

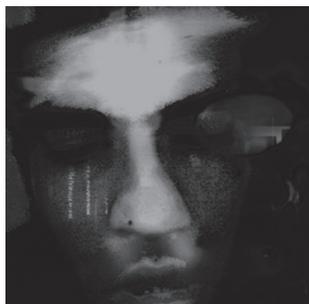
3

Pueblos indígenas y sistemas de salud: participación local en el contexto de las reformas neoliberales y multiculturales en Colombia¹

Claudia Puerta*

Resumen: Este artículo provee algunos elementos de reflexión sobre las posibilidades y modalidades de la participación efectiva de los pueblos indígenas en la adecuación local del sistema de salud en el marco de las reformas neoliberales y multiculturales. Estas reformas han condicionado en los últimos 20 años el desarrollo del sistema de salud colombiano, pero también el rol de todos los actores. Los indígenas son concebidos tanto como agentes del sistema, como también usuarios. Los modelos de atención interculturales tendrán necesariamente que construirse desde un enfoque integral socioespacial del bienestar, dado que las concepciones indígenas de salud están íntimamente ligadas con la idea de “estar bien”, como un elemento adicional y resultante de las dinámicas socioambientales que incluyen especialmente “tener buen” territorio, acceder a medios de subsistencia, mantener el equilibrio social, entre otros. La participación social sigue siendo un tema central en dicho proceso de configuración local del sistema de salud. A pesar de la ampliación de los espacios y mecanismos para ella, las dinámicas económicas y políticas “globales” que imperan siguen condicionando su efectividad.

Palabras clave: Sistemas de salud/ Pueblos indígenas,/ Participación local/ Enfoque socioespacial del bienestar



*Antropóloga, Universidad de Antioquia. Doctora en Antropología social y Etnología de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de París. Docente y Coordinadora de Investigación básica del Instituto de Estudios Regionales INER, Universidad de Antioquia. (Medellín, Colombia)

Recibido: 3 de Febrero de 2010

Aceptado: 3 de Mayo de 2010

¹ Esta reflexión es producto de la experiencia recogida en diversos proyectos de investigación realizados por la autora sobre la adecuación local del sistema de salud colombiano. Entre estos proyectos están “Fortalecimiento de la participación social en salud mediante TICs y otras estrategias educativas” financiado por la Universidad de Antioquia y “Representación de las comunidades locales en el régimen subsidiado de salud: el caso del departamento de La Guajira” financiado por Colciencias y la Universidad de Antioquia, con la participación de varias entidades locales y nacionales. Algunas ideas fueron parcialmente presentadas en “Fronteras que unen. Encuentro amazónico de cuatro naciones”, organizado por CISP y ZIO A1. Bogotá, Biblioteca Luis Ángel Arango, del 16 al 18 de abril de 2008, y en el “1º Seminário sobre Povos Tradicionais, fronteiras e geopolítica em America Latina: uma proposta para a Amazônia”, en la Universidade Federal do Amazonas, Manaus, entre el 23 al 27 de septiembre de 2008.

Presentación

Este texto pretende aportar algunos elementos de reflexión sobre las posibilidades y modalidades de la participación efectiva de los pueblos indígenas en la adecuación local del sistema de salud en el marco de las reformas neoliberales y multiculturales, reformas que han condicionado en los últimos 20 años el desarrollo del sistema de salud colombiano.

El sistema de salud, como se desarrolló después de la reforma de 1993, puede ser considerado como uno de los espacios de relacionamiento recientes más importantes entre los ciudadanos y el Estado colombiano. La vinculación al sistema de salud, les implica una interacción más estrecha con el Estado, especialmente a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, entre las cuales se han ubicado los pueblos indígenas, sean o no afiliados al régimen subsidiado. Ahora bien, esta interacción con el Estado se da en el marco de buena parte de los programas sociales diversos de "lucha contra la pobreza" y protección social. No obstante la apertura de espacios y mecanismos de participación, la efectividad de los mismos se ve condicionada por las capacidades propias indígenas, las agendas de los diferentes actores, el desarrollo institucional y la voluntad política del Estado.

Abstract: This article proposes elements to analyze the possibilities and modalities of an effective participation of indigenous peoples in the local adaptation of health systems within the framework of neoliberal and multicultural reforms. These reforms have conditioned in the last 20 years the development of the Colombian health system, but they have also conditioned the role played by all stakeholders. Indigenous peoples are conceived here both as agents of the system, and as users. It is stated that intercultural models of health care must be built from a necessary integral socio-spatial approach to wellbeing, since indigenous conceptions of health are inextricably linked with "being well" as a resulting element of the socio-environmental dynamics including being well and having a good territory, having livelihoods, maintaining the social order, among other factors. Social participation remains a central topic in the configuration of local health systems. Nevertheless, in spite of the increasing participation spaces and mechanisms, economic and political "global" dynamics prevail over the health system and the effectiveness of this social participation.

Key Words: Health systems/ Indigenous Peoples/ Local participation/ Socio-spatial approach to wellbeing

Aparentemente excluyentes, las políticas neoliberales y las políticas democráticas y multi-culturales, van, según Hale, de la mano. Para este autor, los efectos del neoliberalismo son variados, pero entre ellos se puede contar el mayor control sobre la oposición política, a pesar de la aparente apertura de espacios democráticos, participativos y equitativos (Hale, 2005). A partir de esta paradoja, pretendo proponer una reflexión sobre la participación efectiva de los pueblos indígenas en el sistema de salud, teniendo en cuenta, tanto las políticas económicas globales, como las prácticas de modernización democrática que incluyen los mecanismos y espacios de participación ciudadana, cada vez más individuales que colectivos, y tal vez más adversariales que conciliadores (Puerta Silva y Dover, 2007).

Para ello, en la primera parte de este trabajo trabajaré la idea de que la geopolítica y la política neoliberal del actual sistema económico mundial segmenta las poblaciones en relación con las políticas sociales (o de protección social), excluyendo sectores, reforzando las desigualdades, debilitando la función estatal, y yendo en contra de las dinámicas ciudadanas contemporáneas, fundamentadas en derechos de diferentes niveles (sociales, políticos y económicos). En el contexto de las reformas neoliberales de los sistemas de salud, el modelo hegemónico de atención en salud se enfoca al individuo, desarrolla un consumidor de servicios, genera una dinámica de mercado (incluyendo el manejo de los dineros públicos con lógicas privadas) y, en este sentido, limita la participación y movilización colectiva. Este modelo hegemónico ha contribuido también a la judicialización del ejercicio de derechos ¹.

En el segundo segmento de este texto quiero proponer algunos elementos para pensar modelos de atención en salud para pueblos indígenas. Para ello, privilegiaremos un enfoque espacial, intercultural y político. Haremos un llamado de atención sobre la necesidad de un modelo de atención fundamentado en acuerdos económicos y políticos, en la coordinación de las acciones de prevención, promoción y salud colectiva; un modelo que al mismo tiempo promueva la acción colectiva mediante diferentes modalidades de participación efectiva.

Las ideas aquí presentadas son resultado de las investigaciones que hemos llevado a cabo en el equipo de investigación desde hace 10 años en La Guajira y Antioquia. Estas investigaciones utilizan prioritariamente métodos etnográficos y participativos.

En ellas, se trabaja en profundidad con los actores del sistema de salud (comunidades, usuarios, personal asistencial y administrativo), haciendo observación, entrevistas, conversaciones, cartografía social, talleres que utilizan técnicas de visualización, debates en grupos pequeños, plenarias de discusión, entre otros. Este artículo no es el producto de una sola investigación, sino que resulta de la convergencia de desarrollos conceptuales

1 Más recientemente, con la declaratoria de la Emergencia Social en Colombia dada la crisis económica por la que pasa el sistema de aseguramiento que fundamenta el sistema de protección social en salud, el derecho a acceder a servicios excepcionales (por fuera del Plan Obligatorio de Servicios) estará condicionado a las evidencias científicas con que el médico argumente la necesidad del servicio y a la capacidad de pago de la persona (Decreto 131 de 2010). De modo que gracias a este último condicionante estamos ante otro traslado de costos del sistema de salud a los afiliados de los diferentes regímenes de aseguramiento. Adicionalmente, se restringe la imposición de tutelas, el mecanismo más eficaz que hasta el momento los usuarios habían tenido para proteger su derecho a la salud y al acceso a los servicios de salud (ver más abajo notas al pie sobre las sentencias T-859 de 2003 y T-760 de 2008 de la Corte Constitucional). Aunque la Corte Constitucional anuló la Emergencia Social, el gobierno ha pedido al Congreso aprobar algunos de los Decretos producidos durante la misma.

realizados en el marco de un conjunto de investigaciones que me permiten aportar a la reflexión general sobre los sistemas de salud con enfoque diferencial.

