

EQUIDAD EN SALUD PARA LAS MINORÍAS ÉTNICAS EN COLOMBIA

Experiencias de Acción Intersectorial en Colombia para la Equidad en Salud de las Minorías Étnicas

Pier Paolo Balladelli
José Milton Guzmán
Marcelo Korc
Paula Moreno
Gabriel Rivera

Documento elaborado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
Bogotá - Colombia
2007



TÍTULO

EQUIDAD EN SALUD PARA MINORÍAS ÉTNICAS EN COLOMBIA

Experiencias de Acción Intersectorial en Colombia con Enfoque Diferencial para Minorías Étnicas

AUTORES

Pier Paolo Balladelli (PWR OPS/OMS Colombia)

José Milton Guzmán (Punto Focal Minorías Étnicas, Oficial de Terreno)

Marcelo Korc (Área Salud y Medio Ambiente)

Paula Moreno (Consultora)

Gabriel Rivera (Consultor)

©Organización Panamericana de la Salud

Carrera 7 No. 74-21 Piso 9

Teléfono 3144141

www.col.ops-oms.org

Bogotá, D.C. - Colombia

2008

Diseño y Diagramación
Nilson Liscano Gómez

Impresión
Nuevas Ediciones Ltda.

Prefacio

La Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, (OPS/OMS), Agencia especializada del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, extiende sus agradecimientos al doctor Diego Palacio Betancourt, Ministro de la Protección Social, al doctor Luis Alfonso Hoyos, Alto Consejero Presidencial para la Acción Social, a la doctora Cecilia María Vélez, Ministra de Educación Nacional, al doctor Juan Lozano, Ministro de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y al doctor Darío Montoya, Director del Servicio Nacional de Aprendizaje y demás entidades del Gobierno Nacional, departamental, distrital y municipal quienes en el marco de acción intersectorial, mostraron el camino para el establecimiento de una AGENDA DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE ENTORNOS SALUDABLES.

Sea esta la oportunidad para agradecer a las demás entidades del Gobierno, de la Comunidad Internacional y de la Sociedad Civil colombiana,

quienes a través de su experiencia y aportes han colaborado en la implementación de las acciones desarrolladas en esta publicación y han aportado comentarios a la misma.

En este documento, que ponemos a disposición de todas las entidades llamadas a participar de manera intersectorial hacia la salud con enfoque diferencial, presenta dos experiencias, una de política pública a nivel nacional, y otra para grupos étnicos a nivel local.

El documento presenta las principales lecciones aprendidas, plantea recomendaciones acerca del potencial futuro de las acciones intersectoriales en el país.

Es por ello que sugerimos se considere utilizar este documento por parte de las entidades locales, distritales, departamentales, nacionales e internacionales, para redefinir su contribución y aporte en salud, creando las sinergias necesarias para conseguir la meta de una Colombia más saludable.



Contenido

INTRODUCCIÓN	7
1. ENFOQUE	9
2. METODOLOGÍA	11
3. RESULTADOS	13
3.1 CONTEXTO	13
3.2 ENFOQUES DE LA ACCIÓN INTERSECTORIAL DE OPS/OMS EN COLOMBIA	19
3.2.1 Un Marco para la Acción Intersectorial sobre los Determinantes de la Salud	20
3.2.2 Acción Intersectorial con enfoque diferencial en contextos de emergencia	23
4. IMPACTO	35
REFERENCIAS	37
ANEXO 1	39
ANEXO 2	47



Experiencias de Acción Intersectorial en Colombia con enfoque diferencial para minorías étnicas

El estudio que se presenta a continuación examina dos experiencias de acción intersectorial (AI) en Colombia, ambas resultantes de la combinación de estrategias orientadas al mejoramiento de la equidad en salud. Para ello, se adopta la definición de la acción intersectorial (AI) como *una relación reconocida entre diferentes sectores para actuar sobre asuntos que mejoren la salud y la equidad en salud*¹.

