

Una perspectiva crítica de las políticas públicas en salud: El caso del resguardo indígena Ticoya en la Amazonía colombiana*

A critical perspective of public health policies: The case of the Ticoya indigenous reservation in the Colombian Amazon

Isabel Cristina Preciado Ochoa¹

Copyright: © 2019 Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo.

La Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la [licencia creative commons](#) Atribución–NoComercial–SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Tipo de artículo: Resultado de Investigación

Recibido: abril de 2019

Revisado: abril de 2019

Aceptado: abril de 2019

Autores

¹ Magíster en Desarrollo. Universidad Pontificia Bolivariana, sede Medellín-Colombia.

Correo electrónico: isamonin@gmail.com

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-8066-2324>

Resumen

Una aproximación al significado de la salud pública, a sus proyectos y programas dentro de lo que es conocido como la planeación para el desarrollo tiene relevancia, ya que es en este contexto donde son planeadas las acciones para atender enfermedades como la malaria. Por tal razón, este artículo propone una lectura crítica de la salud pública a partir de la revisión de fuentes secundarias, identificando los encuentros y desencuentros entre las visiones de la institucionalidad y del mundo indígena del resguardo Ticoya, en la Amazonía colombiana. Al contrastar la manera en que nociones como buen vivir, interculturalidad en salud y medicina tradicional, son representadas y planeadas.

Palabras clave: Desarrollo, políticas públicas, salud, enfermedad, conocimiento tradicional, indígenas.

Abstract

An approach to the meaning of public health, its projects and programs within what is known as development planning is relevant, since it is in this context where actions to address diseases such as malaria are raised. For this reason, this article proposes a critical reading of public health from the review of secondary sources, identifying the encounters and disagreements between the visions of the institutional and indigenous world of the Ticoya shelter, in the Colombian Amazon. By contrasting the way in which notions such as good living, interculturality in health and traditional medicine, are represented and planned.

Keywords: Development, Public Policies, Health, Disease, Traditional Knowledge, Indigenous.

Cómo citar:

Preciado, I. (2019). Una perspectiva crítica de las políticas públicas en salud: El caso del resguardo indígena Ticoya en la Amazonía colombiana. *Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo*, 6(1), 196-214.
DOI 10.21500/23825014.4016



* Esta investigación se realizó en el marco del proyecto de investigación: Implementación de un sistema de alerta temprana para la prevención y control de las principales ETVs en el departamento del Amazonas-Colombia, realiza por el Programa y Control de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Antioquia—PECET—, realizada con recursos de regalías de la gobernación del Amazonas, a los cuales doy todos los créditos de dicho artículo. De igual manera, se construyó en el marco de la maestría en Desarrollo de la Universidad Pontificia Bolivariana, sede Medellín como Pasante Becaria.

I. Introducción

En Colombia los problemas de salud pública son atendidos a partir del Plan Decenal de Salud Pública—PDSP—, directriz para definir el marco de actuación frente a las situaciones coyunturales de salud. Como diagnóstico son realizados anualmente los Análisis de Situación de Salud—ASIS—, y como plan de acción están los Planes Territoriales de Salud—PTS—. Ambos instrumentos permiten a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del PDSP, al evaluar y monitorear las políticas públicas para controlar o combatir las enfermedades que son un problema sanitario para todo un territorio.

Estos planes además deberían entrar en diálogo con las estrategias territoriales de cada administración municipal y departamental a través de sus planes de desarrollo, concretados a partir de presupuestos y líneas de articulación. Paralelamente los pueblos indígenas cuentan con sus propios planes de vida decenales, en donde establecen sus propias visiones de mundo y definen las acciones a desarrollar en diferentes componentes (salud, educación, economía, entre otros).

Este artículo pretende plantear una discusión sobre cómo se han desarrollado las políticas de salud pública en el país, evidencia que cobertura no es igual a acceso y posteriormente expone cómo operan dichas acciones en el territorio indígena de Puerto Nariño-Amazonas, y sí su configuración permite o no, un diálogo con conocimientos de salud propias de los indígenas y la posibilidad de construir un diálogo intercultural en salud.

II. Metodología

Este artículo parte de la propuesta investigativa fundamentada en el paradigma interpretativo, tomando elementos de diferentes enfoques teóricos que han buscado

alejarse de los análisis causales, multicausales y dicotómicos, por unos que fundamentalmente sus interpretaciones, más desde la trama de las relaciones y la complejidad de la vida. La elección de algunas nociones de enfoques como la epidemiología crítica (Breilh, 2013) y la epidemiología sociocultural (Hersch-Martínez, 2013), que entran en diálogo con postulados de la teoría modernidad/colonialidad (Castro-Gómez, 2005; Ilich, 1976) y el giro ontológico (Bonelli, 2015 y Blaser y De La Cadena, 2009).

De igual manera, se hace uso de los planteamientos del perspectivismo amerindio de Viveiro de Castros (2004) y más recientemente del giro ontológico (Blaser, 2011; De la Cadena, 2009; Escobar, 2014 y Bonelli, 2015, 2016); los cuales reivindican, no solo otras formas de conocer—epistemologías—, sino otros modos de ser—ontologías—. Por ejemplo, al develar que es necesario aceptar/considerar la existencia de otros mundos habitados por individuos de diferentes especies o individuos, humanos y no humanos. Tal análisis interpretativo se hace a partir de la revisión bibliográfica de fuentes secundarias.

Siendo así se requiere pensar otros abordajes metodológicos en la salud, que planteen una perspectiva crítica a la mirada funcionalista de la planeación para el desarrollo.

III. Breve historia de la salud pública en Colombia

La orientación de la salud en Colombia ha obedecido a instancias internacionales, tal como la presencia institucional de la Organización Panamericana de la Salud—OPS— en el país, como oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud—OMS— (OMS, 2008). Su llegada se da en un contexto particular de la década de los cincuenta del siglo XX; época en que fueron realizadas todas las intervenciones internacionales para Amé-

rica Latina, como resultado de las políticas de reactivación económica tras la posguerra (Escobar, 2007).

Este hecho fue un referente clave porque allanaría el camino de todas las acciones sanitarias y la incorporación de sus lineamientos en la definición de políticas en salud que, a pesar del distanciamiento vivido con las instituciones públicas en la década de los 90s, hasta hoy han venido incorporándose algunos de sus elementos (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002).

En el caso concreto de la salud pública en Colombia su historia inicial está definida por el control de las epidemias y de la sanidad portuaria hasta los años 30 del siglo XX. Posterior a ello, aparece una nueva mirada a la salud a través de estrategias preventivas asociadas a la erradicación de enfermedades que poco a poco produjeron “la necesidad de integrar los servicios curativos y preventivos en servicios de salud manejados por el Estado” (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002, p.63).

