



Salud indígena, entre la desigualdad, el reconocimiento y el mercado

Pese a los procesos de construcción concertada de la política pública de salud indígena en Colombia, sus avances resultan ineficaces debido a los altos niveles de desigualdad que viven los pueblos indígenas y a la subordinación de cualquier acuerdo a la estructura de mercado de la Ley 100.

Según el censo de 2005, la población indígena es de 1.392.623 habitantes distribuidos en 27 departamentos y 228 municipios. La mayoría habita en 710 resguardos titulados con una extensión de cerca de 34 millones de hectáreas (el 29,8 % del territorio nacional), la mayor parte de ellos en ecosistemas estratégicos como la Sierra Nevada de Santa Marta, el Chocó Biogeográfico, la Amazonía y el Macizo Colombiano, entre otros.

Se estima que existen más de 102 pueblos indígenas, el 70 % ubicado en el Meta, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. En total se registran 64 lenguas oficiales y un gran número de dialectos agrupados en 13 familias lingüísticas.

En Colombia los pueblos y territorios indígenas padecen diferentes formas de violencia relacionadas con las zonas que habitan, de interés estratégico militar, económico, social y político para los actores del conflicto. Estos guardan estrecha relación con los intereses del gran capital, el extractivismo, la generación de energía y el narcotráfico.

La población indígena es sujeto de normas que suelen vulnerar sus derechos en participación política, tierras, recursos naturales, salud y educación. Además, pocas veces es consultada en el diseño de programas gubernamentales, que pasan por alto su cultura. Al mismo tiempo, la defensa que realizan de sus derechos y territorios los ha convertido en diana de las violaciones a los derechos humanos.

Algunos indicadores relacionados con el ámbito de la salud muestran que en 2013 la mortalidad materna entre la población indígena fue 6,8 veces mayor que la de población afrocolombiana, y ésta dos veces mayor que la nacional.

En relación con la tasa de mortalidad infantil, esta es 2,6 veces mayor entre los indígenas de la media nacional, y la mortalidad por desnutrición es dos veces mayor en aquellos municipios con población indígena en comparación con el promedio nacional.

Como resultado de un proceso de contienda política de las organizaciones indígenas, durante las últimas cuatro décadas se ha desarrollado una política pública en salud marcada por tres grandes tensiones.

La primera de ellas es el deterioro progresivo y profundo de las condiciones de vida y de los procesos de determinación de la salud, que están implicando la extinción de algunos



de estos. La segunda se relaciona con la lucha por la gobernabilidad y participación de las comunidades en el sistema de salud colombiano; y la tercera corresponde a la reivindicación de gozar de un modelo de salud propio e intercultural que abarque la cosmovisión, los saberes y las prácticas de cada pueblo, los conceptos de territorio y la adaptación sociocultural de la medicina occidental.

Dichas tensiones se vienen plasmando en políticas públicas que se han transformado significativamente desde finales del siglo XIX (Ley 89 de 1890) –cuando los indígenas eran considerados menores de edad que debían ser civilizados– hasta la Constitución de 1991, en la que emergen como sujetos colectivos de derecho, revestidos de poder y autoridad en justicia, gobierno y administración de sus territorios.

Atención integral

La legislación explícita en salud empezó con el decreto 1811 de 1990 y la resolución 5078 de 1992, instrumentos que determinan la gratuidad en los servicios de salud, el fortalecimiento de la medicina tradicional y la formación de personal propio de salud.

Con la Ley 100 de 1993 comienza una nueva etapa para el desarrollo de las tensiones entre los pueblos indígenas y el Estado, en el escenario de un modelo de salud basado en el mercado con subsidio a la demanda individual, gestión del riesgo financiero frente a contingencias individuales, muy precaria intervención colectiva y, sobre todo, desaparición de la gratuidad y la centralidad de la medicina tradicional.

Después de 23 años de Ley 100 –y en medio de grandes movilizaciones, diálogos y negociaciones– se han producido una veintena de normas que van desde acuerdos del extinto Consejo de Seguridad Social, la desaparecida Comisión de Regulación en Salud (CRES), resoluciones, decretos, leyes como la 691 de 2001, sin reglamentar a la fecha, párrafos en los planes de desarrollo nacional y textos de reformas a la Ley 100, hasta el Decreto Ley 1953 de 2014, que consagra el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).

En su origen comunitario, esta propuesta buscaba resolver las tensiones a favor de una gobernabilidad de todo el sistema de salud en los territorios indígenas, a cargo de las autoridades propias, reconocidas por el artículo 330 de la Constitución de 1991.

La iniciativa busca fortalecer la medicina tradicional y adecuar socioculturalmente la medicina occidental y las medicinas alternativas para intervenir de manera integral los procesos de determinación en salud y calidad de vida a través de los componentes político-organizativos, de formación e investigación, de administración y de cuidado de la salud.



Sala de Prensa

No obstante lo anterior, y como ha sucedido desde la Ley 100, el proceso de reconocimiento a la diversidad étnica ha ido de la mano de la subordinación de las propuestas indígenas a la lógica del Sistema General de Salud y Seguridad Social y a la creación de instituciones como las EPS y las IPS indígenas.

Si bien tales adaptaciones se rigen por el sentido y la normatividad del modelo de salud basado en el mercado y en su profunda lógica individualista, esto ha provocado la reducción de la gobernabilidad indígena a aspectos marginales en medio de la complejidad de este tipo de instituciones, que hoy en día afrontan una grave crisis de sostenibilidad, legitimidad y eficacia, lo cual relega a un segundo plano los modelos de salud propios, colectivos y territoriales.

En este contexto el Sispi se ha convertido en un campo de contienda en el que el Gobierno está siempre presto al reconocimiento formal de lo propio en salud, pero en el marco de la imposición real de unas reglas de juego y un modelo que además amenaza con debilitar las organizaciones indígenas.

Al tenor de la jurisprudencia constitucional, la legislación internacional, el proceso de paz y el tránsito al posconflicto, es importante advertir acerca de la necesidad de construir un verdadero modelo intercultural en el que los saberes y poderes de sujetos colectivos sean reconocidos sin la asimetría entre diversidad formal y hegemonía del mercado, al mismo tiempo que se reducen las desigualdades para estas comunidades.