Esta noción inicial se complementa con el marco conceptual de OPS/OMS en torno a los determinantes sociales de la salud. La relación entre los determinantes sociales de la salud y la acción intersectorial se origina en la Conferencia de Alma Ata y sus principales desarrollos se plasman en la Carta de Ottawa, la Carta de Bangkok y el marco conceptual de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS² (CDSS).

La CDSS ha señalado la necesidad de identificar los ejemplos exitosos de acción intersectorial en beneficio de la salud y de la equidad en salud, en jurisdicciones con diferentes recursos y capacida-

des administrativas, así como la necesidad de caracterizar los mecanismos políticos y de gestión que facilitan la acción intersectorial efectiva y sostenible. Por esta razón, el presente estudio explora el contexto de la AI en Colombia junto los enfoques adoptados, los mecanismos empleados y el impacto en la salud y la equidad en salud, enfatizando la descripción de las oportunidades y procesos que facilitaron la AI con base en la evidencia disponible.

¹ Public Health Agency of Canada and the Health Systems Knowledge Network. *Intersectoral action for health: A synthesis of country and regional experiences*. Draft document (31 January 2007).
² WHO Commission on the Social Determinants of Health 2006. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Discussion paper for the Commission on SDH*. Draft (December 2006).



El estudio de caso que se presenta a continuación documenta y recopila la experiencia reciente de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Colombia, en el desarrollo de acciones intersectoriales con aplicación del enfoque amplio de política pública y el enfoque diferencial para grupos étnicos. De ambas experiencias se extraen lecciones para la puesta en marcha de intervenciones orientadas a reducir las inequidades en salud de los grupos poblacionales más vulnerables.



El estudio de caso se construyó a partir de una revisión exhaustiva del material bibliográfico sobre etnicidad, salud e intersectorialidad en el contexto colombiano, y los informes de los diferentes proyectos desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Colombia con grupos étnicos. En segundo lugar, se diseñó una agenda de entrevistas a informantes clave de los diferentes sectores y entidades relacionadas con el tema de salud para los grupos étnicos.

Posteriormente se realizaron entrevistas a profundidad con diferentes actores sectoriales y con el equipo de la Representación de OPS/OMS en Colombia. Estos insumos permitieron evidenciar la necesidad de una gestión intersectorial con enfoque diferencial para grupos étnicos y, por otra parte, facilitaron una primera aproximación a las lecciones aprendidas en cuanto a los modelos e impactos de las intervenciones con enfoque diferencial, así como los aspectos de mayor influencia sobre la sostenibilidad de las dinámicas sociales y organizacionales.

En las entrevistas se indagó acerca de aspectos como las problemáticas que buscaban ser resueltas con los proyectos o iniciativas orientadas a los grupos étnicos, las estrategias planteadas para la articulación de los diferentes ámbitos territoriales, la implementación de las estrategias, los resultados obtenidos, los principales actores involucrados y las relaciones que se daban entre ellos. Un segundo bloque de preguntas se orientó a indagar acerca del enfoque de los programas, la forma en que se articulaba la intersectorialidad con el enfoque diferencial, y las perspectivas de aplicación de los dos enfoques.

Con base en las entrevistas y la revisión documental, se reconstruyeron las experiencias y proyectos, registrando en medio magnético los aspectos más relevantes para la elaboración y redacción del estudio del caso detallado en este documento.





3

3.1 Contexto

Las desigualdades e inequidades sanitarias entre los distintos grupos sociales son notables en América Latina y requieren especial atención, pues surgen de las diferencias en las oportunidades que tienen las personas para alcanzar un desarrollo social y personal integral. Estas inequidades se originan en las estructuras políticas y socioeconómicas de las sociedades, y determinan las condiciones de vida y de trabajo de las personas. La evidencia existente sobre esa realidad ha dado lugar a la creación de instancias como la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, desde la cual se enfatiza la necesidad de abordar esas dimensiones estructurales de la pobreza y la desigualdad, o lo que la Comisión misma denomina “las causas de las causas” (CSDS, 2005).