Surge así la ampliación del campo de acción de la higiene en el marco de un contexto particular que definió nuevas dinámicas en todo el mundo: la Segunda Guerra Mundial y la posguerra. Esta última buscó ampliar los ámbitos de la cooperación internacional, al llevar más recursos dentro de estructuras multilaterales, igualmente, se estandarizaron acciones en salud como la prescripción de tratamientos y medicamentos. Con la posguerra, Colombia suscribe acuerdos con el Banco Mundial (BM) y el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT), entre otras agencias de cooperación internacional, que, aunque fortalecieron el campo de la higiene y la salud, su principal objetivo no era este, sino la ampliación y promoción del comercio en América Latina. Al respecto el libro de Historia de la salud en Colombia plantea que,

La estrategia central para lograr el propósito de la incorporación de los pobres sería

el mecanismo de subsidio a la demanda y la definición de un “paquete mínimo de servicios” que se podría cubrir con dicho subsidio. El imperativo moral de ampliar la cobertura de los servicios de atención médica fue la justificación más utilizada para exhortar a los gobiernos a abrir las puertas del sector salud a la inversión de capital privado y a garantizar el éxito de la inversión de este capital, dada la inviabilidad de hacerlo por el camino de las instituciones públicas (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002, p.312).

Esta afirmación demuestra que el objetivo de los programas de desarrollo económico determinó la inclusión de los programas de salud pública, al ser considerados como esenciales y complementarios de los económicos (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002). Estos datos son importantes en tanto evidencian cómo en este contexto, las campañas de salud e higiene no estuvieron guiadas por fines altruistas, ni respetando a la población receptora, sino principalmente por intereses económicos. No solo para garantizar la fluidez en el comercio, sino para que toda materia prima o persona que entrara en contacto con el trópico, no fuera a difundir algún tipo de epidemia en los países del norte (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002).

En esta misma línea del tiempo, en el marco de la guerra fría, las acciones y hasta los años 80s, las políticas internacionales concentraron su trabajo alrededor de las Enfermedades Transmitidas por Vectores—ETVs— conocidas dentro de las enfermedades tropicales.¹ Razón por la cual se

¹ De acuerdo con la OMS las enfermedades tropicales son aquellas que ocurren únicamente, o principalmente, en los trópicos. En la práctica, la expresión se refiere a las enfermedades infecciosas que predominan en climas calientes y húmedos, como la malaria o paludismo, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la oncocercosis, la filariasis linfática, la enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana y el dengue. Todas ellas conocidas dentro del mundo de las patologías como ETVs.

suscribieron una serie de acuerdos y determinaron a nivel regional y por países, unas políticas que buscaban su erradicación.

Del mismo modo, comenzó a dársele una relevancia significativa a la formación de los “recursos humanos” en salud, a través de la promoción de nuevas facultades de medicina y la reestructuración de las existentes, acopladas ahora a los esquemas propios del “modelo norteamericano” de educación médica (Vargas *et al*, 2002, p.135). Y también se le dio relevancia a la institucionalización a través de la conformación de la Escuela Superior de Higiene, luego nombrada como Escuela Nacional de Higiene, institución creada para impulsar la formación de personal sanitario; y la creación en 1950 de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle.

En este contexto la salud fue reconocida como una inversión y no un gasto, para ello los procesos de planificación del desarrollo tuvieron un papel central, dándole paso a la promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la coordinación entre los distintos subsectores responsables de esas actividades, creando nuevas instituciones especializadas y estableciendo nuevas políticas. Estas estrategias pueden ubicarse en lo que la biopolítica define como dispositivos de control sobre el cuerpo de las personas. La infraestructura hospitalaria, el saneamiento básico y los planes de salud, fueron la respuesta a problemas sociales como la enfermedad, la pobreza y la higiene. Para su superación el conocimiento científico es requerido y con ello “el planeamiento social e intervención extensivos en la vida cotidiana” (Escobar, 1996, p. 216).

A lo largo del tiempo estas acciones van fortaleciéndose o transformándose dependiendo de la política económica adoptada. A partir de los años 80s, cuando inician las reformas neoliberales, las políticas en salud resultaron de los ajustes promovidos desde el Consenso de Washington en 1990, las

cuales condujeron al Estado colombiano a asumir como tarea exclusiva el desarrollo de políticas que garantizaran la libre acción del mercado.

Las propuestas de reforma en la salud para Latinoamérica fueron impulsadas, en la mayoría de los casos, por organismos financieros internacionales como el Banco Mundial—BM— y el Fondo Monetario Internacional—FMI—, o por fundaciones como Rockefeller (Escobar, 2007). Las estrategias de salud definidas a partir de las directrices que establecen dichos organismos, dejan de ser debatidas por los directamente implicados “siendo negociadas directamente entre las agencias financieras y el “área económica” de los gobiernos” (Almeida Filho y Silva Paim, 1999, p.14).

El resultado de lo anterior, es la mercantilización de la salud, y, por tanto, del saber médico, pues aún a pesar de tener una enorme variedad de herramientas diagnósticas, terapéuticas y avances médicos innegables, están limitadas por las disposiciones de un sistema que determina qué servicio médico puede brindarse o no. Esto es demostrable, en el caso de Colombia por el uso de la tutela como único mecanismo jurídico para poder reclamar su derecho. En el próximo apartado, se encuentran los datos representativos que lo evidencian.

Estas reformas probaron que el modelo de salud estatal, además de ser insostenible económicamente, no lograba garantizar una mejor calidad y cobertura en el servicio. Por lo que la nueva propuesta estaba orientada a buscar un aumento en los niveles de calidad, cobertura y eficiencia en la prestación de los servicios de atención médica y la satisfacción de los “usuarios-clientes”, y para ello la medida era necesariamente su privatización. Sin embargo, tal como lo manifiestan Ugalde y Homedes (2005), el propio BM, impulsor de estas reformas, “ha empezado a reconocer que algunos de los postulados en los que se sustenta ese mo-

delo no son los más adecuados en todos los contextos” (p.202).

En el caso colombiano concretamente, la reforma a la salud inició *ad portas* de la apertura económica, a principios de la década de 1990 y es bajo este modelo que han venido operando las políticas de salud pública, la definición de perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención. A continuación, se detalla este proceso.

IV. La reforma de la salud en Colombia

Aprobada la nueva Constitución de Colombia en 1999, se “redefine el marco de las relaciones entre Estado y sociedad, y por esa vía replantea las discusiones posibles sobre gobernanza en el país” (Vásquez, 2006, s.p). En este mismo año inicia el proceso de la apertura económica con el gobierno liberal del presidente César Gaviria Trujillo. Esta situación es paradójica, dado que la Constitución buscó fortalecer el Estado, el gobierno, la sociedad civil y la ciudadanía, mientras que los ajustes estructurales promovidos por la implementación del modelo neoliberal (más mercado, menos Estado), iniciaron los procesos de privatización y desregulación de actividades económicas y de prestación de servicios públicos, como es el caso de la salud.

De acuerdo con Gañán Echavarría (2013), la salud en el marco constitucional de Colombia es considerada como la necesidad de “contar con unas condiciones de bienestar del individuo, a su derecho a una calidad de vida digna, al acceso a servicios básicos que le garanticen un desarrollo de aquellas libertades fundamentales (capacidades)” (p.15). En este mismo sentido, y según lo que plantean, los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991, son reconocidos la atención de la salud y el saneamiento básico como un servicio público que el Estado debe garantizar.