En Colombia, como en otros países, el sistema de salud ha pasado de ser centralizado, universal y gratuito a ser un sistema descentralizado, focalizado y asegurado. Las reformas del sistema han implicado que los pacientes se conviertan en usuarios, e incluso, en clientes-consumidores. De hecho, se han aprofundado las diferencias en la atención en salud según estrato socioeconómico (situación de vulnerabilidad o no), pero especialmente, se han creado diferencias relacionadas con las capacidades de los usuarios para interactuar con las instituciones del sistema (conocimiento sobre el mismo y sobre sus derechos, habilidades comunicativas, recursos propios tales como tiempo y dinero) (Dover y Puerta Silva, 2008, p. 135 y siguientes). Además, las responsabilidades y funciones se han fragmentado y difundido entre varias entidades y actores. La empresa privada ha aumentado su participación en el sector, de la mano con el paulatino desprestigio de la administración pública. El usuario debe cumplir un rol de ciudadano en tanto, se contemplan para él, espacios y mecanismos de ejercicio de derechos, tanto relativos al acceso a los servicios de salud y a su calidad, como relativos a su incidencia en la toma de decisiones para la planificación, funcionamiento y evaluación del sistema.

Los derechos sociales y la geopolítica de la salud

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social
(Constitución de la OMS).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas hizo en 2000 una observación general que expresa que

“el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (OMS, 2007b).

Por ello, las prioridades establecidas en la garantía del derecho a la salud, son la atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales. Elaborar, adoptar, aplicar y revisar periódicamente, sobre la base de un proceso participativo y transparente, las estrategias y los planes de acción nacionales de salud pública, es otra obligación de los Estados; deben también, prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y finalmente, deben prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados (OMS, 2007b).

El acceso a la salud en Colombia fue concebido como un derecho prestacional, tal como fue definido en la Constitución Política de 1991². Es decir, la obligación estatal se centraba según la Carta en garantizar la oferta de servicios de salud y en asegurar el acceso a los mismos³. El Estado le garantiza este acceso, delegando en terceros proveedores y aseguradoras, el aseguramiento y la prestación de los servicios con calidad y eficiencia. Sin embargo, recientemente la Corte Constitucional definió a la salud como un derecho fundamental. Estos avances en la jurisprudencia, que desde la Corte Constitucional permitieron ordenarle al Estado cumplir con sus metas de cobertura, calidad y oportunidad en salud a sus ciudadanos, recibieron un duro golpe con la declaratoria de los decretos presidenciales lanzados durante la Emergencia Social de 2010.

Aunque se han dado avances y retrocesos en el ámbito legislativo en cuanto a la garantía del acceso a los servicios de salud como derecho fundamental, la ambigüedad de su interpretación entre los usuarios y entre el personal asistencial y administrativo del sistema va más allá de la Carta Constitucional y de sus desarrollos. Especialmente para los actores del régimen subsidiado, la interpretación del derecho a los servicios de salud tiene en primer lugar un elemento histórico que combina la caridad y el paternalismo con una idea más moderna de asistencia. Así mismo, dicha interpretación tiene una dimensión funcional en tanto depende de las responsabilidades diferenciadas del Estado y de los distintos proveedores y aseguradores. En los discursos de los actores, todavía es común escuchar a empleados decir que los usuarios del régimen subsidiado son los más privilegiados por cuanto no pagan y su salud se las da el Estado. También es frecuente escuchar decir a los usuarios que gracias a la buena voluntad de la “empresa” (refiriéndose a la EPS-S) ellos tienen su carné y un acceso a los servicios⁴. Es problemático para los usuarios distinguir entre una garantía limitada al acceso a los servicios, el subsidio y la aparente gratuidad.

2 “El derecho a la seguridad social se considera como un derecho de contenido prestacional, porque, para su efectividad, requiere de una serie de normas y asignaciones de carácter presupuestal, además de un esquema de organización que permita la viabilidad de la prestación de determinado servicio público. En relación con el derecho a la salud se encuentra también por fuera del listado de derechos fundamentales y está incluido en aquellos de carácter social, económico y cultural.” (Vélez, 2005, p. 200).

3 En otros países del continente como Brasil, la salud es considerado como derecho fundamental (Gauri, 2003, p.1) “Brazil offers a compelling example of the force of human rights language. The Brazilian Constitution of 1988 guarantees each citizen the right to free health care. Although the constitutional guarantee has not eliminated shortages and inequalities in the sector, that provision had real “bite” in 1996. That year a presidential decree initiated a program of universal access to anti-retroviral drugs for HIV patients, free of charge”.

“La Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas [sic] se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho... Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela” (Corte Constitucional República de Colombia, 2008).

4 Esta idea de la protección social en salud como “un regalo del Estado” fue desarrollada en Dover y Puerta (2008, p. 12 y siguientes). Otras entrevistas realizadas en Medellín durante 2009 confirmaron estas ideas.

La tutela⁵, con su existencia y efectividad, fue sin embargo un mecanismo que permitió la apropiación ciudadana del derecho a la salud, pero más por su funcionalidad como mecanismo que resolvía el problema, que por una conciencia plena del derecho.

En este sentido, es sugerente la cita de Gauri (2003, p. 7), cuando dice que los derechos no tendrían que ser instrumentos legales para los individuos sino de hecho, deberes de los gobiernos, agencias internacionales y otros actores. Lo que expresa Gauri no ha sido posible. De hecho, la modernización del Estado y con ella la reforma neoliberal del sistema de salud ha implicado un nuevo contrato social en el cual, el Estado no ofrece en sí mismo, los servicios de salud, sino que garantiza, en el marco de la liberalización del mercado de servicios, su oferta y las condiciones que permiten su desempeño (Dover y Puerta Silva, 2008). Este renovado contrato social *“requiere un cambio de actitud por parte del usuario cuyo aspecto más evidente es la transformación del paciente en cliente o, mejor, en consumidor, y más aún en un consumidor crítico de un producto –servicios de salud– fundamentado en el ejercicio informado de un derecho ciudadano”* (Ibid., 2008, p. 15).

En cuanto a los pueblos indígenas valdría la pena detallar que, si bien una legislación diferenciada, aparentemente prevé las condiciones de adecuación de todo esto a los “usos y costumbres” tradicionales, en la práctica, la mayoría de las veces los indígenas deben seguir la misma lógica que un ciudadano no indígena. Estas afirmaciones se desarrollarán más adelante.

La complejidad del sistema colombiano hoy, se debe tal vez en parte, a la relación triangular Estado/aseguradora-proveedor/usuario, en la cual el Estado delega la función pública, pero aún no tiene la capacidad y ni la autonomía (con respecto al capital privado) para ejercer un control adecuado de dicha delegación. El contrato social como lo conciben Santos y García (2001) se ve fragmentado. A pesar de que el objeto mismo del Estado es garantizar el bienestar de sus ciudadanos, y en consecuencia, la salud se convierte en un derecho (McGregor, 2004), por lo menos en el caso colombiano, su ejercicio se condiciona a las estructuras lógicas que impone el mercado, por lo cual, el actor privado busca cumplir con la delegación al mismo tiempo que obtiene lucro económico. En resumen, la tensión actual radica en la predominancia de la comprensión de la atención en salud como un servicio disponible en el mercado, más que como un derecho fundamental vinculado a la vida y al bienestar de todo ciudadano (Hernández Álvarez, 2000).

La oleada de reformas del sistema de salud sigue esta misma tendencia. Se ha insertado en una lógica neoliberal, en la que se ubica al usuario de un servicio de salud, como consumidor y no, como un paciente. Pero también ubica a los prestadores de servicios de salud (y a los administradores y aseguradores, en el caso colombiano) como empresas que deben generar estrategias para minimizar costos, y rendir más, lo que en algunas ocasiones se traduce en prácticas que limitan el acceso a los servicios y bajan su calidad. En diferentes niveles de avance, las reformas de los sistemas de salud en todos

5 Mecanismo creado por la Constitución de 1991, mediante el cual las personas pueden reclamar ante jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando estos resultan vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos establecidos en la ley. Debe ser respondida en menos de 10 días (Personería de Bogotá, 2008).

los países, especialmente en los latinoamericanos se dirigen hacia la descentralización, la privatización y/o la delegación de la función pública de la salud a terceros, en general privados. Otro común denominador se relaciona con el aseguramiento. La contención de costos del riesgo, introduce elementos que favorecen las barreras al acceso, en detrimento de la salud y en beneficio de las finanzas. En particular, el aseguramiento presenta dificultades administrativas en relación con las poblaciones indígenas, y mucho más, cuando sus territorios no coinciden con divisiones político-administrativas internas a los países, e incluso, se extienden más allá de los límites internacionales.