Los niveles actuales de las desigualdades sanitarias representan un reto para la equidad en salud y la justicia social, pues señalan que las políticas orientadas a abordar las condiciones sociales y económicas de la población no están logrando satisfacer de manera adecuada sus necesidades. La debilidad de las políticas amenaza el logro de las metas mundiales, nacionales y locales referentes a marcos estratégicos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio³ (ODM) asumidos por los países de la región. En ellos, la incidencia de la pobreza en grupos sociales

específicos –principalmente en comunidades indígenas y afrodescendientes– es mayor que en el resto de la población⁴.

En términos generales, Colombia ha superado el periodo de crisis económica que marcó el final de los años noventa, ha retornado a la senda del crecimiento económico⁵, la pobreza se ha reducido⁶ en un 8% entre 2002 y 2005, y el índice de desarrollo humano ha aumentado un 7% entre 1991 y 2003⁷. Sin embargo, la disparidad en la distribución de la riqueza, medida por el coeficiente de Gini, aumentó de 0,544 en 1996 a 0,563 en 2003⁸, así como aumentaron las brechas entre las regiones en cuanto al acceso a bienes y servicios públicos básicos. Durante la última década, el desmejoramiento de las condiciones de vida ha sido especialmente crítico en el caso de las minorías étnicas, cuyos indicadores socioeconómicos muestran un decrecimiento cercano a 13 puntos en el índice de desarrollo humano entre el año 1997 y el 2003 (DNP-GTZ, 2006).

³ ONU (2000). Declaración del Milenio. Disponible en: www.un.org.

⁴ Hopenhayn, M., Bello, A. & Miranda F. (2006). Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. CEPAL, Serie Políticas Sociales. Nueva York.

⁵ El Producto Interno Bruto (PIB) aumentó de -4,32% en 1999 a 5,13% en 2005. Cfr. Grupo Aval (2006). Indicadores/Económicos/Producto Interno Bruto/Histórico. [consultado 27 Jul 2006]; Disponible en: URL: <http://www.infofinanciera.com/oc4j/portales/jsp/gaviframes.jsp>

⁶ De 57% a 49% de la población bajo la línea de pobreza y de 20,7% a 14,7% bajo la línea de indigencia. Cfr. Montenegro, S. (2005). Estimaciones Pobreza e Indigencia en Colombia. Departamento Nacional de Planeación [presentaciones online]; URL: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP_Presentaciones/Presentación_cifras_pobreza_2005.pdf

⁷ El IDH aumentó de 0,728 a 0,781. Cfr. Programa Nacional de Desarrollo Humano DNP/PNUD. Agencia colombiana de cooperación internacional. Federación Colombiana de Municipios. Cooperación Técnica Alemana GTZ (2005). Las regiones Colombianas frente a los Objetivos del Milenio. Bogotá: p.15-16.

⁸ Ministerio de la Protección Social de Colombia, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2005; Bogotá, Colombia; 2006, 24p.

Actualmente Colombia cuenta con marcos estratégicos para la acción del Estado en la lucha contra la pobreza, las cuales han sido plasmadas en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) no. 91, elaborado en 2005. Allí se fijan las metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio, destacándose el crecimiento económico a través de mecanismos que brinden oportunidades preferentes a los pobres, para construir y proteger sus propios activos en términos de acceso a la propiedad de la tierra y la vivienda, la educación, el crédito y el manejo social del riesgo. En términos de la reducción de inequidades, las políticas actuales buscan fortalecer el Sistema de Protección Social para reducir la vulnerabilidad de la población en aspectos como salud, trabajo, riesgos profesionales y pensiones⁹. Específicamente, el Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno (2007-2010) contempla el fortalecimiento del reconocimiento y la protección de los grupos étnicos y de las relaciones interculturales¹⁰. Por otra parte, en el ámbito de la Comunidad Andina de Naciones, el país ha suscrito en el año 2006 la Resolución REMSAA XXVII/417 con la cual se crea la Comisión Andina de Salud Intercultural, orientada a desarrollar políticas institucionales que garanticen la incorporación del enfoque intercultural en todas las acciones vinculadas a la salud¹¹.