La Ley 100, que se suscribe dos años más tarde en 1993 (liderado por el enton-

ces senador, y hoy expresidente, y nuevamente senador, Álvaro Uribe Vélez), crea el Sistema de Seguridad Social Integral colombiano—SSSI—. Según sus impulsores, introducida para garantizar dicho derecho, pero también con la idea de regularlo como servicio público. Y sobre todo una reforma de la seguridad social para mejorar su eficiencia, universalidad y solidaridad, según el mandato constitucional (Hernández Álvarez y Obregón Torres, 2002). Para llevarla a cabo fueron definidas una estructura de operación a partir de tres subsistemas: Sistema General de Pensiones—SGP—, Sistema General de Seguridad Social en Salud—SGSSS— y Sistema General de Riesgos Profesionales—SGRP—. La legislación también creó un conjunto de programas adicionales a los subsistemas citados, bajo la denominación de Servicios Sociales Complementarios—SSC—.

Este “paquete” buscaba regular el servicio público de salud, crear condiciones para el acceso de toda la población a este servicio en todos los niveles de atención, cubrir las contingencias de enfermedad general y maternidad de sus afiliados y beneficiarios, y garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (Gañán Echeverri, 2013). Sin embargo, lo que condujo este sistema iría en contravía de los preceptos constitucionales, sobre todo de garantizar la vida como derecho humano fundamental que transversaliza a todo lo demás.

Bajo este esquema, la salud busca la rentabilidad del sector, convirtiendo en una mercancía más que en un derecho. Al respecto Vásquez (2006) plantea que dicha ley fue concebida según “lo que algunos autores denominan ciudadanía asistida” (s.p.), pues a pesar de que buscarse desarrollar los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia consagrados en la Constitución de 1991, “la realidad es que reorganiza los actores del sector salud en un esquema competitivo de mercado, donde el eje ar-

ticulador son las organizaciones de intermediación, tanto en la prestación del servicio como en su administración” (Vásquez, 2006, s.p). Esto no ha podido remediarse a pesar del carácter que intentaba imprimirle la reciente Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 que buscaba reformar a la Ley 100, la cual consagra la salud como un derecho fundamental que, bajo la anterior ley, era concebida como un servicio obligatorio con limitaciones.

Pese a esta nueva Ley, al día de hoy no se han logrado sus objetivos, al existir grandes dificultades para que las personas puedan acceder, por un lado, a los servicios de salud, y por otro, contar con una buena calidad en la prestación del mismo. La cobertura de salud en Colombia ha sido alta, para 2017 según datos del Ministerio de Seguridad y Protección Social (2019), era de cerca del 94,88%, sin embargo, no ha sido suficiente para garantizar el acceso a ella. Muchos hospitales han sido cerrados o no cuentan con las condiciones básicas para su operación.

Adicionalmente, y para el caso de las zonas rurales del país, y en especial para los territorios indígenas, el panorama es más grave, porque existen deficiencias tanto en la dotación de equipos técnicos, medicamentos e insumos, así como en los aspectos sanitarios de infraestructura que se encuentran en mal estado (Esto, por ejemplo, es evidente en el hospital de Puerto Nariño, Amazonas). Además, la falta de insumos para garantizar la asepsia, entre otras carencias. Otro factor importante es no contar con personal médico suficiente e idóneo. Tampoco han logrado que en lugares con población indígena se promueva un tipo de salud contextual, respondiendo a las necesidades propias de estos grupos poblacionales.²

² Entre 2012 y 2014 los 1.101 municipios que tiene el país, el 45% tiene Instituciones Prestadoras de Salud-IPS—de naturaleza pública. Entre ellos, el 73% tiene una IPS y el 14% cuenta con dos. Estas entidades territoriales están rezagadas con respecto a su capacidad instalada y a la

En cuanto al sistema de salud para los pueblos indígenas Suárez Mutis (2001) planteaba ya en 2001, las dificultades que enfrentaba la salud, tras el absoluto desconocimiento que los profesionales de la salud tienen en torno a la salud de los pueblos indígenas. Frente a la consecución de médicos rurales en el Amazonas que tengan interés de trabajar con las comunidades y tener “otra visión” del mundo. Además, que las facultades de medicina y salud pública no enseñan antropología médica, y con mucha frecuencia los profesionales desconocen las enfermedades tropicales y la manera adecuada para tratarlas. Lo cierto es que este panorama luego de casi veinte años no ha cambiado sustancialmente.

Estos resultados son producto de varias razones. Primero, porque las Leyes 100 de 1993 y 691 de 2001, no contemplaron el enfoque cultural y étnico de las comunidades indígenas, y segundo por el desconocimiento de las personas frente a sus derechos y deberes, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud (Facultad Nacional de Salud Pública, 2012). Esto puede corroborarse al revisar las cifras de afiliación en el país. El porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es de amplia cobertura (97%), para el caso de las comunidades indígenas es más bajo, en el 2012 era del 67,5% (Facultad Nacional de Salud Pública, 2012, p.13).

variedad de servicios de que disponen. El 93% de los municipios con solo 19 IPS públicas no poseen salas de quirófano, el 31% no posee salas de partos y el 29% no tiene camas. Asimismo, el número de servicios ofrecidos en los municipios donde coexisten IPS de distinta naturaleza puede llegar a ser más de cuatro veces los ofrecidos en los que solo hay IPS públicas. Teniendo en cuenta que hay 234 tipos de servicios susceptibles de ser habilitados, se encontró que en los municipios con solo IPS públicas se ofrecen como máximo 52 servicios, mientras que en el resto de municipios se pueden ofrecer hasta 227. Si bien no se trata de que cada municipio cuente con hospitales de todos los niveles de complejidad, no sería equitativo que la oportunidad, calidad y disponibilidad de servicios a los que un individuo accede dependa de la región en la que vive, a qué régimen pertenece, o si tiene recursos suficientes para comprar bienes y servicios directamente (Bonet-Morón y Guzmán-Finol, 2015, p.16).

El padecimiento de graves problemas de salud y las dificultades de acceso, dado que la gran mayoría de la población indígena habita en zonas alejadas de las cabeceras municipales. Según el [Perfil de salud de los pueblos indígenas de 2016](#) de la Gobernación de la Amazonía, establece que hay diferencias significativas y sistemáticas entre la situación de salud de la población indígena frente población no indígena,

En todos los indicadores, demostrando situaciones de vulnerabilidad, y no goce de los derechos humanos. La mortalidad indígena se concentra en población menor de 19 años. Es persistente en los años analizados las altas tasas de mortalidad materno infantil en poblaciones indígenas por causas que son evitables, innecesarias e injustas. También se evidencia pobre acceso a los servicios de salud, en indicadores de atención materno-perinatal, donde se puede identificar que existen barreras geográficas y culturales que contribuye a incrementar la marginación y aumentar las desigualdades en salud (2016, p.129).

Esta situación se reitera en el [Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021](#), en el cual, al caracterizar el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas de Colombia, concluye que su situación de salud presenta diferencias frente al resto de la población, debido a los indicadores desfavorables de mortalidad y morbilidad, lo cual los pone en condiciones de vulnerabilidad (MSPS, 2013). En el caso concreto de los pueblos amazónicos, no hay evidencia de mejoras sustanciales, tal como lo sugiere [Acosta \(2014\)](#),

Las regiones con un mayor rezago social, entre las que se encuentran Amazonía y Pacífico, exhiben una salud más deficiente y reportan más episodios de presencia de enfermedad. Esta discusión sugiere la

conveniencia de generación de políticas focalizadas en el cierre de las brechas en este indicador, las cuales podrían asociarse a una mayor oferta en la prestación de servicios, además de la mejora en las condiciones de vida de las poblaciones con mayor rezago (p.37).

