1990 en lo relacionado con la organización de los servicios de salud en los municipios. En lo que tiene que ver con las comunidades indígenas, establece la gratuidad de los servicios de salud del primer nivel y reitera, dentro de las características del mismo, el respeto por las costumbres y el ancestro cultural de las comunidades y grupos étnicos. En materia de capacitación y actualización del personal auxiliar del primer nivel, prevé la posibilidad de que el Ministerio de Salud establezca zonas especiales de acuerdo a las características étnicas o culturales de la comunidad.

17. Resolución 5078 de 1992

Esta resolución define los conceptos de culturas médicas tradicionales y terapéuticas alternativas, obligando a las instituciones de salud a realizar la adecuación de los servicios a las particularidades culturales y sociales de cada región a través de los diversos mecanismos previstos en la norma. Establece que al Ministerio de Salud le corresponde articular las culturas

médicas tradicionales y el sistema de salud institucional, promoviendo el intercambio de conocimientos entre los distintos agentes y articulando al sistema institucional los procedimientos y recursos de las culturas médicas tradicionales que resulten de los acuerdos entre las autoridades de salud y los representantes de las comunidades. También autoriza a las instituciones de salud para que vinculen profesionales con formación en las culturas médicas tradicionales. Finalmente, crea y le asigna funciones al Comité Asesor para el desarrollo de las culturas médicas tradicionales y de las terapéuticas alternativas.

18. Decreto 1ro. 1088 de 1993

Determina los requisitos para que los cabildos y/o autoridades tradicionales conformen asociaciones. En el Art. 3 se establece que el objeto de dichas asociaciones es promover el desarrollo integral de las comunidades indígenas y para ello establece la posibilidad de desarrollar, al interior de sus comunidades, proyectos de salud.

19. Decreto 1ro. 2357 de 1995

Organiza el régimen subsidiado de salud, determina las funciones de los departamentos, distritos y municipios dentro del régimen subsidiado, establece cuales son las entidades autorizadas para administrar dicho régimen y los requisitos que deben cumplir para tal efecto. Prevé normas específicas para las Empresas Solidarias de Salud, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Promotoras de Salud y fija las funciones de las ARS. En materia de prestación de servicios para comunidades indígenas, el artículo 18 establece que para ésta población no existen cuotas de recuperación.

20. Acuerdo 1ro. 48 de 1996

Autoriza al Ministerio de Salud para reasignar, en algunos municipios, aquellos recursos de la

subcuenta de solidaridad del FOSYGA que no fueron comprometidos por los entes territoriales para la vigencia de 1996. Dentro de las variables a ser tenidas en cuenta para la reasignación de recursos se menciona a los municipios en los que se requiere ampliar la cobertura para la población indígena y aquellos que destinaron para esa fecha los recursos designados en la resolución 2185 de 1996 (Art.2). Establece que los recursos reasignados deben destinarse, entre otras cosas, a la ampliación de cobertura de la población indígena (Art. 4).

21. Acuerdo 1ro. 23 de 1996

Determina la manera de identificar a los beneficiarios del régimen subsidiado, los mecanismos de selección de las entidades administradoras y define el contenido del plan de beneficios y los mecanismos de financiación. En relación con comunidades indígenas prevé que las mismas no están obligadas a aplicar el SISBEN y faculta a los gobernadores de los cabildos para aplicar listados censales (Art.4). También establece que los indígenas tienen prelación para recibir el subsidio (Art. 9) y que la atención es gratuita, lo que implica que dicha población no tiene que pagar cuotas moderadoras ni Copagos (Art. 19).

22. Acuerdo Nro. 25 de 1996

Este acuerdo establece la conformación y asigna funciones a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. En lo relativo a comunidades indígenas, establece que en dichos Consejos debe participar un representante de las comunidades indígenas de la respectiva entidad territorial, el cual es elegido por las mismas comunidades de acuerdo a sus usos y costumbres.

23. Acuerdo Nro. 30 de 1996

El Acuerdo 23 e 1996 estableció que los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirían

al financiamiento de los servicios de salud a través de los Copagos y las cuotas moderadoras, los cuales no operaban para la población indígena. El acuerdo 30 de 1996 solamente establece el cobro de Copagos (la población indígena está eximida).