Adicionalmente, a lo largo de la última década, las reformas institucionales y sectoriales del Estado colombiano condujeron a una redefinición de los roles y funciones de diferentes entidades públicas. Como consecuencia de ello, en el año 2003 tuvo lugar un proceso de reestructuraciones y fusiones sectoriales a nivel ministerial¹², con el cual se originó una intersectorialidad *ad hoc* que carece de orientaciones específicas para la cooperación y la acción coordinada de las agencias del gobierno en torno a objetivos de desarrollo compartidos.

Las reestructuraciones y el avance de la descentralización política y administrativa generaron retos frente a los cuales no estaba aún adaptada la

institucionalidad, razón por la cual las iniciativas y programas intersectoriales tienen aún un carácter incipiente, dado que persisten las lógicas de acción sectorial vertical en los diferentes niveles de la administración nacional y territorial. Esto se aprecia en el muy reciente surgimiento de iniciativas enfocadas en la reducción de la inequidad y los determinantes sociales de la salud, como lo son las recomendaciones de la Misión para la Erradicación de la Pobreza (2007), la Red JUNTOS (2007), el Plan para la Población Afrocolombiana (2007) y el Plan de Acción Intersectorial para el desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables (2007).

El carácter reciente de la acción intersectorial y el enfoque diferencial para grupos poblacionales específicos, contrasta con el hecho de que Colombia ha sido un referente para América Latina en cuanto a la promulgación de un amplio reconocimiento jurídico de derechos para dichos grupos, lo cual ha generado avances significativos en temas como propiedad de la tierra¹³, autonomía, participación política¹⁴, jurisdicción especial, etnoeducación y salud¹⁵.

Desde la década de 1970 las organizaciones indígenas y afrocolombianas han estructurado una tendencia hacia la reafirmación de la etnicidad¹⁶, plasmada en la recuperación de tierras y el fortalecimiento de las autoridades y tradiciones culturales propias. En el campo de la salud,

se destaca la reglamentación de la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social y el reconocimiento del derecho de los indígenas a su medicina tradicional¹⁷. Normativas como la Resolución 10013 de 1981 y la Ley 691 de 2001 enmarcan un proceso de veinte años en la reivindicación del derecho a la salud para los pueblos indígenas, lo cual es extensible al conjunto de los grupos étnicos. Estos procesos de afirmación étnica se han producido en un contexto internacional de ampliación progresiva de los derechos humanos, incluyendo el derecho de los pueblos a mantener su identidad cultural y su diferencia como sujetos colectivos. En el anexo no. 1 se presenta una síntesis de las normativas referentes a los derechos de los grupos étnicos.

Colombia es un país pluriétnico y multicultural, donde el cumplimiento de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio está directamente relacionado con la capacidad de implementar acciones dirigidas a estos grupos poblacionales que se encuentran en condiciones desfavorecidas. En términos generales, los grupos étnicos representan cerca del 14% de la población, siendo un 10.27% los afrocolombianos y un 3.3% los indígenas. Estos grupos se asientan sobre el 36% del territorio nacional (36.600.000 hectáreas) bajo la modalidad de títulos colectivos, los cuales coinciden con dos de los lugares que concentran una significativa magnitud de la biodiversidad del planeta: la selva Amazónica y la Costa Pacífica¹⁸.