Al considerar todos estos elementos puede concluirse que lo cotidiano sea que un colombiano se vea enfrentado a la negación o restricción de sus derechos y servicios públicos en salud por parte de las Empresas Prestadoras de Salud—EPS— y que, por tanto, requiera utilizar la tutela como mecanismo de defensa, para intentar al menos lograr el goce “no efectivo” de su derecho a la salud porque el Plan Obligatorio de Salud—POS, no se lo cubre. Esto siempre y cuando el sistema judicial no colapse, o que quién la presenta tenga las suficientes habilidades escritas para lograr argumentar claramente porqué le están violando un derecho fundamental, o que la persona mientras espera no agrave su estado de salud. De acuerdo con el Informe de La Defensoría del Pueblo, el aumento de las tutelas como única vía para reclamar el acceso a servicios médicos evidencia tal situación,

En el año 2014 se interpusieron 498.240 tutelas constituyéndose como el periodo con el mayor número de ellas desde que se implementó esta figura en la Constitución Política de 1991. Lo anterior implica que aproximadamente cada 63 segundos se interpone una acción, si se tiene en cuenta que los usuarios disponen de las 24 horas de los 365 días del año para presentarlas ([Defensoría del Pueblo, 2015, p.167](#)).

Así pues, los servicios de salud que brinda el Estado, bajo este modelo y con el olvido por parte de los organismos de salud, y los cada vez más desvirtuados conocimien-

tos de la enfermedad/salud/tratamiento de las comunidades indígenas, complejiza abordar el campo de la salud en dichos contextos. Hasta ahora en este campo poco ha sido logrado, continuando con el mismo modelo asistencial y vertical, no solo en lo que concierne a la prestación de servicios de salud, que según los lineamientos de la ley 100 le corresponde a las Administradoras del Régimen Subsidiado—ARS— (Suárez Mutis, 2001), sino a las acciones de promoción y prevención colectiva, responsabilidad del Estado.

V. Relaciones entre planes de desarrollo, Plan Territorial de Salud y el Plan de Vida del resguardo Ticoya del municipio de Puerto Nariño-Amazonas

Luego de revisar brevemente las políticas de salud en un contexto más amplio, es necesario observar qué pasa en un contexto local, concretamente en el municipio de puerto Nariño-Amazonas. Para ello se compararon los planes de desarrollo municipal y departamental en un periodo de tiempo, con las miradas de salud propia de los pueblos indígenas.

Es a partir del Plan Nacional de Desarrollo que son construidas todas las directrices de la planeación del país, el cual establece las orientaciones para la elaboración de los planes de desarrollo territorial, departamentales, municipales y distritales. De acuerdo con el PDS 2012-2015 debe existir relación entre los planes de desarrollo territoriales con las directrices del Plan Nacional. La elaboración de un plan de desarrollo territorial requiere el programa de gobierno del alcalde o del gobernador electo, el Plan Nacional de Desarrollo y las competencias que han sido establecidas por ley.

El Plan de Desarrollo Departamental del Amazonas—PDD— “Por un buen vivir, somos pueblo somos más 2012-2015”, tiene como propuesta de construcción el concep-

to que actualmente los pueblos indígenas latinoamericanos vienen reivindicando como alternativa al desarrollo, la idea del buen vivir. Al realizar un conteo de la palabra en todo el documento se obtiene un dato de 20 repeticiones, sin contar el número de veces que aparece en el título del Plan. Puede identificarse con ello que,

El BUEN VIVIR representa una propuesta para construir un nuevo modelo basado en la economía solidaria, el diálogo de saberes, el conocimiento ancestral, la educación como motor de desarrollo, la inserción de la ciencia, la tecnología y la innovación como mecanismos básicos y trascendentes para el progreso dentro de un contexto de desarrollo social integral y sostenible que sea único y representativo del Amazonas y sus recursos (2012, 339).

Esta definición no está en sintonía con la mayoría de las nociones de buen vivir que los pueblos indígenas tienen,³ al serla más relacionada con la propuesta de desarrollo sostenible que plantean los Objetivos de Desarrollo Sostenible—ODS—. En donde, la matriz de desarrollo impulsada sigue contando con el mismo motor y lógica del modelo económico hegemónico, sin cuestionar los problemas estructurales que esto ha traído ni la existencia de otras ontologías para saber, ver y hacer en el mundo.

³ Es necesario reconocer la pluralidad de significados, discursos y proyectos relacionados al Buen Vivir que están en continua construcción y surgen en diversidad de contextos, y, por ende, no se debe limitarse a entenderlo como un solo proyecto terminado. De acuerdo con Loera González (2015) existen gran diversidad de ideas, proyectos y discursos asociados al Buen Vivir, donde pueden coexistir saberes mediante una constante articulación de diferencias ontológicas. Según este autor consiste en la búsqueda de “un equilibrio entre un estado físico, social y espiritual en un caminar complementario entre varios mundos, y potencialmente entre varias ontologías. Por lo tanto, los márgenes más que crear híbridos ontológicos, son espacios de continua articulación de diferencias y similitudes” (p.5).

Al indagar particularmente por el concepto de buen vivir en relación con la salud, la propuesta sigue en sintonía con las estrategias nacionales de saneamiento básico, ampliación de la cobertura y mejoramiento de la infraestructura. Esta manera de concebirlo, según Schavelzon, se aleja de la visión de los pueblos indígenas, porque “determina en términos tecnocráticos, economicistas y humanistas lo que es Buen Vivir y desarrollo” (2015, p. 186).

Por su parte, al revisar el reciente [Plan de Desarrollo 2018-2019, Amazonas Avanza con Honestidad](#), si bien pudo identificarse que no realiza ninguna referencia al concepto de buen vivir, como si se da en el plan anteriormente mencionado, si evidencia un acercamiento a las particularidades de un territorio ampliamente indígena, al presentar una propuesta concreta frente a la salud en esta población, planteando la estructuración de un modelo de salud diferenciado.

Esto puede deberse a los avances de los últimos dos años en la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), pese a que desde el 2011 con la Ley 1450 de adopción del Plan de Desarrollo Nacional, 2010-2014, el MSPS había asumido el compromiso de estructurar un sistema de salud indígena, solo vino a consolidarse con el Decreto 1957 de 2014, con el cual se busca poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios. Sin embargo, solo hasta el 2018, en el caso del departamento del Amazonas comienzan a verse políticas públicas con enfoque diferencial, proponiendo acciones concretas como un estudio para la creación de la Secretaría de Asuntos Étnicos, el uso de la consulta previa para la concertación de acciones y la creación del SISPI ([Gobernación del Amazonas, 2018](#)).