Es posible entender la focalización del aseguramiento y el traslado de costos a los individuos, en términos de una geopolítica de la salud, según la cual, existen zonas (sectores) prioritarias para la atención (grandes ciudades industrializadas) y de diferenciación de los sectores sociales; diferenciación que define entre ciudadanos de primera y segunda categoría, ricos y pobres, y poblaciones prioritarias. En la situación actual del sistema de salud colombiano, se podría interpretar el "retiro" o contracción del Estado como la casi delegación total de su soberanía, en cuanto al cuidado y protección de sus ciudadanos. Al no tener capacidad institucional y administrativa para controlar y vigilar a los actores privados y a sus entes descentralizados, el Estado deja en manos de éstos, la responsabilidad de garantizarle a su población la salud y el acceso a los servicios de salud.

La variable del mercado, introduce elementos de focalización de salud como: privilegios de aseguramiento para la franja poblacional en edad reproductiva, la cual tiene menos riesgos de enfermarse; también privilegia la atención en las zonas urbanas, en las cuales el gasto por parte del usuario es posible, pues en las zonas rurales, este costo es del proveedor; o incluso, la versión perversa de este asunto, cuando una EPS prefiere asegurar población rural que urbana porque la primera consulta menos que la segunda; también se presenta la priorización de las zonas de producción de capitales frente a las zonas que no son estratégicas económicamente. Las dinámicas económicas de la salud parecieran determinar, en resumen, a quien se atiende, se cuida y se cura.

En este sentido, en contextos plurales, tanto en cuanto a la población como a los actores del sistema, más que hablar de derecho, habría que hablar de derechos a la salud, entendiendo no solamente del derecho a la salud que garantiza la vida y su calidad, sino también, el derecho al acceso a la atención, el derecho a servicios adecuados cultural y territorialmente, el derecho a la calidad técnica de los servicios, el derecho a comprender los procedimientos para recuperar la salud, el derecho al mantenimiento de la misma, y el derecho a todas las condiciones positivas para mantener la salud (agua, nutrición, sanidad ambiental, etc.).

La participación social y la acción colectiva son centrales para comprender las tensiones que sufre hoy el sistema de salud. De alguna manera es la acción colectiva la que ofrece un balance a las dinámicas económicas de la salud. Esto fue ilustrado antes con la Sentencia T-760, resultado de un conjunto de acciones individuales que llevó a la corte constitucional de Colombia, a instaurar una regulación que obligaba a las aseguradoras a autorizar servicios no contemplados en el paquete de servicios

(POS), pero que eran cobrados al Estado, sin pasar necesariamente por una tutela, sino como un acto administrativo⁶.

En el caso de la movilización de los pueblos indígenas, ésta ha incluido, desde hace décadas, la interculturalidad como una de las condiciones irrenunciables de los sistemas de salud. Sin embargo, aunque se han hecho avances, la participación de los gobiernos indígenas con miras a la interculturalidad de los servicios de salud, resulta estar centrada más en su participación económica que en su participación en la planeación de los servicios (Puerta Silva, 2004). La geopolítica de la salud se revela en la priorización de territorios y en la expansión de la hegemonía de un modelo de atención asegurado, medicalizado e individualizado. En otras investigaciones se ha establecido que difícilmente los movimientos sociales tienen posibilidades de desarrollo en un contexto de necesidades insatisfechas, en donde la concentración de los individuos se dirige a la sobrevivencia y para ello al establecimiento de relaciones sociales de todo tipo que les permitan situacionalmente resolver sus problemas (McGregor, 2004).

Por otro lado, en el contexto de la participación cada vez mayor de las aseguradoras multinacionales en los sistemas de salud actuales, los servicios de salud, su calidad y sus enfoques, son determinados más por la economía que por un enfoque de derechos. Ya que el individuo es central en el modelo que rige hoy la atención en salud, el margen de maniobra para la acción colectiva es reducido, puesto que se reproduce un acceso individual a los servicios, que no permite movilizar colectivamente una demanda de los mismos.

La medicalización, además de que contribuye a la deshumanización de la relación médico-paciente, tiende a promover la contención de gastos privilegiando la “curación” de la enfermedad en lugar de la prevención y la promoción de la salud. Tanto la atención primaria, como las actividades educativas y de promoción han sido proclamadas en general como exitosas por parte de las autoridades internacionales, y sin embargo hoy, los sistemas de salud no invierten en estas acciones y concentran el gasto en la curación. Finalmente, la medicalización del modelo de atención en salud tiene varias implicaciones sobre la salud de una sociedad a largo plazo. Como no promueve estilos saludables, es probable que resulte en el aumento de costos a largo plazo, pues habrá mayores índices de morbilidad. Lo paradójico es que en países como Colombia, en los cuales las empresas aseguradoras serían las primeras interesadas en que nadie se enferme, y en consecuencia, en que no se usen los servicios, al contrario, éstas buscan el lucro rápido mediante la imposición de barreras al acceso y el descuido de programas más costosos (recursos financieros, humanos, de infraestructura) de prevención y promoción.

Aunque la lógica del mercado supondría que “la libre elección” del usuario regularía la competencia gracias a las exigencias de calidad, en el caso de Colombia, la interpretación del subsidio de salud (o la garantía de la salud por parte del Estado) como un regalo del Estado, como una caridad o como un favor, limita el control social que el mercado “proporciona” a los individuos. Así, el ciudadano no se siente con el po-

⁶ En el periódico mensual *El Pulso de los meses de agosto y septiembre 2008* se hacen amplios análisis sobre este fenómeno. Ver <http://www.elpulso.com>.

der de crítica o demanda, pues no es consciente de que el pago realizado por el Estado a las aseguradoras, es una obligación de éste y un derecho suyo, que supone una delegación de la función pública y una transferencia de dineros públicos.

Es por ello, que en el contexto de un sistema de salud, que se compadece con las declaraciones de los derechos sociales, económicos, y políticos, pero que también funciona bajo las lógicas del mercado, exige de un *consumidor crítico* que sea a la vez un *ciudadano informado*. Éste *consumidor-ciudadano* deberá participar en el control y vigilancia del manejo de los dineros públicos y del cumplimiento de la función delegada por el Estado. No obstante la presión social que un ciudadano o grupo de ciudadanos pueda ejercer, los Estados que sufrieron las reformas neoliberales, fueron debilitados mediante discursos hegemónicos y desmantelamientos progresivos.

“... neoliberal governance includes the limited recognition of cultural rights, the strengthening of civil society, and endorsement of the principle of intercultural equality. When combined with neoliberal economic policies, these progressive measures have unexpected effects, including a deepened state capacity to shape and neutralize political opposition, and a remaking of racial hierarchies across the region” (Hale, 2005, p. 10).

Paradójicamente entonces, existen hoy más mecanismos y espacios para la participación pero con poca efectividad. Ante la negación de derechos a razón de las dinámicas económicas locales y nacionales, el individuo, quien es el centro del sistema de salud, se moviliza acudiendo a recursos jurídicos. Por eso, en este caso también —como en el expuesto por Alfredo Almeida frente a las nuevas identidades—, somos testigos de la judicialización del derecho a la salud. La participación del ciudadano es adversarial, más que “participativa”, consensual o constructiva, y muy pocas veces colectiva. A la luz del contexto presentado en las páginas anteriores, en el siguiente segmento de este artículo quiero proponer algunas reflexiones sobre la viabilidad de modelos de atención en salud para la frontera y para pueblos indígenas. Para ello, privilegiaremos un enfoque territorial, intercultural y político.

Hacia la construcción de modelos de atención en salud transnacionales e interculturales

Múltiples son los mandatos, documentos marco y legislaciones que llaman la atención sobre la salud en relación con las poblaciones indígenas, indicando las prioridades para proteger y promover sus derechos (OMS, 2006). Dada la declaración de multiculturalidad de la nación colombiana, en la reforma del sistema de salud realizada con la Ley 100 de 1993, se establecieron algunos parámetros para garantizar los derechos minoritarios en salud. Sin embargo, fueron muy vagos. Solamente con la Ley 691 de 2001 se aclararon algunos puntos, sin necesariamente ser concretados en la práctica.