Aunque comparten algunas características generales, cada uno de los grupos tiene sus propias particularidades. En Colombia existen 84 etnias o pueblos indígenas¹⁹ que cuentan con una población de 1.378.884 personas (3.3% de la población nacional), los cuales habitan principalmente en las áreas rurales (78%) de los 32 departamentos del país. Los departamentos que tienen mayor población indígena son la Guajira, Cauca, Nariño y Córdoba (60% de los indígenas de Colombia). Los departamentos con mayor propor-

ción de población indígena dentro de su estructura demográfica son Guainía (61.5%), Vaupés (58,1%), Guajira (42.4%), Amazonas (39.8%) y Vichada (39.6%)²⁰. Estos grupos poseen manifestaciones culturales variadas, relacionadas con las características lingüísticas, la organización social y política, las relaciones económicas y de producción, el manejo e interacción con el ambiente y, en general, las cosmovisiones particulares.

Por su parte, los grupos afrocolombianos cuentan con una población de 4'261.996 personas (10.27% del total de la población) y habitan principalmente en las zonas urbanas (72%). La población afrocolombiana de los departamentos de Cauca, Chocó, Nariño y Valle asciende a 1'092.230 personas, representando el 45% de la población afrocolombiana del país; la región Caribe, que incluye los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre, tiene una población afrocolombiana de 1'194.577 representando el 28% del total de afrocolombianos. Estas comunidades mantienen elementos de identidad que generan sentido de pertenencia, al igual que estructuras y normas que rigen sus comunidades las cuales perduran y se proyectan a través de formas particulares de organización social y política, la historia común y los elementos de cosmovisión, interacción y representación²¹. El gráfico no. 1 presenta el mapa de Colombia con la localización geográfica de los grupos étnicos que habitan en el país.

9 Departamento Nacional de Planeación (2005). Documento CONPES Social 91 "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015". Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=581

10 DNP, 2006.

11 Estos incluyen: avanzar en la construcción de modelos de atención con enfoque de interculturalidad en salud y de sistemas de información y seguimiento sobre salud intercultural y situación de salud de los pueblos indígenas; desarrollar mecanismos de participación de los pueblos indígenas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud. Disponible en: http://www.conhu.org.pe/remsaaxvii/resoluciones/xxvii_417.pdf

12 Las principales fusiones fueron la de los Ministerios de Gobierno y de Justicia en el nuevo Ministerio del Interior y de la Justicia; la de los Ministerios de Ambiente, de Comercio y de Desarrollo, en el nuevo Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; y por último, la fusión de los Ministerios de Salud y de Trabajo en el nuevo Ministerio de la Protección Social.

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

14 OPS - Ministerio de la Protección Social (2004).

15 La Constitución Política define un conjunto de derechos para la totalidad de la población colombiana, y de manera específica establece el reconocimiento y protección por parte del Estado de la diversidad étnica y cultural de la nación, e incorpora preceptos particulares en diferentes materias para los grupos étnicos (Constitución Nacional, Art. 7).

16 La etnicidad hace referencia a un proceso de construcción de conciencia colectiva que describe no sólo un conjunto de relaciones intergrupales dentro de un orden social sino también es una forma de conciencia cambiante en el tiempo.

17 La ley 691 tiene por objeto "...proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas". En el artículo 21 de la ley 691 se consagra: "Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particulares y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas".

18 DANE (2007) Censo 2005. <http://www.dane.gov.co>; CONPES 3310 Acciones Afirmativas para la población Afrocolombiana; DNP (1998) Plan Nacional de Desarrollo de la Población Afrocolombiana. Hacia una Nación Pluriétnica y Multicultural. Bogotá, DNP.

19 Se cuenta con 64 lenguas diferentes pertenecientes a 14 familias lingüísticas; diversidad de formas de organización social basadas en relaciones de parentesco y comunitarias con multiplicidad de estructuras que determinan condiciones específicas como el tipo de alianzas, residencia, descendencia y filiación; variadas formas de gobierno con autoridades tradicionales de carácter ancestral y otras adecuadas a los procesos de interacción con la sociedad nacional; formas de producción y económicas, con mano de obra familiar y comunitaria, predominantemente destinadas a la autosubsistencia o al intercambio en pequeña escala con manejos generalmente equilibrados en cuanto al uso y apropiación de recursos naturales.