Y al evaluar concretamente los planes del municipio de Puerto Nariño, se encuentra que, el [Plan de Desarrollo Municipal de](#)

[Puerto Nariño \(PDM\), “Juntos Trabajando, Ahora o Nunca, 2012-2015”](#) no contiene ninguna de propuestas que haga alusión o nombre la idea del buen vivir. Sin embargo, hace mención a estrategias en salud que logran vincular el resguardo indígena Ticoya, con el sector privado y la administración para la creación de la IPSI con participación activa de la medicina tradicional. Adicionalmente, plantea la necesidad de “adoptar e implementar estrategias de seguridad alimentaria de acuerdo al contexto étnico y cultural e incluir la medicina tradicional, parteras y chamanes al proceso de búsqueda de las gestantes” (Puerto Nariño, 2012, p.174). En este plan logra hacerse visible la importancia de un sistema de salud diferencial para los pueblos indígenas.

Y, al revisar el posterior [Plan de Desarrollo de Puerto Nariño, 2016-2019, ¡por la oportunidad de la gente!](#) lo identificado es aún más problemático, pues, aunque se hace referencia a un diagnóstico comparado con el resguardo Ticoya, los planes y propuestas no evidencian ningún enfoque diferencial, ni una política de intercultural en salud ([Municipio de Puerto Nariño, 2016](#)) que entre en diálogo con la propuesta del [Plan de Desarrollo Departamental 2018-2019 y el Plan de vida del resguardo](#).

[Vieco \(2010\)](#) subraya al respecto que, la mayoría de programas, planes y proyectos no son formulados contando con la participación de las autoridades indígenas, ni las comunidades, o, aunque “participen” o sean informados, sus verdaderas demandas no logran ser llevadas a la práctica, en la mayoría de los casos. Por ejemplo, también, en la formulación del Esquema de Ordenamiento Territorial—EOT—, “la elaboración del EOT tampoco contó con la participación de las comunidades del resguardo, y sus directrices se orientan a propiciar espacios para el desarrollo de iniciativas económicas y de la economía de mercado” ([Vieco, 2010, p.145](#)). Esto es de destacar ya que es difícil

lograr un diálogo de saberes y construir planes de salud con enfoque intercultural, si no se cuenta con la participación de sus habitantes.

Esto se hace más evidente aún, al revisar el [Plan de Salud Territorial, PST, 2012-2015 de 2014](#) y el [Análisis de Situación de Salud, ASIS, de 2013](#), en comparación con el [Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 de 2012](#), que no evidencia claramente en ninguna de sus propuestas un diálogo entre sus estrategias de atención a la salud y el hecho de que la mayoría de la población sea indígena. Según las proyecciones del [Censo DANE \(2005\)](#) para el 2016, el 87,6% de la población residente en Puerto Nariño, se autoreconoce como indígena.

Un hecho relevante, dado que el ASIS de 2013 de Puerto Nariño en su análisis demográfico no le da mayor relevancia a la población indígena del municipio, pese a que muestre en los datos que son una mayoría representativa. Adicional, no plantea ningún análisis diferencial, tal y como el PDSP. Y aunque existe una línea definida de desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de modelos de atención en salud con un enfoque intercultural, este resulta ser muy general. Por lo que no logra mostrarse como una línea transversal dentro del PTS, al ser este un territorio indígena. Esta propuesta de atención debería contar con acciones efectivas que lleven a la práctica la condición particular de esta población, reivindicando sus conocimientos en salud.

Este documento evidencia un desconocimiento de la larga historia de ocupación indígena en todo este territorio. Por ejemplo, al plantear que “la historia del municipio de Puerto Nariño es relativamente reciente dado que sus primeros habitantes llegaron aproximadamente hace 73 años” (2012, p.46). De igual forma, no plantea un análisis contextual de la situación de salud que enfrenta un territorio indígena con sus propias particularidades. Así mismo, al ana-

lizar la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional:

La prevalencia de desnutrición en la población es un indicador crítico para el departamento del Amazonas, ya que en comparación con la nación el Amazonas tiene un porcentaje de retraso en talla de 28,6% vs 13,2% (valor país) y un porcentaje de desnutrición global de 5,8% vs 3,4 % (valor país) (ASIS; 2013, p.204).

No evalúa elementos de su soberanía alimentaria, los cultivos propios, las diferencias de talla y peso, pues son comparados con estándares que en nada se parecen a las características fenotípicas y fisiológicas de estos pueblos. Esto puede demostrarse cuando las dimensiones de salud identificadas, no logran considerar las particularidades culturales, climáticas, ecosistémicas y económicas que han determinado ciertas formas de relacionarse y producir el espacio, incluso pese a que el análisis se haga a partir del enfoque de determinantes ambientales. Los indicadores se basan por ejemplo en: condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, sistema sanitario, tipo de trabajo y ocupación y educación. Se trata de una mirada general de la condición social, que no logra ubicar las particularidades que se anidan al interior de cada cultura, ni por sus modos de vida y por las condiciones históricas de los grupos sociales que los constituyen.

Además, esta mirada de la salud sigue abordándose desde una perspectiva funcionalista, dejando de lado otros factores, las problemáticas de salud que enfrentan estos territorios, son el resultado de las insustentabilidades territoriales que generan las economías extractivas y la pérdida de los saberes tradicionales auspiciados por la imposición de otros modelos educativos, religiosos y de salud.

La salud propia dentro del Plan de Vida del resguardo Ticoya

Para abordar la salud propia dentro del Plan de vida del resguardo Ticoya, es necesario hacer un breve recuento por lo que es el SISPI, si bien su configuración es posterior a los planes de vida, ambas estrategias nacen del seno de las comunidades indígenas, dando voz a quienes conocen sus realidades. Pero antes que nada es necesario, resaltar que los orígenes de estas estrategias, parten de la Constitución de 1991, a partir de la cual es reconocida la autonomía de los grupos indígenas, sus formas de gobierno, la conformación de resguardos y la participación en los ingresos de la nación, a través del Sistema General de Participación—SGP, deviniendo en la posibilidad de que todo territorio indígena formulara sus propios planes desarrollo.

De ahí nace la construcción de los planes de vida, que pese a tener una matriz institucional y no encontrarse exentos de contradicciones, parten de una visión propia y diferente a como son definidos los planes de desarrollo, cuya matriz es economicista y amparada en la idea de modernidad. Vieco (2010) comenta que los planes de vida son una figura de planeación desde los territorios indígenas que intenta construir una visión propia del desarrollo, la cual permita cumplir con los objetivos constitucionales y con las metas que trazaron las organizaciones indígenas desde el comienzo de sus luchas por lograr su reconocimiento e inclusión equitativa en la nación colombiana.

El territorio dentro de la configuración de los planes de vida es determinante, es así que el resguardo⁴ como institución legal y sociopolítica de carácter especial, cobra un

⁴ La forma organizativa del resguardo es el Cabildo, que es una entidad pública especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por ésta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, sus usos, costumbres y el reglamento interno de cada comunidad (MSPS, 2014).

valor muy importante, está conformado por una o más comunidades indígenas, con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de este y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio.

De esta forma territorio y desarrollo propio fueron considerandos la particularidad de los planes de desarrollo en los territorios indígenas. La Organización Nacional Indígena de Colombia—ONIC— impulsó la construcción de los planes de vida, buscando consolidar una visión propia del desarrollo, que permita cumplir con los objetivos constitucionales sus luchas por lograr su reconocimiento e inclusión equitativa en la nación colombiana. De igual manera, la constitución de un sistema de salud propio a través del SISPI, cuya creación más reciente, nace en el marco del Decreto 1953 del 2014, el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, el cual constituye el proceso de validación, implementación y construcción propia de una política pública en salud para los pueblos indígenas.