El reto más importante para un sistema de salud tal vez sea su capacidad de respuesta a las múltiples y diversas expectativas y necesidades de sus usuarios, específicamente de usuarios provenientes de pueblos indígenas. Una tensión se instala entre la adecuación de la atención

en salud con las tendencias estandarizantes de la prestación de los servicios que tienen por objetivo medir calidad y eficiencia. No solamente los sistemas deben adecuarse a las condiciones y poblaciones locales, sino que también, deben responder a los estándares médicos y a las exigencias económicas de competitividad y productividad. En el caso de los límites fronterizos internacionales⁷, la complejidad aumenta en la medida en que, la atención en salud, especialmente la salud pública y colectiva, idealmente no reconocería límites geográficos, ni diferencias en las modalidades de atención en salud.

Más que en cualquier otro contexto, en el caso de los pueblos indígenas, la salud medicalizada y fragmentada en servicios, procedimientos y cadenas de trámites, entra en tensión, y frecuentemente, en contradicción, con las concepciones de salud y bienestar indígenas, en general, integrales, colectivas, preventivas y correctivas. El reto consiste entonces, en que los sistemas de salud individualizados, mercantilizados, medicalizados y estandarizados de hoy integren, reconozcan y favorezcan múltiples procesos de promoción, recuperación y mantenimiento de la salud, y diversas representaciones y prácticas culturales alrededor de ellos.

La reforma del sector de la salud en Colombia cambió la manera en que se atendía a la población indígena. Antes de 1993, los servicios eran gratuitos y eran proporcionados por los hospitales públicos⁸. Las acciones de salud pública eran ejercidas por las Secretarías Departamentales de Salud, los hospitales públicos y por algunas direcciones de asuntos indígenas. Con la Ley 100 de 1993, los indígenas se convirtieron en beneficiarios del régimen subsidiado de salud, pero también en actores protagonistas de su funcionamiento (Puerta Silva, 2004). Lo más sobresaliente de las normas que rigen el funcionamiento del sistema de salud para los indígenas, es la exigencia de la adecuación cultural de los servicios de salud, el respeto por sus cosmovisiones y la inclusión de la medicina tradicional.

Aunque la reforma de los sistemas de salud es una tendencia, los países con frontera con Colombia se encuentran en diferentes niveles de transformación de los sistemas nacionales de salud. La mayoría combinan sistemas de aseguramiento con sistemas de atención gratuita a la demanda. Todos han descuidado de alguna manera la atención primaria en salud, la promoción de la salud, los mecanismos de servicios en red y la salud pública de enfoque comunitario, fundamentales para el caso indígena, y han propendido por modelos curativos, individualizados y medicalizados (OMS, 2007a). Estos sistemas tienden en general, a relegar al Estado a un plano menos protagónico, delegando en terceros sus funciones y responsabilidades, y ubicando el derecho ciudadano y colectivo a la salud, en el ámbito de los servicios y no de los “capitales” fundamentales de una Nación.

⁷ Por límites fronterizos entenderé las divisiones geográficas acordadas por los Estados que delimitan los espacios en donde ejercen su soberanía. La noción de frontera, desde esta perspectiva, no es necesariamente geográfica y su naturaleza es múltiple y variable.

⁸ El Decreto 1811 de 1990 estableció la gratuidad de los servicios de salud para los pueblos indígenas. Este decreto sigue vigente para los no afiliados y para los servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud – Subsidiado (POS-S).

En particular para el caso de los pueblos indígenas, aún no ha sido posible integrar variables necesarias en los sistemas de información, que produzcan evidencia sobre las particularidades culturales, y en consecuencia, no existen los instrumentos útiles para el diseño de modelos de atención pertinentes y adecuados (OMS, 2007a). Este mismo documento señala que:

“las condiciones de salud de los pueblos indígenas son consistentemente peores que las de la población no-indígena. En la Región, más de 45 millones de habitantes pertenecen a las etnias originarias, pero los sistemas de información no destacan suficientemente las variables raciales y culturales, lo que dificulta el desarrollo de estrategias apropiadas para intervenir sobre los daños a la salud de esta importante población hacia el acceso universal y equitativo de la atención de salud en las áreas rurales y periurbanas marginadas, donde los servicios son prácticamente inexistentes. Estos servicios deben ser culturalmente aceptables e incorporar adecuadamente las prácticas tradicionales locales de probada inocuidad y en lo posible efectivas. Se propone favorecer el desarrollo de los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas, en paralelo a su inclusión al sistema nacional de salud. El fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia y el mejoramiento de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional y local, facilitarán la provisión de servicios de una forma integral y oportuna” (OMS, 2007a, p. 15).

Estos sistemas de información tampoco logran trascender las fronteras establecidas por los límites interadministrativos —municipalidades, territorios indígenas, departamentos o distritos—, y en este sentido, no dan cuenta de los vínculos que tienen las poblaciones con territorios más amplios que estas jurisdicciones administrativas.

Particularidades culturales

La pluralidad cultural es un reto para cualquier sistema de salud. Tradicionalmente, las “Otras” culturas —distintas a la occidental— han sido percibidas desde la salud pública como elementos complejizadores de la aplicación de políticas. ¿Cómo se ha tenido en cuenta “lo local” en los sistemas de salud? ¿Cómo se abordan las particularidades, las diferencias, la diversidad socio-cultural, las prácticas cotidianas, las visiones del mundo? ¿Cuál es el contexto más amplio, desde el cual se formulan las políticas de salud? (Puerta Silva, 2007).

Se podría decir que la salud pública, más que la atención clínica, se ha acercado a las particularidades locales. Ha tenido en cuenta estas particularidades culturales, reconociendo la relación estrecha entre cosmovisiones y comportamientos. Ha identificado que las personas se comportan, se comprometen en acciones y toman las decisiones sobre su salud de acuerdo a la percepción que tengan sobre el tipo, la gravedad y los riesgos relacionados con la enfermedad o el malestar. Ha asumido que la salud y la enfermedad provienen de fuerzas culturales y de experiencias y percepciones individuales (Scrimshaw, 2006).

Existe una amplia literatura sobre creencias y comportamientos en salud, contextos ambientales y biológicos, y sobre éxitos y fracasos en la imple-

mentación de programas de salud, especialmente pública, que ha demostrado la importancia de tener en cuenta las particularidades culturales en los programas, o la pertinencia de “meterse en la cabeza del otro”, y de comprender la salud y la enfermedad desde sus diversas perspectivas (Scrimshaw, 2006).

Sin embargo, no basta con reconocer la particularidad cultural para formular programas de salud, es necesario tener en cuenta el contexto que limita o posibilita su éxito. Por un lado, tiene que ver con la interculturalidad necesaria en el diseño de los planes de salud, y por otro lado, exige resolver condiciones globales determinantes que limitan el margen de maniobra de los sistemas (Puerta Silva, 2007).

La interculturalidad de la salud, entendida como construcción social, está relacionada en primer lugar, con la pluralidad de concepciones que sobre la salud y el tratamiento de la enfermedad tienen los diferentes actores; y en segundo lugar, con la adaptación y desarrollo de sistemas de salud propios y adecuados. En la literatura se ha discutido ampliamente el bienestar en términos del vivir-bien, sentirse-bien, y tener-bien, señalando que el bienestar es tanto un resultado, como un proceso (McGregor, 2004). A esto se adiciona la diversidad de concepciones sobre “estar-bien”, las experiencias y, por lo tanto, las expectativas de bienestar, las cuales se reproducen en su articulación⁹. Un elemento de análisis para acercarse a esta problemática es la interacción entre las propias concepciones de lo que es estar bien y estar sano, y un sistema que impone su propia concepción del proceso salud-enfermedad, medicalizándola y despojándola de su humanidad (haciéndola más técnica y protocolizada)¹⁰.

Entre los pueblos indígenas existe diversidad cultural y étnica, traducida en las diferentes formas de pensar la salud y la enfermedad y de relacionarse con el ambiente. Una fuerte dimensión espiritual que liga la salud con el estado de la tierra como un organismo viviente, juega un rol importante en la concepción de las relaciones con el entorno. Otras nociones que resultan constantes en las concepciones indígenas son la armonía, el equilibrio, la reciprocidad, el orden y regulación social derivado de la cosmovisión y de la relación con los demás constituyentes de la naturaleza, la importancia del territorio y de sus recursos para “estar bien”, y el sentido colectivo de la salud y el bienestar (Puerta Silva, 1999), y más recientemente, el saneamiento de su territorio y su aislamiento del conflicto armado¹¹.