20 DANE, 2005; OPS, 2007.

21 DNP, 2006: pp. 703-704.

Gráfico no. 1

LOCALIZACIÓN DE RESGUARDOS INDÍGENAS, TERRITORIOS COLECTIVOS DE COMUNIDADES NEGRAS (TCCN) Y KUMPANIAS DEL PUEBLO ROM



Fuente: DANE, 2007.

Las reivindicaciones de los pueblos indígenas están consagradas en la Constitución Política de 1991, junto con el reconocimiento de la mayor parte de esos derechos también para los afrocolombianos, la población raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia y el Pueblo Rom (gitano), quienes también se reclaman como grupos étnicos. Uno de los logros más importantes para los grupos indígenas y afrocolombianos tiene que ver con la consolidación de espacios territoriales colectivos que permiten proteger la identidad cultural de estas comunidades. En este sentido se destaca la asignación de tierras a las comunidades indígenas y territorios colectivos a comunidades afrocolombianas²². Así mismo, se han expedido normas sectoriales que han am-

pliado las coberturas en educación, en la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, en la protección social a niños con apoyo alimenticio, y en el desarrollo de proyectos etnoeducativos.

En cuanto a la participación, se han fortalecido espacios creados por la legislación, como lo son la Mesa Nacional de Concertación, la Comisión Nacional de Territorios y la Comisión de Derechos Humanos para los pueblos indígenas; la Consultiva de Alto Nivel, las consultivas departamentales, regionales y distritales y los Consejos Comunitarios para la población negra o afrocolombiana. Algunas entidades nacionales han creado espacios específicos que posibilitan la interacción con todos los grupos étnicos y otras instituciones para la discusión y concertación de políticas y propuestas dirigidas a estas comunidades, tal como lo es el Comité Interétnico del Proyecto de Evaluación de Necesidades y Procesos de Información, el cual se ha generado en el marco del proceso de implementación del Convenio sobre la Diversidad Biológica.

Las dinámicas organizativas de los grupos étnicos se han consolidado durante las últimas décadas con el reconocimiento legal de sus formas de gobierno bajo la figura de los resguardos indígenas (710) y los consejos comunitarios (150). Cada grupo ha establecido mecanismos de concertación y lineamientos de desarrollo de acuerdo a su perspectiva étnica, lo cual está consignado en sus planes de vida y etnodesarrollo. Finalmente, existe un amplio número de movimientos sociales y redes de mujeres y jóvenes orientados a la construcción de dinámicas colectivas de integración y reconocimiento de la diferencia.

²² La Constitución de 1991 y los desarrollos legislativos de la Ley 70 de 1993, determinaron la titulación colectiva de las tierras tradicionales de las comunidades negras que habitaban la Cuenca del Pacífico (5'600.000 hectáreas). Esta política de titulación colectiva para las comunidades negras, se planteó con el objeto de reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural de dichas comunidades, fortalecer los procesos organizativos y garantizar la participación y la autonomía sobre los territorios tradicionales. Por otra parte, con ello se buscó garantizar la protección ambiental de los recursos naturales existentes en estos territorios, y promover un mecanismo de estímulo al desarrollo productivo alternativo orientado a mejorar las condiciones de vida de estas comunidades. Entre las tierras entregadas a las comunidades negras y las que se encuentran en trámite de adjudicación, se alcanza un acumulado total de 5'670.000 de hectáreas que representan cerca del 5% del territorio nacional. Hasta la fecha se ha cumplido la meta en un 91.5%, se han expedido 149 títulos colectivos y se han adjudicado 5.128.830 hectáreas, beneficiando a 60.418 familias (cfr. Presidencia, 2006).