La organización indígena Ticoya (2007), entiende la salud propia como “el conjunto de condiciones territoriales, ambientales, espirituales y físicas que le permiten a una familia la convivencia y la tranquilidad para el buen vivir en comunidad y con la naturaleza” (p.21). Incluye todas las prácticas de prevención y protección del cuerpo, realizadas a través de diferentes rituales liminales a lo largo del tiempo. Estos son basados en dietas, conjuros, en una alimentación sana, en la actividad física productiva, en la vida familiar y comunitaria.

Las prácticas curativas de salud indígena, hacen parte del saber heredado de generación en generación, que se basa en el uso de plantas medicinales y en el conocimiento espiritual profundo de los dueños y de los animales de la selva y el agua. El

calendario ecológico usado para conocer los ritmos del cuerpo y de la naturaleza, tiempo para el cuidado de la chagra, para la cacería, tiempos de reposo, entre otros. Se fundamenta en diversas técnicas de manejo y conocimiento de curación que permiten recuperar el “buen vivir, como: espiritismo, rezaderos, yerbateros, mentalistas, banqueros, parteras, sobanderas, entre otros” (Aticoya, 2007, p.21).

Este plan no deja de considerar la biomedicina como necesaria para la protección de su salud, sin embargo, es visto como una propuesta complementaria a las prácticas integrales de salud indígena (Aticoya, 2007). El plan además busca la preservación de los conocimientos y prácticas de medicina tradicional, que deben ser incluidos por las instituciones prestadoras de salud. Finalmente deja en evidencia la necesidad de la adecuada formulación, gestión y administración de un Plan Integral de Salud Indígena del Resguardo Ticoya, considerado en el modelo SISPI. Es de aclarar que para inicios del 2017 aún no había sido construido, incluso al ser también definido dentro de las líneas de acción del PTS, PDM y PDD.

Encuentros y desencuentros entre los planes de desarrollo 2012-2015, plan de vida y las formas de comprender la salud

Al evidenciar los planteamientos alrededor de la salud que enmarcan los planes de desarrollo, el plan territorial de salud y lo que significa el plan de vida en este contexto, la tarea siguiente es identificar la relación/coordinación/coherencia, o no, existente entre estos, a través de una mirada por los encuentros y desencuentros entre la mirada institucional y la del resguardo Ticoya. El diálogo de saberes entre la perspectiva institucional y la indígena requiere necesariamente comprender que co-existen los derechos reconocidos por los Estados, pero también otras acciones que están por fuera de este. Prácticas como la autoges-

ción, la medicina tradicional, los itinerarios terapéuticos y las redes solidarias entre sus propios paisanos, pero también de otros habitantes del municipio, como prácticas alternativas y no poco desdeñables.

Para ello, según Vieco (2010), es necesario reconocer las formas tradicionales existentes en el resguardo Ticoya, como la reciprocidad y las distintas maneras de cooperación y solidaridad laboral, que co-existen al lado de la economía de mercado y de la generación individual de ingresos económicos. Por esto, en su concepción cultural y política del territorio el plan de vida incluye formas híbridas de relaciones sociales, económicas y políticas, no exentas de tensiones en temas como: el mantenimiento de la vida social tradicional, que incluye formas asociativas y solidarias que marcan la cotidianidad de las comunidades, o de las diferentes formas de concebir la salud y de generar saberes y prácticas que se nutren de otros conocimientos.

Sin embargo, esto o no es considerado dentro de las estrategias institucionales de salud, o son formuladas bajo las supuestas premisas del enfoque diferencial, tal y como la evaluación del informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora, para la migración del plan de salud territorial al plan decenal de salud pública 2012-2015 departamento de Amazonas, lo demuestra: “el marco estratégico del PST requiere fortalecerse en su construcción, bajo condiciones legítimas de participación e inclusión de los enfoques del PDSP, con criterios claros de equidad, igualdad y justicia social” (MSPS, 2014a, p.35).

Si se mantienen las maneras modernas de relaciones sociales, políticas, económicas y de salud que exigen la integración a la economía de mercado, esto tiene como consecuencia la generación de ingresos económicos que fragmentan la unidad extensa familiar, por fuera del territorio. Y en este sentido, se genera una mayor depen-

dencia al modelo biomédico para atender sus dolencias, al no contar con la familia extensa, acompañado por una subestimación de los sistemas de salud propios. De este modo, las actuales condiciones de salud de las poblaciones se verán aún más débiles para autogestionar su salud y construir formas propias de vivir, rompiendo con la dependencia que ha sido impuesta por el modelo de desarrollo occidental.

Justamente, esto es lo que está pasando en resguardo Ticoya al presentarse brotes de malaria—la enfermedad con mayor prevalencia en esta zona—, pues de un lado, la ampliación de la frontera agrícola, un modelo educativo que desconoce su propio sistema de conocimiento, los tiempos de ocio y trabajo modifica y transforma los comportamientos. Y por otro, son subvalorados y despreciados los saberes tradicionales, al reducir sus capacidades de respuesta ante las situaciones que se presentan cuando la enfermedad se propaga por todo el territorio indígena del resguardo Ticoya. De esta forma, acciones de respuesta como la autogestión de la salud a través de la medicina tradicional, los itinerarios terapéuticos y autoatención, van perdiendo toda la fuerza que tienen para afrontar tal situación.

De acuerdo con la información analizada en los planes y diagnóstico, emerge un enfoque y unas maneras de ver y reproducir la vida, que resultan distintas a la de los pueblos indígenas, pues estos reproducen “los planteamientos de la modernidad y de la globalización, favoreciendo los objetivos clásicos del desarrollo: el crecimiento económico, la homogeneización cultural y la economía de mercado” (Vieco, 2010, p.139).

Es decir, las formas que evidencian estos planes frente a sus propuestas de acción con respecto a la salud, la educación y en general de la vida, constituyen por más intentos de generar enfoques incluyentes, una imposición de formas disciplinadas frente al cuerpo (Castro-Gómez, 2005). Y no

entran en diálogo con las demás actividades que constituyen la esencia misma de la forma de vida de estos pueblos. Siendo así, el diálogo de saberes entre el desarrollo y los planes de vida mantienen todavía grandes silencios e interrogantes.

Todo lo anterior plantea una crítica necesaria frente a la dificultad que emerge cuando visiones de mundo diferentes se encuentran, para lograr consolidar políticas públicas de salud que logren construir un diálogo horizontal, es decir, un enfoque de salud intercultural. En este sentido, es indispensable que el proceso salud/enfermedad/tratamiento, sea visto como parte de modelos de pensamiento, epistemológicas y ontologías diferentes, elaboradas todas a partir de construcciones sociales que responden a una compleja interrelación de factores biológicos, políticos, económicos y culturales. Los cuales determinan la concepción de enfermedades como la malaria, la definición de campañas antipalúdicas y en definitiva la construcción de una política pública especial para cada territorio.