Generalmente, las causas de las enfermedades están asociadas a estados de desequilibrio y desarmonía del mundo material y espiritual. Así mismo, la salud y el bienestar se relacionan estrechamente con todas las dimensiones que componen la vida social y cultural, es decir la salud es de alguna manera, el resultado de que todas ellas estén bien (Ibid., 1999). Las enfermedades desconocidas para las prácticas médicas indígenas se relacionan ampliamente con estados nutricionales precarios y con infecciones por contaminación de aguas, de otras fuentes de consumo humano y por los

⁹ Aquí valdría la pena remitir a la diferenciación que ha hecho Vladimir Montoya entre la perspectiva del desarrollo que impone un ideal occidental de “estar mejor” frente a un ideal no occidental de “estar bien” (comunicación personal, 2008).

¹⁰ Esto se agravó más recientemente con los decretos que reforman el sistema de salud colombiano, que intentaron aprobarse durante la Emergencia Social de principios de 2010.

¹¹ Conversaciones con la Organización Indígena de Antioquia (2010).

vectores. Ahora bien, hay enfermedades (clasificadas por algunos como enfermedades mentales) que no pueden ser tratadas por la medicina “de blancos”; el jai de ahorcamiento entre los embera por ejemplo, exige un conjunto de prácticas indígenas médicas y sociales para prevenirlo y reparar los efectos sociales del suicidio de jóvenes¹².

La visión clásica de occidente sobre la salud que ha determinado los modelos de atención hoy en curso, no responde a las concepciones indígenas, tal como las hemos descrito antes. La medicina occidental y las medicinas indígenas trabajan basadas en concepciones diferenciadas del cuerpo, la vida, la muerte, la enfermedad y la salud. Ya que hay normas que reconocen y promueven la diversidad cultural, es necesario encontrar los mecanismos para implementarlas. Algunos estados suramericanos han avanzado, por lo menos en la normatividad, y en Colombia, se cuenta con algunas experiencias de construcción conjunta de sistemas de prevención, promoción y de atención que tienen en cuenta la pluralidad de concepciones, pero hace falta librar los obstáculos de un contexto neoliberal, la débil capacidad institucional de los Estados, las carencias en los procesos participativos, y las dificultades que plantea para los sistemas nacionales un enfoque descentralizado y transnacional¹³.

La pluralidad cultural cruza también el ámbito de la atención y del acceso a los servicios de salud, de la participación en el sistema y de la articulación de los sistemas de salud tradicionales con el existente propuesto por el Estado. Actualmente la medicina occidental ha ganado espacio, aunque se hacen intentos por mantener activas, y en uso, las medicinas tradicionales. En un estudio realizado en La Guajira colombiana, se concluyó que los sistemas nacionales —el colombiano y el venezolano— son considerados por los wayuu como complementarios entre sí, y con la medicina tradicional. Aunque es generalizado el temor frente a la desaparición de las prácticas médicas tradicionales, debido al aumento del uso de los servicios de salud nacionales, podría decirse que los wayuu logran diferenciar, para cada dolencia en particular, las mayores ventajas que les ofrece cada sistema nacional de salud, así como el tradicional. Sin embargo, lo que sí es evidente es una tendencia hacia la curación, en desmedro de la promoción y prevención, tendencia causada por el fuerte enfoque curativo de los sistemas nacionales (Dover y Puerta Silva, 2008).

Aunque las aseguradoras y hospitales creados por grupos indígenas han logrado un posicionamiento en el sistema de salud, y cumplen en parte con los estándares financieros y de calidad que exige el sistema, no logran aún la adecuación cultural de los servicios y de la atención. La interculturalidad no es solamente tener traductores y/o tener médicos nativos dentro de la estructura médica disponible. Mucho menos, ésta es dada de facto por ser una institución indígena. La adecuación intercultural significa que tanto para los indígenas como para los otros usuarios no indígenas se tenga en cuenta su cosmovisión y sus propias prácticas para prestarle los servicios. La interculturalidad no es tampoco,

12 *Conversaciones con Aida Gálvez (2010), profesora de la Universidad de Antioquia*
13 *La experiencia de Nazareth en La Guajira; La experiencia reportada en Guevara (1998) de la seccional de salud de Vaupés. Asimismo, el proceso de Dusakawi EPSI y Gonawindua en la Sierra Nevada de Santa Marta. Existen múltiples documentos que dan cuenta de los esfuerzos de las organizaciones amazónicas para consolidar sus propuestas de modelos de atención interculturales y transfronterizos (OPS, OTCA, & REDSIAMA, 2005; RedSIAMA, 2002; Rossi, 2007).*

instalar a un médico indígena al lado del occidental, o institucionalizarlo. Se trata más bien de establecer mecanismos de referencia y contra-referencia, de consultas inter-médicas, de acuerdos en las propuestas curativas entre los médicos. Se trata asimismo de fortalecer la medicina tradicional en sus propios términos y lugares, garantizando su reproducción y el acceso a ella en las mismas condiciones que a los servicios del sistema nacional de salud. Sin embargo, un enfoque más integral es necesario... la salud para las comunidades indígenas está relacionada intrínsecamente con el territorio (condiciones de existencia) y con el orden social. Por ello, la mayoría de pueblos indígenas solicitan incluir en las actividades de prevención y promoción el fortalecimiento de la medicina propia, pero también acciones como proyectos productivos que garanticen la seguridad alimentaria, o el saneamiento de los resguardos¹⁴. En el caso indígena, tal vez se hace más evidente la necesidad de intersectorialidad para alcanzar niveles adecuados de salud.

La interculturalidad es una construcción cotidiana que no puede ser ni impuesta ni pensada desde la normatividad. La normatividad la posibilita, pero son las voluntades, las capacidades, las habilidades y el margen de maniobra de los actores, y las tradiciones locales, los factores fundamentales para construirla. La capacidad no sólo significa la adquisición de conocimientos, significa también la sensibilización frente al otro, frente a sus conocimientos, frente a su manera de vivir y de experimentar la vida. En este sentido, un grupo de investigadores consideramos que una interlocución en igualdad de condiciones y con léxicos compartidos fundamentaría una nueva forma de planeación y prestación de los servicios de salud (Dover y Puerta Silva, 2008). Sin embargo, pocos médicos hoy están preparados para comenzar un diálogo de saberes con los médicos indígenas que se encuentran en las localidades. No solamente no están preparados, sino que la flexibilidad laboral, las precarias condiciones laborales, el aislamiento y la protocolización de la práctica médica, afectan la estabilidad del personal asistencial en los territorios indígenas o cerca de ellos¹⁵.

En el caso de los indígenas, el derecho a la autonomía territorial provee condiciones distintas para la adecuación de los servicios de salud. La Constitución de Colombia definió a los territorios indígenas como Entidades Territoriales¹⁶, asimilándolos a los roles de departamentos, distritos y municipios. Los resguardos indígenas participan de las rentas nacionales y sus autoridades, en tanto "entidades públicas", adquirieron responsabilidades relativas a la salud, la educación, el desarrollo y los servicios públicos. En este sentido, valdría resaltar que, por lo menos en Colombia, los pueblos indígenas son al mismo tiempo, agentes locales¹⁷ y usuarios del sistema de salud (Puerta Silva, 2004), lo

¹⁴ En varios modelos de atención en salud intercultural se encuentran éstos y otros elementos que tienen que ver con acciones por fuera del servicio médico en sí.

¹⁵ Tanto en La Guajira como en Antioquia, los médicos que más duran en ciertas localidades de difícil acceso son los rurales, y cada vez menos, asienten a realizar su servicio social en estas zonas.

¹⁶ El término de Entidades territoriales se refiere a los municipios, departamentos y territorios indígenas que participan en las rentas nacionales.

¹⁷ Basados en el "principal-agent approach", Bossert y Beauvais (2002) definieron dos actores en los sistemas de salud: los "principales" (los Ministerios de salud y las instituciones estatales que regulan los sistemas descentralizados de salud); y los "agentes locales" (gobiernos municipales y regionales, así como las oficinas descentralizadas o las instituciones autónomas que implementan las acciones definidas por los principales). En este sentido,

que podría ser en principio, una condición favorable. Sin embargo, el desconocimiento de los derechos consignados en el aseguramiento, las prácticas clientelistas arraigadas, la posibilidad de lucro dentro del sistema, y las dificultades de la adecuación de los servicios con una reglamentación estricta del cumplimiento de indicadores de atención, son algunos elementos que dificultan el ejercicio de gestión de los gobiernos indígenas.

Trascendiendo los límites fronterizos y atendiendo territorios

No se podría decir que los límites fronterizos y geográficos coincidan con las dinámicas propias de la salud y la enfermedad. Las epidemias no conocen estos límites. Para evitarlas y detenerlas se les imponen fronteras distintas a las geográficas: políticas, económicas, sociales y culturales¹⁸.