24. Acuerdo Nro. 32 de 1996

Establece disposiciones relativas a la administración de los recursos del régimen subsidiado para la vigencia de 1996. En lo que tiene que ver con las comunidades indígenas, establece que para su financiación concurren los recursos de los municipios en donde se encuentren dichas comunidades y los recursos destinados por el FOSYGA para el municipio y determina la manera en que los cabildos pueden acceder a dichos recursos. Prevé la posibilidad de que las ARS y las comunidades indígenas ajusten de común acuerdo el POS –S y fija los criterios para distribuir los recursos del FOSYGA destinados a la población indígena.

25. Resolución Nro. 4288 de 1996

Define, caracteriza y establece los contenidos y componentes del PAB, así como las acciones de prevención y promoción que el mismo debe incluir, delimitando las competencias nacionales, municipales y distritales. Especifica las acciones de vigilancia en salud pública y de control de factores de riesgo. En lo relativo a la necesidad de adaptar el PAB a las necesidades de la población, el Art. 16 establece que es competencia de los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud hacer dicha recomendación a las Direcciones de Salud.

26. Resolución Nro. 3997 de 1996

Determina las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que deben desarrollar de manera obligatoria las EPS, las entidades adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado e Instituciones Públicas

prestadoras de servicios de salud y establece los lineamientos de evaluación y seguimiento. Describe de manera detallada los programas y actividades de prevención y promoción.

27. Resolución Nro. 3823 de 1997.

Crea la Comisión Asesora de Ciencia y Tecnología y reglamenta las actividades científicas y tecnológicas en salud. Establece que las investigaciones que impliquen la toma de muestras o de material biológico de miembros de comunidades indígenas o de otros grupos étnicos, deben ser presentadas para su estudio y aprobación a la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico del Ministerio de Salud (Art.5).

28. Decreto Nro. 2753 de 1997.

Define a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a los grupos de práctica profesional y a los profesionales independientes. Establece las modalidades de prestación de servicios, el diseño y la calidad de los mismos. En lo relativo a los servicios de salud para las comunidades indígenas, prevé que los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta en el diseño los servicios la diversidad étnica y cultural de la población, planteando la posibilidad de incorporar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la medicina alopática y alternativa (Art.4).

29. Acuerdo Nro. 55 de 1997.

Establece los criterios y procedimientos para que el Ministerio de Salud distribuya los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA para 1997. Destina recursos para el aseguramiento de las comunidades indígenas, respetando su autonomía y decisión de afiliarse o no al régimen subsidiado, pero dando prioridad a las comunidades que tengan proyectos específicos, las que quieran cofinanciar los servicios de salud o las que hayan solicitado el subsidio y su incorporación al régimen subsidiado.

30. Acuerdo Nro. 57 de 1997.

Modifica la conformación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud prevista en el Art. 3 del Acuerdo 25 de 1996. Continúa haciendo parte de esos consejos el representante de las comunidades indígenas de cada entidad territorial.

31. Acuerdo Nro. 63 de 1997.

Mediante éste acuerdo se distribuyen los recursos de la subcuenta de solidaridad que no habían sido distribuidos. Dispone que dichos recursos se destinen a la ampliación de cobertura de las comunidades indígenas. Asigna recursos para ampliar la cobertura del régimen subsidiado de las comunidades indígenas en varios municipios de la Guajira, aclarando que los departamentos, municipios o comunidades indígenas deben cofinanciar el 20% de la ampliación de dicha cobertura. Además, asigna recursos para asegurar a la población beneficiaria del régimen subsidiado en varios municipios del Putumayo dando prioridad a las comunidades indígenas.

32. Acuerdo Nro. 72 de 1997.

Define el contenido del Plan Obligatorio de Salud en el régimen subsidiado, estableciendo las acciones de promoción y educación, las acciones de prevención de la enfermedad y las acciones de recuperación de la salud. En el Art. 8 prevé la posibilidad de que el POS-S pueda ser ajustado y concertado entre las comunidades indígenas, las ARS y las entidades territoriales con la aprobación de los Consejos Territoriales de seguridad social en salud.