Además, es necesario considerar que la forma cómo aborda la relación salud/enfermedad/tratamiento el sistema biomedicina, determina unas marcadas diferencias epistemológicas y ontológicas con la medicina tradicional, lo cual complejiza y dificulta los encuentros, teniendo efectos concretos sobre el éxito o no de los respectivos tratamientos. Los planes de desarrollo y de salud siguen evidenciando un vacío sobre el tema indígena, la instrumentalización y lugares comunes a través de discursos como el buen vivir, la multiculturalidad, el enfoque diferencial, y muestran la distancia que hay entre las propuestas de desarrollo y de planeación de los pueblos indígenas del país y la manera en que se integran a los temas sensibles del desarrollo colombiano. Esto puede evidenciarse en la Tabla 1, en donde se identificaron los elementos comunes relacionados con la posibilidad

de un diálogo o encuentro entre los planes institucionales y el plan de vida. Esto lo refuerzan los planteamientos de [Hinestroza \(2015\)](#), cuando dice que:

La voz de los indígenas pareciera estar siempre ausente, al menos en la medida en que se comparan los discursos y for-

mas escritas desde las que promueven sus propuestas, y la manera retórica como se aborda desde el discurso estatal –enfoque diferencial, estar bien/buen vivir/vivir bien, interculturalidad, desarrollo integral con identidad y cultura, entre otros denominativos– (p.53).

Tabla 1

Comparativo entre las nociones adscritas a la salud

Nociones	Plan de desarrollo departamental del Amazonas 2012-2015	Plan de desarrollo municipal de Puerto Nariño 2012-2015	Plan Territorial de Salud	Plan de vida resguardo Aticoya-2007-2017
Noción de Buen vivir	Enfoque instrumental asociado a calidad de vida y necesidades básicas satisfechas.	No es incorporado como un concepto.	No es incorporado como concepto.	Es considerado desde la visión occidental asociado a calidad de vida: saneamiento básico, vivienda, educación. Sin embargo, también es planteado como el conjunto de condiciones territoriales, ambientales, espirituales y físicas que le permiten a una familia la convivencia.
Salud propia	Es considerado como articulación con otros sectores: salud y Asuntos Étnicos en perspectiva del SISPI.	No es incorporado como concepto, ni como estrategia.	No es incorporado como concepto, ni como estrategia.	Así es como definen su propia concepción de la salud.
Enfoque intercultural	Es considerado como articulación con otros sectores: salud y Asuntos Étnicos en perspectiva del SISPI.	No es incorporado como un concepto en la línea de salud.	Es considerado dentro de una línea estratégica, pero no como elemento medular dentro de la propuesta de atención en este contexto.	Es considerado como diálogo intercultural, el respeto a la diferencia y la concertación, son las bases para la construcción de entendimiento y manera de relacionarse con la institucionalidad.
Medicina tradicional	No está considerada ni dentro del diagnóstico, ni las necesidades de la construcción del eje articulador intercultural.	No es incorporado como concepto, ni como estrategia.	No se considera dentro de las estrategias de salud intercultural, no obstante, se considera como parte de una propuesta productiva de biocomercio.	Es el eje estructural de la salud propia: Promover la recuperación, reconocimiento, defensa e impulso de los conocimientos indígenas en medicina tradicional cuya efectividad se basan en el manejo y control de los recursos del medio.
Medicina occidental	Forma en que son planteadas las estrategias para abordar los problemas de salud/atención/enfermedad en estos territorios.	Forma en que son planteadas las estrategias para abordar los problemas de salud/atención/enfermedad en estos territorios.	Forma en que son planteadas las estrategias para abordar los problemas de salud/atención/enfermedad en estos territorios.	Como complementario a su modelo de salud propia.

Fuente: Construcción propia con base el PDM Puerto Nariño, PDD Amazonas, PTS del Amazonas, 2012-2015 y Plan de Vida Ticoya.

VI. Reflexiones finales

Siguiendo la perspectiva de [Hinestroza \(2015\)](#), el análisis presentado puede demostrar las dificultades que enfrenta un enfoque intercultural en salud en territorios indígenas, pues las políticas públicas de salud evidencian una instrumentalización de tales enfoques para atender justamente este tipo de población. Paradójico, si esto es contrastado con la propuesta del plan de vida que resulta de las propias comunidades indígenas de Ticoya, las cuales muestran una mayor apertura frente al diálogo de saberes y la inclusión dentro de sus estrategias de salud en modelo biomédico sin ningún tipo de restricción.

No obstante, aunque los planes institucionales bajo el modelo de determinantes sociales en salud logran identificar las dificultades que enfrenta el territorio, carecen de una lectura compleja de tales realidades y no garantizan el respeto por la diversidad cultural e integralidad de la atención en salud. Esto puede verse en el modelo de atención que ofrece las EPS que hacen presencia en la zona, pues no son acordes con las características sociales y culturales del resguardo, tampoco promueven acciones de prevención de las enfermedades de acuerdo a los tiempos propios o garantizan la administración autónoma y la prestación directa del servicio público de salud por parte del resguardo, tal y como el SISPI lo define.

De igual manera, no logra evidenciar la promoción de la recuperación, reconocimiento, defensa e impulso de los conocimientos indígenas en medicina tradicional, cuya efectividad se basan en el manejo y control de los recursos del medio, tal y como lo plantea el plan de vida del resguardo Ticoya.

Partiendo de los análisis presentados hasta ahora, es ineludible que una propuesta dentro de las políticas de salud pública con enfoque intercultural debe lograr gene-

rar diálogos horizontales, para ello, requiere comprender, más allá de la retórica, que los ciclos de la vida en el mundo indígena están constituidos por redes de relaciones, por interconexiones de cada elemento que constituye la existencia. Para los indígenas el equilibrio entre los dominios físico, psíquico, social, espiritual y ambiental, dependen de la interrelación entre el hombre y la naturaleza, ya que es ésta quien posibilita la salud y posibilita el balance energético al interior de los resguardos ([Vieco, 2010](#)).

Más aún, precisa, cuestionar las lógicas asistenciales propias de un modelo de mercadeo de la salud, que entra además en contradicción con la salud como derecho. Incluso, debatir la ontología moderna, las dualidades propias de la forma de construir conocimiento, de la oposición hombre/naturaleza, cuerpo/mente; de las relaciones de poder que yacen entre sistemas mundo diferente y las construcciones y negociaciones que ocurren ([Bonelli, 2016](#); [Blaser y de la Cadena, 2009](#)). Además, de percatarse de “los conflictos que surgen cuando los diferentes mundos luchan por mantener su propia existencia y perseverar, como parte del proceso de interactuar y entrelazarse con otros mundos” ([Escobar, 2014, p. 97](#)). De lo contrario, si las políticas de salud pública no transitan hacia una comprensión compleja de la salud, para construir un modelo de atención que logre considerar las particularidades culturales de una comunidad para su atención y prevención, cualquier esquema o política que se intente reproducir en tales territorios tenderá al fracaso.