Los organismos internacionales han propuesto varias iniciativas de sistemas de salud que se fundamenten en las condiciones locales. Los sistemas locales de salud pretendían desarrollarse, reconociendo y acogiendo la diferencia y la autonomía de las localidades, proporcionándoles las condiciones necesarias para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Según la Organización Panamericana de la Salud, los sistemas locales de salud en contextos culturalmente plurales consistían en *"el complejo conjunto de procesos, que constituyen la totalidad de las acciones sociales en salud en el nivel local, incluyendo pero no restringiéndose a la prestación de servicios de salud"* (OPS, 1993).

Los sistemas locales de salud y los modelos de atención reconocen la relación intrínseca de la salud y las condiciones locales de existencia de las poblaciones. El desarrollo local de sistemas de salud permitiría la construcción y mantenimiento de una infraestructura ajustada a las condiciones particulares de la región y de la población; la conformación de un cuerpo de agentes de salud nativos, promoviendo el acceso a la salud, mejorando el uso de los servicios de salud y la articulación de las prácticas médicas tradicionales con el sistema nacional. Se ha asumido que la participación de la comunidad en la definición de acciones y programas basados en sus necesidades, problemas y expectativas, podría promover su compromiso con su propia salud y el funcionamiento del sistema de salud.

Aunque se han logrado acuerdos bilaterales sobre las acciones de cooperación, especialmente en salud pública, todavía es necesario avanzar hacia el diseño e implementación de modelos de atención que convengan con los modelos de cada uno de los sistemas de salud nacionales, con las concepciones indígenas sobre la salud y las prácticas médicas, los requerimientos socioambientales, y la garantía de condiciones de existencia apropiadas.

se considera a los gobiernos indígenas como agentes locales, pues participan en los procesos locales del sistema de salud.

¹⁸ Reflexiones recogidas durante "Fronteras que unen. Encuentro amazónico de cuatro naciones". Organizado por CISP y ZIO A/I. Bogotá, Biblioteca Luis Ángel Arango, del 16 al 18 de abril de 2008.

La cooperación internacional tiene una larga historia. A finales del siglo XIX se discutieron medidas de cuarentena para tratar las epidemias de la plaga y el cólera, que terminaron en acuerdos de cooperación internacional. Después de las dos guerras mundiales, el Plan Marshall para la recuperación de Europa incluyó ayudas para los servicios de salud. En la actualidad, la cooperación internacional se ha concentrado en lo que algunos denominan los “bienes públicos internacionales”, pero es complejo acordar acciones que comprometen intereses muy distintos (Walt, 2006)¹⁹.

“El nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) ofrece a los países nuevas oportunidades para fortalecer las capacidades de salud pública y colaborar entre sí. Los países de las Américas deben asumir las nuevas obligaciones que establece el RSI para prevenir y controlar la propagación de las enfermedades dentro y fuera de sus fronteras” (OMS, 2007a, p. 21).

El reconocimiento de las condiciones en las que viven actualmente las poblaciones ubicadas en límites fronterizos es un acercamiento a sus necesidades y expectativas. No puede ser posible que un límite administrativo imponga un sitio de atención, físicamente más lejano que otro más cercano, pero alejado administrativamente. En principio, los conglomerados de poblaciones que comparten características culturales, sociales y ambientales, tendrían que compartir también los modelos de atención en salud.

En este sentido, desde la escala más local hasta la regional, los planes de salud se convertirían en las políticas locales de los sistemas nacionales de salud fundamentadas en las propias realidades. Sin embargo, la adecuación de los servicios de salud se da más en el nivel cotidiano de los actores que como resultado de negociaciones participativas e institucionalizadas posteriormente. Por ello, todo el tiempo se encuentra que el desempeño de los sistemas de salud convencionales se ve afectado por aspectos relacionados con las prácticas y visiones sobre la salud, los patrones de residencia, las migraciones estacionales, las actividades productivas, las actividades rituales, las condiciones ambientales, entre otros factores (Puerta Silva et al., 2008-2010).

El desarrollo local de sistemas y de planes de salud proporcionaría, idealmente, un espacio de participación importante para los pueblos indígenas, trascendiendo los procesos de consulta y concertación promovidos internacionalmente²⁰. Desde el momento en el que se establezcan las prioridades locales en salud de acuerdo con las necesidades de las poblaciones y con sus intereses, es posible que se avance también, hacia la intervención de los usuarios en procesos de control, vigilancia y evaluación. Pero para que este escenario sea posible, es fundamental que la participación indígena, y la sensibilización y voluntad de los gobiernos locales y nacionales, sean dirigidas hacia un esfuerzo conjunto en el desarrollo local de sistemas de salud, manteniendo su articulación y cooperación con los sistemas nacionales.

¹⁹ El caso de la resistencia creada por el abuso de antibióticos en países de ingresos bajos, es uno de ellos. Los países productores son reacios a llegar a acuerdos que impliquen la reducción de estos medicamentos en los mercados.

²⁰ Como ha sido dispuesto por la Convención 169 de la Organización Internacional del Trabajo; la Constitución colombiana de 1991; la Ley 21 de 1991 y las otras normas relacionadas.

Por ello, el *enfoque territorial de los sistemas de salud* llama la atención sobre las particularidades locales que se extienden sobre un espacio más allá de divisiones político-administrativas. El territorio podría ser definido desde esta perspectiva como la producción, reproducción, representación y apropiación de un *espacio de existencia* por grupos humanos, asemejándose a una noción de ambiente, que incluye a la naturaleza, al ser humano, y a otros seres y elementos con los que los humanos interactúan según las diferentes cosmovisiones. Esta definición de lo territorial implica reconocer que las áreas delimitadas, por ejemplo epidemiológicamente, pueden variar con relación a sus comunidades, lo que implicaría que un programa de salud pública para la malaria tendría necesariamente que identificar y enfrentar las variaciones socioculturales del territorio y no exclusivamente, geográficas. En este sentido, el enfoque territorial identifica los territorios de influencia de un modelo de atención o de un sistema local de salud, en términos de las características de las poblaciones y de sus espacialidades, y no, en términos de accidentes geográficos o límites político-administrativos.

De manera que un enfoque socioespacial entiende que lo local, consiste en procesos experienciales y culturales propios de las poblaciones, en la interpretación y agenda propia de los gobiernos locales, y en los procesos que articulan a las localidades y a las poblaciones con procesos más amplios o globales. Los servicios de salud y los modelos de atención tendrán que ser construidos localmente para responder adecuadamente a todas estas condiciones.

Tal vez los principales retos en los límites fronterizos tengan que ver con acciones coyunturales y acciones de largo aliento: por ejemplo, el control epidemiológico, podría asumirse como respuesta a los eventos que surjan. Pero la vacunación y los controles de vectores, por ejemplo, requieren ser acciones periódicas y coordinadas, por los riesgos de repetición o de abandono de sectores. Por otro lado, la adecuación cultural de los servicios, a partir del desarrollo de modelos de atención intercultural y transfronterizo, son acciones permanentes que requieren la identificación de las diferencias y de las semejanzas entre los sistemas nacionales, y un mecanismo multi-lateral de coordinación y participación en los límites fronterizos.

Avanzando hacia sistemas de salud desde enfoques territoriales, interculturales y participativos

Como hemos señalado antes, los indígenas son al mismo tiempo usuarios y agentes decisores y formuladores de políticas. *Por ello, en el ejercicio de derechos y de roles en el sistema colombiano, los conocimientos, léxicos, actitudes y capacidades, además de las oportunidades, determinan la autonomía del usuario en su ejercicio como individuo y ciudadano, a través de decisiones informadas* (Dover y Puerta Silva, 2008, p. 41).

En este sentido, una perspectiva educativa/informativa en materia de la relación con los sistemas de salud, aportaría también a la construcción de sistemas de salud locales. No basta con reconocer la diversidad cultural y sus implicaciones para la formulación y ejecución de políticas públicas en materia de salud. La formación de *ciudadanos informados e interesados* implica

que éstos amplíen sus expectativas frente al Estado como garante de sus derechos en salud y que por su parte, se movilicen para ejercer sus derechos; pero también, que éstos se movilicen para asumir responsabilidades y compromisos, participando en la toma de decisiones.

Hemos detectado que la participación, entendida institucionalmente como la asistencia a reuniones informativas o consultivas, o como la incidencia en decisiones, o la utilización de mecanismos adversariales como la tutela, o el control y la veeduría ciudadana, restringe otras modalidades de participación que son más cotidianas, “naturales” y sostenibles. Por el último estudio realizado, la mayoría de los usuarios del régimen subsidiado tiende a “participar” de manera situacional, y muy pocos, de manera permanente. De hecho, aquellos que se mantienen permanentemente en contacto con espacios de participación institucionales, son líderes comunitarios o personas que de alguna manera ejercen una mediación entre sus redes sociales y las instituciones del sistema. Las motivaciones e intereses están en el fundamento de la participación (Puerta Silva et al., 2008-2010).