33. Acuerdo Nro. 77 de 1997.

Define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado de salud, determina el procedimiento para identificar a los beneficiarios, el mecanismo de selección y el procedimiento de afiliación a las ARS. El mecanismo de selección

de los potenciales beneficiarios es el SISBEN. En el Art. 4 establece que ese sistema no se aplica a las comunidades indígenas, ya que para ellas opera el listado censal elaborado por los gobernadores de los cabildos. Posibilita la afiliación colectiva de las comunidades indígenas a las ARS, pero al mismo tiempo deja abierta la posibilidad de que los indígenas escojan la ARS de manera individual (Parágrafo Art.13). Para la financiación del aseguramiento de las comunidades indígenas, el Acuerdo fija un sistema de cofinanciación entre los recursos del municipio o del departamento en el que se encuentren asentadas dichas comunidades y los destinados por el FOSYGA a la correspondiente entidad territorial.

34. . Resolución Nro. 2927 de 1998.

Define las terapias alternativas, y dentro de esa categoría, incluye y define la bioenergética, la homeopatía, la acupuntura, la terapia neural, la terapia con filtros y las terapias manuales. Reglamenta lo relativo a la calidad del servicio, al recurso humano habilitado para realizar las terapias alternativas y a los medicamentos utilizados

35. Resolución Nro. 651 de 1998.

Modifica la metodología para transformar los recursos de subsidios de oferta, por subsidios a la demanda establecida por la Resolución 05089 de 1997. La Resolución está acompañada de un anexo en el que se hacen algunas consideraciones acerca de los subsidios, los beneficiarios y la financiación del régimen subsidiado y además explica la metodología que deben seguir las entidades territoriales para la transformación de los subsidios. En relación con las comunidades indígenas, prevé que en la asignación de subsidios a la demanda, se pueden afiliar dichas comunidades a través de los listados censales.

36. Acuerdo Nro. 100 de 1998.

Dentro de los criterios para distribuir los recursos de la subcuenta de solidaridad se

menciona el de ampliación de cobertura para comunidades indígenas que manifiesten interés en implementar y cofinanciar el régimen subsidiado (Art.2).

37. Acuerdo Nro. 102 de 1998.

Modifica la conformación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud prevista en el Art. 3 del Acuerdo 25 de 1996. Continúa haciendo parte de esos consejos el representante de las comunidades indígenas de cada entidad territorial.

38. Acuerdo Nro. 117 de 1998.

Define y establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en la salud pública a cargo de las EPS, las entidades adaptadas y transformadas y las administradoras del régimen subsidiado. Este acuerdo determina la forma de planeación, los indicadores de gestión, la evaluación técnica y designa a las entidades encargadas de vigilar el cumplimiento de las actividades de demanda inducida.

39. Decreto Nro. 1804 de 1999.

Determina las entidades autorizadas para administrar el régimen subsidiado de salud. Fija las reglas para administrar dicho régimen, establece las obligaciones de las ARS y los requisitos para constituirse en ARS. Prevé reglas específicas para los casos de las cajas de compensación familiar y de las Empresas Solidarias de Salud. Estas últimas deben estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas.

40. Decreto Nro. 1152 de 1999.

Reestructura al Ministerio de Salud como organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Define, asigna

funciones y establece la conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dentro de las funciones asignadas a la Dirección General de Salud Pública, se encuentran la de caracterizar a los grupos poblacionales especiales (indígenas, desplazados, discapacitados y presos), adelantar investigaciones para la atención de poblaciones con características especiales y proponer al Ministerio los desarrollos legales necesarios para atender a dichas poblaciones (Art.17).

41. Acuerdo Nro. 146 de 1999.

Como criterio para la distribución de recursos de la subcuenta de solidaridad, establece la ampliación de cobertura del régimen subsidiado para las comunidades indígenas.

42. Acuerdo Nro. 117 de 2000.

Fija criterios adicionales a tener en cuenta por las entidades territoriales en la identificación de beneficiarios del régimen subsidiado cuando se trate de menores de edad y población indígena. Para el caso de los indígenas que carezcan del documento de identidad y estén afiliados al régimen subsidiado, establece que los mismos pueden permanecer afiliados siempre que las autoridades del resguardo certifiquen su existencia y permanencia. Para realizar el registro individual de dicha población en las bases de datos, crea una metodología que debe ser aplicada por las entidades territoriales correspondientes.