Referencias

- Acosta, K. (2014). La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. *Cuadernos de economía del Banco de la República*, N° 213. Recuperado de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_213.pdf
- Almeida Filho, N y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75, pp.5-30. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>
- Aticoya – Asociación de Autoridades Indígenas del Tesguardo Ticuna, Cocama, Yagua de Puerto Nariño. (2007). *Plan de vida de los pueblos Ticuna, Cocama y Yagua de Aticoya*. Bogotá: Opciones Gráficas Editores Ltda. Recuperado de http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Plan%20de%20%20vida%20Tikuna%20_Aticoya_Puerto%20Nari%C3%B1o.pdf
- Blaser M. y De la Cadena (2008). Introducción. *WAN Journal*, (4)1, pp. 1-7. Argentina. Recuperado de http://ram-wan.net/old/documents/05_e_Journal/journal-4/jwan4.pdf
- Bonelli, C. (2015). Salir y entrar en Winkalwun: Unívocos y equívocos en relaciones institucionales con población indígena. Recuperado de <http://web.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/static/uploads/bonellifinalsaopaulo.pdf> (Sin publicar).
- Bonet-Morón, J y Guzmán-Finol, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. *Cuadernos de economía del Banco de la República*, N°222. Recuperado de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_222.pdf
- Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 p.13-S27. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Castro Gómez, S. (2005). Biopolíticas imperiales III: Salud y enfermedad en el marco de las reformas borbónicas. *La hybris del punto cero ciencia, raza e ilustración en la nueva granada (1750-1816)*, pp. 160-173. Editorial Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperada de: <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libros/157.pdf>
- DANE. (2005). *Censo: demografía y población - proyecciones de población*. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- Defensoría del pueblo. (2015). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014*. Bogotá. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>
- Escobar, A. (1996). La planificación. En *Sach, W, El diccionario del desarrollo: Una guía del conocimiento como poder*. Perú, PRATEC. Recuperado <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/SESSION-6-Sachs-Diccionario-Del-Desarrollo.pdf>
- Escobar, A. (2007). *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Venezuela: Edición Fundación Editorial el perro y la rana, 1a Ed. Recuperado de <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/137176/e6ad7c4d-4c3e84a5a11f208d53e76e8e.pdf>
- Escobar, A. (2014). Territorios de diferencia: la ontología política de los “derechos al territorio”. En: Escobar, A. *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. (pp.67-135) 1ª ed. Colombia: Editorial Unaula. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf

- Facultad Nacional de Salud Pública. (2012). IV conversatorio sobre salud indígena: avances y retos en los sistemas de salud interculturales. *Revista de Salud Pública, Cartilla 3, Universidad de Antioquia*. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewFile/17913/15391>
- Gobernación del Amazonas y MSPS. (2013). *Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud*. Dirección de salud departamental vigilancia en salud pública y epidemiología- Grupo ASIS. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=%20\(\(dcispartof:%22ASIS%22%20AND%20dcispartof:%22Bolet%C3%ADn%20electr%C3%B3nico%22\)\)%20](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=%20((dcispartof:%22ASIS%22%20AND%20dcispartof:%22Bolet%C3%ADn%20electr%C3%B3nico%22))%20)
- Gobernación del Amazonas y MSPS. (2016). *DTS Alcaldía municipal de Puerto Nariño - Amazonas*. Recuperado de <https://sme-pdsp.minsalud.gov.co/Home/Informes>
- Gobernación del Amazonas. (2018). Plan de Desarrollo Departamental del Amazonas 2018-2019 Amazona Avanza con Honestidad. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1GoltJPX0575JEYN3lFcl8lzlGfaLxZE/view>
- Goldman, M. (2005). Formas do Saber e Modos do Ser. Observações Sobre Multiplicidades e Ontologia no Candomblé. Recuperado de http://www.academia.edu/13333033/Formas_do_Saber_e_Modos_do_Ser_Observa%C3%A7%C3%B5es_Sobre_Multiplicidade_e_Ontologia_no_Candombl%C3%A9
- Haro, J. A. (2013). El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación. En Romaní, O. (ed.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: URV Editorial. Recuperado de https://issuu.com/publicacions-urv/docs/am12_web/5
- Hernández Álvarez, My Obregón Torres, D (Inv). (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el estado colombiano. Cien años de historia, 1902 – 2002*. Recuperado de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=p-publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688
- Hinestroza, P. (2015). *Buscando alternativas más allá del desarrollo. Nociones y praxis desde la otredad étnica*. Tesis para optar al título de Magister en desarrollo. UPB, Medellín.
- Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Recuperada de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/LO100_93.pdf
- Loera González, J. J. (2015). La construcción de los buenos vivires; entre los márgenes y tensiones ontológicas. *Revista Polis*, 40. Recuperado de <http://polis.revues.org/10654>
- MSPS/OPS. (2010). Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/perfil-epidemiologico-indigenas-parte2.pdf>
- MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 La salud en Colombia la construyes tú*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- MSP. (2013a). *Malaria, memorias*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias_malaria.pdf

- MSPS. (2014). *Plan de Salud Territorial 2012-2015 del departamento del Amazonas*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PTS%202012-2015%20AMAZONAS.pdf>
- MSPS: (2014^a). Evaluación del informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora, para la migración del Plan De Salud Territorial Al Plan Decenal De Salud Pública 2012-2015 departamento de Amazonas. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/AN%C3%81LISIS%20CR%C3%8DTICO%20AMAZONAS.pdf>
- MSPS. (2015). Preguntas frecuentes sobre RIPS. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>
- MSPS. (2016). *Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
- MSPS. (2017). Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>
- MSPS. (2018). Circular 011 de 2018. *Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de <http://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=75746&dt=S>
- MSPS. (2019). Cifras del aseguramiento en salud con corte agosto de 2019 Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Municipio de Puerto Nariño (2010). Plan de Desarrollo Municipal de Puerto Nariño, Amazonas. 2010-2011. Recuperado de <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/puertonari%C3%B1oamazonasplandedesarrollo2012-2015.pdf>
- Municipio de Puerto Nariño. (2012). *Plan de desarrollo municipal*. Recuperado de <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/puertonari%C3%B1oamazonasplandedesarrollo2012-2015.pdf>
- Municipio de Puerto Nariño. (2016). Plan de Desarrollo 2016-2019 “Por la oportunidad de la gente”. Por la oportunidad de la gente. Recuperado de http://puertonarinoamazonas.micolombiadigital.gov.co/sites/puertonarinoamazonas/content/files/000063/3110_plan-de-desarrollo-20162019.pdf
- Schavelzon, S. (2015). *Plurinacionalidad y Vivir Bien/Buen Vivir Dos conceptos leídos desde Bolivia y Ecuador post-constituyentes*. Ecuador: Abya-Yala. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20160202103454/Plurinacionalidad.pdf>
- Suárez Mutis, M. (2001). Una propuesta de modelos de salud para los pueblos indígenas de la Amazonía. En Franky, C y Zárate, C. *Imani Mundo. Estudios de la Amazonía*, pp.173-198. Bogotá: Unibiblios.
- Suárez Mutis, M. C. (2001a). Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas. *Rev. salud pública*, 3(1), pp. 71-84. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18684>

- Ugalde, A y Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(3). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a11v17n3.pdf>
- Vásquez, T. (2006). (Artículo de revista). *La Constitución del 91, entre los derechos y el modelo de desarrollo. Ciudadanía, derechos económicos, sociales y culturales y medidas de ajuste económico*. Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza. Recuperado de <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-238.html>
- Vieco, J.J. (2010). Planes de desarrollo y planes de vida: ¿diálogo de saberes? *Revista Universidad Nacional de Colombia*. 1, pp.135-160. Leticia: Mundo Amazónico. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/9918>