A pesar de los desarrollos mencionados, persiste la desigualdad entre los habitantes de las zonas rurales y urbanas, así como entre regiones. Chocó (con alta densidad de población afrodescendiente), Cauca y Nariño (con significativa composición de población indígena) se mantienen como los departamentos con menores índices de desarrollo humano a lo largo de los últimos 14 años⁷. Para el año 2005, el 49% de las personas pertenecientes a minorías étnicas se encontraba ubicada en los quintiles de ingreso 1 y 2, y el 47% tenía alguna necesidad básica insatisfecha (DANE, 2007). Igualmente, en cuanto a resultados en salud, existen evidencias acerca del acceso diferencial a los servicios de salud de acuerdo a la pertenencia o no pertenencia a grupos étnicos. Los gráficos 2 y 3 presentan la composición de las minorías étnicas por regiones y su nivel de acceso a los servicios de salud.

Gráfico no. 2

DISTRIBUCIÓN MINORÍAS ÉTNICAS POR REGIÓN

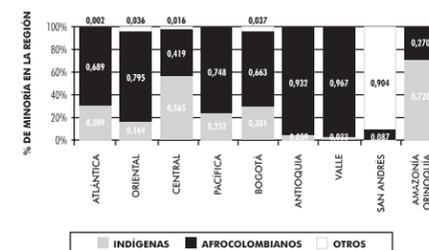
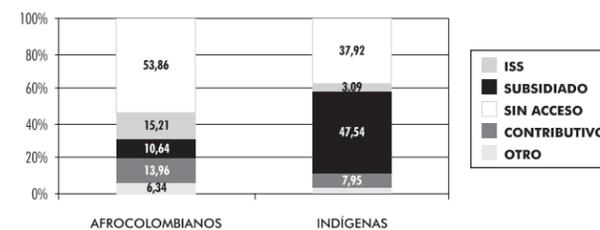


Gráfico no. 3

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Bernal y Cárdenas, 2005.

La situación de vulnerabilidad en el contexto rural es más crítica debido a las precarias condiciones de vida (e.g. altas tasas de analfabetismo y servicios públicos deficientes), y las barreras de acceso a los servicios de salud ocasionadas por la dispersión geográfica, la escasez de medios de transporte, la informalidad laboral y la constante amenaza del desplazamiento forzado como consecuencia de la presencia de organizaciones al margen de la ley.

El 48% de la población perteneciente a alguna minoría étnica no está asegurada y se encuentra asentada en las áreas rurales (DANE, 2003). El efecto de las acciones de los grupos armados ilegales sobre las comunidades étnicas es severo, pues tales acciones se concentran precisamente en las áreas rurales del país. Estas poblaciones no están aseguradas, e independientemente de la etnia a la que pertenezcan, las diferencias en nivel socioeconómico, el acceso al empleo formal, el ingreso y la ubicación geográfica determinan estructuralmente las inequidades en salud.