43. Acuerdo Nro. 166 de 2000.

Establece como requisito para acreditar la afiliación al régimen subsidiado, la cédula de ciudadanía, la tarjeta de identidad y/o el registro civil de nacimiento. Obliga a las entidades territoriales a divulgar entre el 1º de abril de 2000 y el 30 de junio de 2000 la necesidad de que los afiliados al régimen subsidiado acrediten el

documento de identidad ante las ARS correspondientes, ya que de lo contrario se producirá el retiro del régimen subsidiado. Para el caso de las comunidades indígenas, prevé la realización de un proceso intensivo de registro e identificación de la misma, en un marco de respeto por sus particularidades étnicas y culturales. El objetivo en relación con la población indígena es que para el 1º de octubre de 2000 cuenten, por lo menos con el registro civil.

44. Decreto Nro. 330 de 2001

Establece que los cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas, pueden constituir Entidades Promotoras de Salud con el objeto de organizar y garantizar la prestación de servicios de salud incluidos en el POS-S y para ello prevé los requisitos para la constitución, funcionamiento, el objeto social, la cobertura, el capital social, la transformación de las empresas solidarias de salud y la sujeción de las EPSI a las autoridades indígenas. Para obtener la autorización de funcionamiento es necesario que dichas entidades acrediten una capital social equivalente a 250 salarios mínimos por cada 5000 afiliados y cuenten como mínimo con 20.000 afiliados indígenas. A partir del 1º de Abril de 2003, el número mínimo de afiliados es de 50.000. Autoriza la transformación de las Empresas Solidarias de Salud en Entidades Promotoras de Salud Indígenas cuando acrediten el cumplimiento de los requisitos previstos en éste decreto. Finalmente, ordena la sujeción de las EPSI a las directrices y orientaciones impartidas por los cabildos y/o autoridades tradicionales.

45. Acuerdo Nro. 191 de 2001

Este acuerdo prevé un mecanismo de movilidad para los afiliados al régimen subsidiado que se queden sin ARS, esto debido a que el decreto 1804 de 1999 modificó los requisitos para obtener la autorización de funcionamiento. El objetivo de éste acuerdo es que las entidades

territoriales garanticen la continuidad en la prestación de los servicios de salud para los afiliados que se queden sin ARS. Para el caso de las comunidades indígenas, el acuerdo prevé la aplicación del Art. 13 del Acuerdo 77 de 1997, en el que se establece la posibilidad de que las comunidades elijan de manera libre la ARP a la cual se afiliará toda la comunidad.

46. Acuerdo Nro. 199 de 2001

Establece unos procedimientos excepcionales para la afiliación al régimen subsidiado en caso de revocatoria de autorización a las ARS. El objetivo de tales procedimientos es que las entidades territoriales garanticen la continuidad en la prestación de los servicios de salud. Para ello prevé dos procedimientos, en uno de ellos las alcaldías distribuyen a los afiliados de manera equitativa en las diferentes ARS, la otra opción es que una vez determinado el número de personas que quedan sin ARS, se les notifique la revocatoria de la autorización de la ARS a la que estaban afiliados, para que dentro del siguiente mes hagan la libre elección de una nueva Administradora. Cuando se trate de comunidades indígenas, los gobernadores indígenas de común acuerdo con las autoridades tradicionales seleccionarán la ARP a la cual se afiliarán todos los integrantes de la comunidad. Esto con el objetivo de mantener la unidad étnica. A pesar de ello se mantiene la posibilidad de que los miembros de las comunidades indígenas se afilien de manera individual (Art. 1 Par. 1).

47. Resolución Nro. 890 de 2002

Organiza el Sistema Integral de Información en Salud, estableciendo reglas específicas para cada uno de los regímenes existentes. Reitera que la identificación de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán la cédula de ciudadanía, la tarjeta de identidad o el registro civil, según el caso. Para las poblaciones especiales (Art.7), definidas en los Acuerdos 77

y 177 (allí se encuentran las comunidades indígenas), prevé la aplicación de los sistemas de identificación definidos en la normatividad vigente (la metodología creada en el Acuerdo 177: Código del departamento – código del municipio – indicador de población I – secuencial. En aquellos municipios en donde exista más de una comunidad indígena se agregará una letra que identifique al resguardo, parcialidad o cabildo, después del indicador de población I y antes del secuencial).