La participación de las comunidades tal vez pueda ser posible y sostenible si se sienten motivadas e interesadas por las decisiones y por el desarrollo de proyectos que intervienen en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Frecuentemente las prioridades de las comunidades tienen que ver con su supervivencia —sus formas de producción económica y de reproducción social—. Por ello, los derechos a la salud se extienden a todos esos aspectos que inciden en su mantenimiento o recuperación. Si bien un sistema nacional de salud no tendría la capacidad ni la responsabilidad de resolver, por ejemplo, problemáticas relativas a la provisión de agua, tendría que crear los mecanismos intersectoriales de cooperación con las entidades encargadas. Las acciones en salud deben responder a una visión integral de la salud y la enfermedad y, en consecuencia, deben estar íntimamente ligadas a las acciones generales de mejoramiento de la calidad de vida. Finalmente, los patrones de cuidado a la salud, también deben considerar los cambios rápidos que sufren los pueblos indígenas y sus efectos sobre la salud. En este sentido, además de un enfoque territorial de la salud, lo que la evidencia muestra en contextos indígenas, es la necesidad de un enfoque *integral socioespacial del bienestar*²¹.

En el caso de los contextos culturalmente plurales, la participación es un proceso que se convierte en una negociación de concepciones, ideas y prácticas en donde los intereses se cruzan y las nociones divergen. No debería tratarse de una negociación de conflictos, sino más bien, de una negociación de intereses y prioridades en donde se logra la participación desde el comienzo del proceso y un compromiso reflejado en la permanencia y constancia. Estas negociaciones implican una serie de transacciones implícitas y explícitas mediante las cuales los actores priorizan sus intereses, presentan sus necesidades y ceden o no de acuerdo a los intereses y necesidades de los otros.

²¹ Línea de énfasis desarrollada para la maestría en estudios socioespaciales del Instituto de Estudios Regionales Iner (Dover y Puerta Silva, 2010).

Estas negociaciones, en general, conllevan pérdidas, debidas a la capacidad de las comunidades y sus interlocutores, y a las estructuras de poder que rigen esas negociaciones. En el momento en que se recuperen y fortalezcan los canales de autoridad y toma de decisiones al interior de las comunidades indígenas, y los mediadores —las organizaciones indígenas, los representantes legales y otros líderes— reconozcan su compromiso colectivo con sus comunidades de origen, las transacciones podrán llegar a ser más equitativas pues se ganará equilibrio en la balanza de las relaciones²². Además en esa medida, serán capaces de controlar el uso que las entidades territoriales hacen de sus recursos y tendrán más incidencia en las decisiones que a ese respecto se tomen. De este modo, los actores conjuntamente tendrán la responsabilidad en la adecuada inversión de los recursos para salud y de las regalías producto de la explotación minera, así como de la ejecución de los recursos provenientes de la participación en los Ingresos Corrientes de la Nación.

“Este uso adecuado [de los sistemas de salud], es decir, efectivo y participativo, incluye aspectos como la co-responsabilidad Estado/usuario en el mantenimiento de la salud, la solidaridad entre usuarios, el uso de los espacios de participación y de los mecanismos jurídicos para exigir la protección de los derechos y la calidad de los servicios” (Dover y Puerta Silva, 2008, p. 13).

Si bien las políticas generales de salud promueven el funcionamiento descentralizado de los sistemas de salud, con algunos logros en salud pública, los modelos de atención, no logran adecuarse a las condiciones epidemiológicas y a las poblaciones locales. Los modelos estándares de atención no alcanzan a satisfacer ni las necesidades ni las expectativas de las poblaciones vulnerables, y mucho menos, de los indígenas, los cuales requieren tener acceso a servicios adecuados culturalmente, e incluso, a servicios articulados con las medicinas tradicionales.

Con las reformas de los sistemas de salud, a los ciudadanos se les atribuye la co-responsabilidad sobre su salud individual y colectiva. Se espera que estén informados sobre el auto-cuidado, el funcionamiento del sistema y sus principios, sobre sus “derechos asegurados” y los espacios y mecanismos de participación y de protección. Al mismo tiempo, la integración del sector privado y de la delegación a terceros de la función pública en una lógica de mercado, le exige adicionalmente al usuario ser un consumidor crítico.

Hay varios desfases entre los roles asignados a los usuarios del sistema de salud, y la relación histórica que estos han tenido con el mismo y con el Estado. Por un lado, el Estado después de declararse multicultural y pluriétnico, permitió el ejercicio de derechos por parte de diversos grupos sociales que demandaron la adecuación de la salud y la educación, además del reconocimiento territorial, jurídico, económico y político. Pero por otro lado, las lógicas del asistencialismo, la caridad y el clientelismo siguen permaneciendo en las prácticas tanto de usuarios como de agentes institucionales. Tal vez esto incida en la posición frente al servicio que asume el usuario

²² En algunos pilotos llevados a cabo en La Guajira con mesas de trabajo en salud, pudimos observar el “ganana” de las negociaciones llevadas a cabo. La sostenibilidad de estos espacios y mecanismos de interlocución tuvo que ver sin embargo, más con la voluntad institucional de mantenerlos y apoyarlos, que con los resultados.

subsidiado por el Estado y que es atendido “gratuitamente”: subvalora su derecho y asume un papel de ciudadano de segunda categoría (Dover y Puerta Silva, 2008; Puerta Silva et al., 2008-2010).

Esta interpretación por parte de los actores, puede traducirse en inequidad en el tratamiento. Si hay una noción de jerarquía de méritos donde el criterio es la capacidad de pago y no el grado de necesidad del servicio, existe un riesgo mayor para los indígenas, no solamente por los factores sociales y ambientales que redundan en su calidad de vida, sino también por las condiciones desiguales a las que se les somete en el tratamiento de enfermedad, y la recuperación y el mantenimiento de la salud.

La fragmentación de los sistemas de salud a la que actualmente asistimos adolece de un enfoque integral, territorial y participativo. Falta continuidad entre un gobierno central que regula desde las capitales y unos gobiernos locales que implementan las políticas con intereses no siempre acordes con las necesidades de las poblaciones. La delegación y la descentralización favorecieron de manera perversa la confusión de responsabilidades y por supuesto, la posibilidad para los actores institucionales de evadir sus responsabilidades y asignárselas a otros, lo que resulta en los recorridos administrativos de los usuarios por todo el sistema, en detrimento de la oportunidad y la calidad de los servicios.

La falta estructural de regulación y control en el sistema es el ambiente más propicio para la prelación de los intereses de lucro en un sistema de función pública y con dineros públicos. Es preocupante que no se apliquen sanciones a los delegados (terceros prestadores y aseguradores) del Estado por sus resultados sanitarios negativos²³. El control del Estado se vería beneficiado por una participación y vigilancia social, que se da en la medida en que los usuarios se conciben también como agentes locales, que inciden en las decisiones. No es nada nuevo decir que la construcción de modelos locales de atención, tendrá que tener como aspectos centrales la interlocución en igualdad de condiciones, el interés y la voluntad de todos los actores, y la implementación acorde con la reglamentación del sistema.

Para ello es necesario según el modelo de interlocución desarrollado por Dover y Puerta (2008; 2007)²⁴ preparar a todos los participantes para que alcancen la capacidad y la disposición para involucrarse en procesos de negociación, que resulte en acuerdos para los cuales hay niveles compartidos de responsabilidad.

El Modelo de Interlocución propone articular los espacios ya existentes con el fin de llegar a acuerdos sobre modelos de atención interculturales y transfronterizos. Rossi

23 La falta de regulación está en parte en el fondo de la Emergencia Social en Salud, aunque los decretos dirijan el control hacia médicos, prestadores de servicios, y usuarios, y no hacia las administradoras de los recursos (EPS).

24 En La Guajira probamos el Modelo de Interlocución sobre el desempeño local del sistema de salud que consiste en “un conjunto de procedimientos metodológicos que propician las condiciones adecuadas y los espacios de interlocución de confianza y no beligerantes, para la comunicación efectiva. En la Mesa de Trabajo en Salud, usuarios y agentes del sistema o institucionales (servidores públicos, decisores, guías educativos, promotores, atención al usuario, personal asistencial), identifican conjuntamente los problemas, factores y actores involucrados, para concertar acciones de mejoramiento” (Puerta Silva y Dover, 2007, p. 355).

muestra por ejemplo para la Amazonía, que los consejos municipales de seguridad social, incluyen representantes indígenas aunque no funcionan como espacios para la formulación de políticas. Allí se buscan las aprobaciones de los Planes de Salud Colectiva sin ninguna discusión previa. Es decir, son instancia aprobatorias y no de construcción y proposición colectiva (Rossi, 2007)²⁵.

Los espacios de concertación horizontales y no adversariales, por fuera de los circuitos políticos e independientes de las coyunturas administrativas, se convierten en espacios autónomos y en mecanismos permanentes de acuerdo para la solución de problemas locales del sistema, en los cuales todos los actores se involucran en la definición y ejecución de tareas que redunden en el mejoramiento de la calidad de los servicios. Las mesas de trabajo en salud son un mecanismo ya conocido por los pueblos indígenas en la Amazonía. Sin embargo, éstas carecen de procesos previos de preparación, fortalecimiento de las capacidades y sensibilización de los actores. También adolecen de falta de continuidad y de inestabilidad. Por ello, es pertinente insistir en la importancia equivalente que tienen los componentes del Modelo de interlocución propuesto: el conocimiento del contexto, la preparación para la interlocución y la interlocución²⁶. Haría falta uno a dicional: el seguimiento. Estos procesos requieren por lo general, y durante un periodo de tiempo, el liderazgo de alguno o algunos de los actores para garantizar su continuidad.

En la Amazonía se han hecho adelantos sustanciales hacia la definición de modelos de atención en salud interculturales y transfronterizos. Las iniciativas en curso podrían beneficiarse de procesos de educación e de información de los usuarios en el funcionamiento de los sistemas actuales de salud, del fortalecimiento de su capacidad organizativa, de la sensibilización y capacitación del personal asistencial y de los gobernantes locales, y de la creación de espacios de confianza no politizados. En este sentido, tal vez sea el control social, aquel ejercido por los ciudadanos indígenas, desde su participación en los procesos de decisión sobre los modelos de atención y desde el ejercicio de libre elección de la EPS, su mayor aporte al fortalecimiento del Estado y en consecuencia, a su autonomía frente a las condiciones económicas y políticas que se imponen globalmente. ts

25 La misma situación fue observada por nosotros en La Guajira (Dover y Puerta Silva, 2008). En Frontino, Antioquia, los líderes de las comunidades solicitaron mesas de trabajo periódicas con el objeto de garantizar el perfeccionamiento continuo de las estrategias de solución de problemas en salud (Gálvez et al., 2007).

26 Componente 1: Conocimiento del contexto: Identificar los actores pertinentes: usuarios, instituciones, personal asistencial, personal de atención al usuario, gerentes, directores y coordinadores. Comprender cuáles son los aspectos que permiten o no la interlocución entre los actores, y qué se necesita para crear un espacio de interlocución: capacitación, fortalecimiento de la organización comunitaria, voluntad política, recursos, sensibilización de los agentes institucionales, diagnósticos, etc. Componente 2: Preparación para la interlocución: Convocar e involucrar a los actores identificados para que participen en el Modelo. Implementar las estrategias pertinentes para mejorar las condiciones de interlocución: talleres de capacitación, materiales educativos, programas de radio y televisión, audiencias públicas, diagnósticos institucionales, etc. Componente 3: Interlocución: Poner en marcha la Mesa de Trabajo en Salud, en donde se identifican y priorizan los problemas, se identifican las causas, y se logran acuerdos frente a las soluciones, los plazos y los responsables (Dover y Puerta Silva, 2008, p. 198).

Bibliografía

- Bossert, T., & Beauvais, J.** (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14-31.
- Corte Constitucional República de Colombia.** (2008). Sentencia T-760 (pp. 411).
- Dover, R. V., & Puerta Silva, C.** (2008). El derecho a la salud: la participación en el régimen subsidiado. Medellín: Colciencias, Universidad de Antioquia - Instituto de Estudios Regionales.
- Dover, R. V., & Puerta Silva, C.** (2010). Línea de énfasis en integralidad socioespacial del bienestar: Maestría en Estudios Socioespaciales, Iner, Universidad de Antioquia.
- Gálvez, A., Rosique, J., Restrepo, M. T., Manjarrés, L. M., Santa, J., & Marín, G. A.** (2007). Hábitos alimentarios y estado nutricional del pueblo embera de Frontino (Antioquia), Informe Final. Medellín: Convenio Maná Gobernación de Antioquia, Oia, Grupo de Investigación Medio Ambiente y Sociedad de la Universidad de Antioquia.
- Gauri, V.** (2003). Social Rights and Economics. Claims to Health Care and Education in Developing Countries. *World Bank Policy Research Working Paper*(3006), 1-19.
- Hale, C. R.** (2005). Neoliberal Multiculturalism: The Remaking of Cultural Rights and Racial Dominance in Central America. *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review*, 28(1), 10–28.
- Hernández Álvarez, M.** (2000). El Derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud Pública*, 2, 121-144.
- McGregor, J. A.** (2004). Researching Well-Being: Communicating between the Needs of Policy Makers and the Needs of People. *Global Social Policy*, 4(3), 337-358.
- OMS.** (2006). La Salud de las Poblaciones Indígenas. Retrieved 09/04/2008, from <http://www.who.int/hhr/Indigenous%20Health%202006%20work%20sheet%20SPANISH.pdf>
- Agenda de Salud para las Américas 2008–2017, (2007a).
- OMS.** (2007b). El derecho a la salud. Nota descriptiva N°323. Retrieved 09/04/2008, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- OPS.** (1993). Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HHS/SILOS 34 Retrieved 13/04/2008, from http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/indi1_esp.doc
- OPS, OTCA, & REDSIAMA.** (2005, 21-23 de abril de 2005). Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía, Cartagena de Indias, Colombia.

- Personería de Bogotá.** (2008). Acción de tutela. Retrieved 18/10/2008, from <http://www.personeriabogota.gov.co/?idcategoria=407>
- Puerta Silva, C.** (1999). Aportes desde las concepciones indígenas a los enfoques ecosistémicos sobre el proceso de salud-enfermedad, el bienestar humano y la salud ambiental. Estudio de caso: pueblo indígena wayu. Unpublished Trabajo de grado para optar por el título de Antropología, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Puerta Silva, C.** (2004). Roles y estrategias de los gobiernos indígenas en el sistema de salud colombiano. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 85-121.
- Puerta Silva, C.** (2007, 10 de noviembre de 2007). La perspectiva de la territorialidad y la particularidad cultural en el significado de la salud pública. Paper presented at the Quinto Congreso Internacional de Salud Pública "Salud, Ambiente y Desarrollo". Panel: Elementos para la renovación de la salud pública en el marco de la multidimensionalidad de la relación Salud, Ambiente y Desarrollo, Plaza Mayor, Medellín.
- Puerta Silva, C., & Dover, R. V.** (2007). Desarrollo de un Modelo de Interlocución para el Sistema de Salud basado en el Caso de la Guajira Colombiana. *Revista de Salud Pública*, 9(3), 353-368.
- Puerta Silva, C., Dover, R. V., Garcés, V., Agudelo, A., Gómez, M., & Yepes, C.** (2008-2010). Fortalecimiento de la participación social en salud mediante TICs y otras estrategias educativas, Proyecto de investigación CODI Mediana Cuantía. Medellín: Iner, Universidad de Antioquia.
- RedSIAMA.** (2002, 24-27 de septiembre de 2002). Memorias Reunión de planificación del proyecto "Concertación de un modelo de atención en salud en comunidades indígenas de la Amazonía y Orinoquía colombiana", Villeta, Colombia.
- Rossi, M.** (2007, 23-26 de julio de 2007). Participación indígena en políticas de salud en la Amazonía Colombiana. Paper presented at the VII Reunión de antropólogos de Mercosur, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Santos, B. d. S., & García Villegas, M.** (Eds.). (2001). El caleidoscopio de las justicias en Colombia. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Scrimshaw, S. C.** (2006). Culture, behavior, and health. In M. H. Merson, R. E. Black & A. J. Mills (Eds.), *International Public Health. Diseases, programs, systems, and policies* (pp. 53-78). Sudbury, Massachusetts, United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- Vélez, A. L.** (2005). La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud? *Colombia Médica*, 36(3), 199-208.
- Walt, G.** (2006). Global cooperation in international public health. In M. H. Merson, R. E. Black & A. J. Mills (Eds.), *International Public Health. Diseases, programs, systems, and policies* (pp. 667-699). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