48. Resolución Nro. 1375 de 2002.

Complementa y aclara algunos aspectos acerca del sistema de información del Sector Salud regulado en la Resolución 890 de 2002. En lo relacionado con la identificación de las poblaciones especiales y en particular con los afiliados indígenas reitera la composición del número de identificación planteado en el Acuerdo 177 de 2000, en donde los componentes son los siguientes: Código del departamento – código del municipio – indicador de población I – secuencial. En aquellos municipios en donde exista más de una comunidad indígena se agregará una letra que identifique al resguardo, parcialidad o cabildo, después del indicador de población I y antes del secuencial.

49. Acuerdo Nro. 225 de 2002.

Creación de un procedimiento especial para que las entidades territoriales garanticen la continuidad en la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del régimen subsidiado que se queden sin ARS durante la ejecución de un contrato. Cuando se trate de comunidades indígenas, la norma aplicable es el Art. 17 de la Ley 691 de 1997, en donde se prevé que dichas comunidades elegirán, de acuerdo al procedimiento que ellas acuerden y en acta suscrita por las autoridades propias, la ARS a la que deberá afiliarse la totalidad de los miembros de la comunidad.

50. Circular Nro. 00052 de 2002.

Imparte instrucciones a las entidades territoriales con el objeto de ajustar el contenido de sus Planes de Atención Básica a las prioridades en salud pública fijadas por el gobierno nacional. Para ello enumera las acciones de salud pública prioritarias en el país. Establece la forma de administrar los recursos de salud pública, las fuentes de financiación de las entidades territoriales en materia de salud, la distribución de los recursos para los distintos componentes, reitera la responsabilidad de los alcaldes y gobernadores en la formulación de los planes operativos anuales del PAB en coordinación con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, designa las entidades encargadas de evaluar el PAB e incorpora un anexo técnico relativo a las acciones, metas e indicadores del mismo. En lo relativo a grupos étnicos, establece que las entidades territoriales al momento de formular los Planes de Atención Básica, deben incluir los procesos de consulta y concertación con el objeto de lograr la adecuación etnocultural de las acciones.

51. Acuerdo Nro. 244 de 2003.

Dos de los objetivos de éste acuerdo son: reunir en una única norma las disposiciones que regulan la organización y funcionamiento del régimen subsidiado y establecer condiciones especiales de operación en consideración a la diversidad étnica del país y a la situación de orden público. Define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado de salud, para lo cual determina los criterios de identificación y selección de beneficiarios, el procedimiento de afiliación, la operación de las ARS y la contratación del aseguramiento.

Respecto al procedimiento de identificación de beneficiarios, establece que para las poblaciones especiales, dentro de las cuales se encuentran las comunidades indígenas, se utilizarán los listados censales (Art. 5, Ley 691 de 2001) o los

procedimientos especiales a que haya lugar. Define la manera en que los beneficiarios del régimen subsidiado deben identificarse, reiterando los procedimientos especiales (Art. 6) previstos en las resoluciones 890 y 1390 de 2002 para el caso de las comunidades indígenas. Organiza el procedimiento de afiliación para los beneficiarios del régimen subsidiado haciendo algunas precisiones para el caso de las poblaciones especiales; define las reglas de traslado de ARS.

En el caso de las comunidades indígenas reitera que las mismas tienen el derecho a la libre elección de ARS de la manera planteada por la ley 691 (colectivamente), pero aclara que aquellos miembros que decidan afiliarse a una administradora distinta de la elegida por la comunidad tendrán que acogerse a las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, esto sin perjuicio de que la entidad correspondiente adopte medidas para ajustar los servicios de salud a sus tradiciones. Describe la forma de operación de las ARS a nivel regional y el procedimiento de contratación, incluyendo el seguimiento a los contratos, las metas estratégicas e indicadores de resultados, la interventoría y supervisión. Reitera los procedimientos para garantizar la afiliación de los beneficiarios y la continuidad en la prestación del servicio de salud para casos excepcionales, como la revocatoria de autorización de funcionamiento de las ARS.

52. Acuerdo Nro. 253 de 2003.

Define las condiciones para ampliar la cobertura del régimen subsidiado en aquellos municipios y departamentos que dispongan de recursos excedentes, de rendimientos financieros y de recursos no comprometidos de las participaciones en ingresos corrientes de la Nación. Para ello modifica los criterios de priorización de los beneficiarios. Dentro de ese sistema la población indígena ocupa el cuarto lugar, después de los recién nacidos, los menores desvinculados del conflicto armado y la población

del área rural. Distribuye los recursos mencionados anteriormente en la realización de actividades encaminadas a ampliar la cobertura del régimen subsidiado.

53. Acuerdo Nro. 258 de 2004.

Señala un régimen de transición mientras se definen, por el Ministerio de la Protección Social, las regiones de aseguramiento en el territorio nacional para efectos de la operación regional del régimen subsidiado en salud y las ARS sean habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con la nueva reglamentación. Establece que el período de contratación que inicia el primero de abril de 2004 se celebrará por un término de un año que vence el 30 de marzo de 2005 y que para el periodo de contratación que inicia el 1º de abril de 2004, los actuales afiliados al régimen subsidiado continuarán en la misma Entidad Administradora de Régimen Subsidiado a la que se encuentren actualmente afiliados. Además, que estos afiliados podrán trasladarse de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 244, para el período que inicia el 1º de abril de 2005 y solo a partir de dicha fecha se empezará a contabilizar el requisito de permanencia de tres años.

54. Acuerdo Nro. 262 del 2004.

Fija los criterios de distribución de los recursos del FOSYGA para ampliar la cobertura del régimen subsidiado. Uno de ellos es ampliar la cobertura de la población indígena, lo cual se hará con recursos del FOSYGA equivalentes al 65.5 % del costo de la ampliación de cobertura, mientras que el resguardo debe aportar el 35.5% con cargo a los recursos del sistema de participaciones. Organiza el sistema de cofinanciación de acuerdo a las categorías de los municipios.

55. Circular Nro. 0018 de 2004.

Define los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos

del Plan de Atención Básica 2004 –2007. En la primera parte enumera las acciones de salud pública prioritarias para el país (cita el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715).

Establece que los recursos de salud pública deben administrarse mediante una subcuenta de los fondos de las entidades territoriales, la cual se denomina “subcuenta de salud pública” y los recursos para las actividades de promoción y prevención deben manejarse a través de la subcuenta de subsidios a la demanda. Define la manera de utilizar los recursos de salud pública no ejecutados a 31 de diciembre de 2003. Reitera el carácter de destinación específica de los recursos de salud pública del sistema general de participaciones y de las transferencias nacionales. Autoriza la contratación de las IPS públicas para desarrollar aquellas actividades de salud pública que no puedan ser realizadas directamente por las Direcciones de Salud Territorial. Establece que la formulación de los planes estratégicos y operativos anuales del PAB es responsabilidad de los Alcaldes y Gobernadores. Dichos planes deben incluir los objetivos y resultados para el período de ejecución y además deben ajustarse a las actividades definidas en el Anexo Técnico de ésta circular.

Finalmente, establece la necesidad realizar la adecuación etnocultural del Plan de Atención Básica, a través de procesos de concertación con los grupos étnicos.

56. Decreto Nro. 515 de 2004.

Reglamenta la operación y funcionamiento de las Administradoras del régimen subsidiado y para ello establece las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las mismas. Define y enumera las condiciones de operación, permanencia (300.000 afiliados antes del 1º de abril de 2005 y 400.000 afiliados antes del 2006), capacidad técnico administrativa, financieras, capacidad tecnológica y científica de

las entidades. En cuanto a las condiciones de permanencia para las entidades administradoras del régimen subsidiado indígenas, establece que, el número mínimo de afiliados será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los pueblos indígenas. Enumera las prácticas no autorizadas respecto a las ARS, las causales para revocar la habilitación y los efectos de la misma y establece el procedimiento para el retiro voluntario del régimen subsidiado. Finalmente, organiza el modo de operación de las Cajas de compensación familiar como Administradoras del Régimen Subsidiado.

57. Acuerdo Nro. 266 de 2004

Establece que se asignarán recursos para la afiliación al Régimen Subsidiado de la población raizal del departamento de San Andrés y Providencia, clasificados en niveles I y II del Sisbén y que posean la tarjeta de la Occre, de acuerdo con la información certificada por el departamento y que no fueron afiliadas conforme a las disposiciones del Acuerdo 40 del CNSSS. Además, determina que esta ampliación de cobertura no exige cofinanciación por parte del ente territorial.

58. Acuerdo Nro. 270 de 2004.

Para la población indígena, establece que para el año 2004, el Fosyga aportará recursos hasta por un monto equivalente al 66.5% de la UPC que cubrirán la financiación de la totalidad de la población prevista en el Acuerdo 262/04 pertenecientes a resguardos indígenas, y que para la contratación a partir del 1º de abril de 2005 y poder acceder al 66.5% de los recursos Fosyga, el aporte de los resguardos indígenas para la cofinanciación deberá oscilar en el 10% del valor de cada UPC, salvo en los casos en que las comunidades indígenas no reciban recursos provenientes del SGP o estos sean insuficientes para efectuar el respectivo aporte. El resto de la cofinanciación deberá ser garantizada por el ente

municipal o departamental respectivo, a partir del 1º de abril de 2005. Así mismo, que la asignación de subsidios se realizará con base en los censos elaborados por las autoridades tradicionales y legítimas de cada comunidad, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 5 de la Ley 691/01. Además, que tanto las entidades territoriales involucradas como el resguardo indígena deberán manifestar por escrito su compromiso de cofinanciación a partir de 2005 y la correspondiente sostenibilidad por tres años. Por último, determina que el plazo para suscripción de contratos para ampliación de cobertura se amplía hasta el 1º de octubre y que se debe enviar la información al Ministerio a más tardar el 15 de septiembre o se procederá a redistribuir los recursos.

Para la población Raizal en el departamento de San Andrés y Providencia se amplía hasta el 1º de septiembre de 2004 el plazo para la contratación de la ampliación de cobertura a que hace referencia el artículo 1º del Acuerdo 266 del CNSSS.

59. Decreto Nro. 2716 de 2004.

Reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001 al establecer que las ARS-I e IPS-I que estén operando en el régimen subsidiado y las que se creen, deben acreditar que como mínimo el 60% del total de sus afiliados pertenece a pueblos indígenas tradicionalmente reconocidos. En ese sentido, la Superintendencia Nacional de Salud revocará la autorización, dentro del mes siguiente a la presentación de solicitud de habilitación, a las ARS-I e IPS-I que no cumplan con este requisito. Por ello, para garantizar la continuidad del aseguramiento de la población afiliada se aplicará lo dispuesto en Art. 53 del Acuerdo 244/03 (afiliación en casos excepcionales).

60. Acuerdo Nro. 273 de 2004.

Por medio del cual se adiciona el Acuerdo 244 de 2003 en cuanto a la afiliación de la

población ROM al Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo que la identificación de la población ROM se realizará mediante un listado de potenciales beneficiarios que será elaborado por la autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las Kumpania. Se exceptúa de afiliación a las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, sea servidor público, goce de pensión o jubilación, perciba ingresos o renta suficientes o cuente con capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo, sea beneficiario de otra persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud o tenga derecho a serlo y pertenezca a un régimen de excepción.

61. CONPES Nro. 078 de 2004.

Efectúa ajustes a los requisitos del Programa de Subsidio al Adulto Mayor, incluyendo a la población indígena en la asignación de los recursos, estableciendo que se destinarán anualmente \$9,385 millones para subsidiar a la población indígena con 65 años o más, equivalente a 9,400 adultos mayores y el subsidio por beneficiario será de \$83,200 mensuales. Que para la distribución de los recursos, se seguirán los mismos criterios de priorización establecidos en el Conpes 70 de 2003, excluyendo el requisito referente al SISBEN y que el Ministerio de la Protección Social deberá incluir en el manual operativo una propuesta que permita asignar los subsidios de manera equitativa entre las comunidades indígenas del país y definirá las condiciones de cofinanciación con las autoridades indígenas, en los casos que se acuerde dicha cofinanciación.