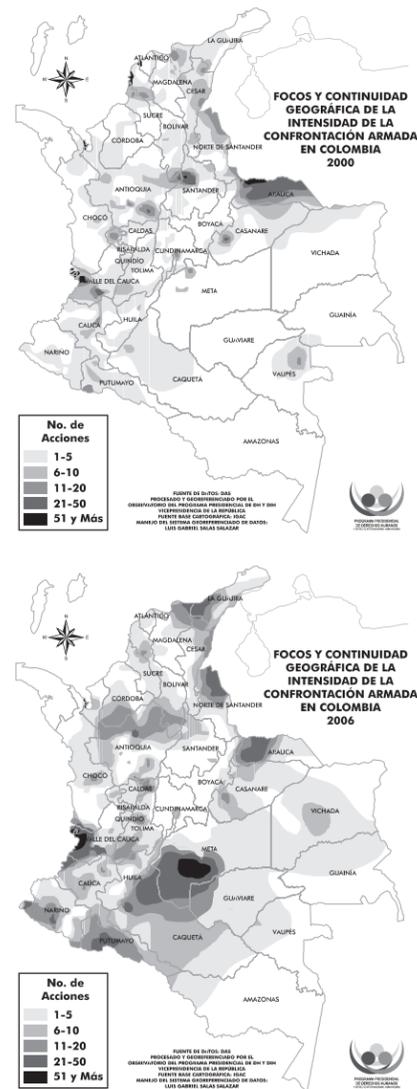
Especialmente la ubicación geográfica permite apreciar cómo el desplazamiento forzado afecta de manera desproporcionada a los pueblos indígenas y a la población afrocolombiana. La población indígena, por ejemplo, constituye el 3.3% de la población del país y representa el 18.45% de la población desplazada; la población afrocolombiana constituye el 10.27% de la población y representa el 40% de la población en situación de desplazamiento. La expulsión y el desplazamiento de estas comunidades de sus terrenos ancestrales rompen el vínculo entre territorio y cultura, generando un sentimiento profundo de desarraigo en las comunidades.

La mayoría de las víctimas se ubica en el departamento de Cauca (19%), seguido por Cesar (15%) y la Guajira (13%). Los indígenas colombianos se encuentran, en departamentos como Córdoba y Chocó, confinados por la guerrilla y los grupos de autodefensas. Estos bloqueos, junto con las confrontaciones, desplazamientos, secuestros y

homicidios, configuran crisis humanitarias que deterioran aún más el precario promedio de las condiciones de vida de las minorías étnicas. El gráfico no. 4 ilustra cómo ha evolucionado la intensidad de la confrontación armada en Colombia.

Gráfico no. 4

INTENSIDAD DE LA CONFRONTACIÓN ARMADA EN COLOMBIA 2000 - 2006



Fuente: Vicepresidencia de la República, 2007.

En estos contextos de emergencia existen diversos factores de inequidad en los servicios de salud para los grupos étnicos, adicionales a las barreras de acceso y el bajo aseguramiento. Algunos de ellos son la falta de concordancia entre los mecanismos de registro del Sistema General de Seguridad Social²³ y las dinámicas sociales de las poblaciones rurales dispersas (e.g. los niños en estas zonas no nacen en el hospital, los padres los registran en períodos diversos); la baja adaptabilidad y concertación de programas de prevención que incorporen la medicina tradicional, los perfiles epidemiológicos y culturales;

Tabla no. 1

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBIANAS

	POBLACIÓN AFROCOLOMBIANA	POBLACIÓN INDÍGENA	RESTO DE LA POBLACIÓN
Esperanza de vida	65 hombres 55 mujeres	57.8 mujeres 55.4 hombres	73 mujeres 64.3 hombres
Tasa de mortalidad infantil	151/1000	63.3/1000	39/1000
Tasa de analfabetismo	31.3%	24.7%	23% rural 7.3% urbana
Aseguramiento por el sistema de salud	21% régimen subsidiado 26% régimen contributivo	S.I.	23% régimen subsidiado 36% régimen contributivo
Cobertura educación secundaria	62%	S.I.	75%
Cobertura educación superior	14%	S.I.	26%

Fuentes: DNP, 2004; DANE, 2005; Banco Mundial, 2006; Arango y Sánchez, 2004.

23 El SGSS es un sistema de protección social cuyos componentes (seguridad y asistencia social) buscan reducir la vulnerabilidad de los hogares –especialmente de aquellos que se encuentran en situación de pobreza– anticipando eventuales caídas de ingreso, a través de un mejor manejo del riesgo. Bajo el Sistema Social de Riesgo (SSR) las acciones de protección social se sustentan y complementan con medidas orientadas a garantizar el crecimiento económico (inversión, empleo e ingreso de la población); medidas de política social orientadas a garantizar el acceso a servicios sociales básicos de la población pobre, la ejecución de proyectos focalizados en las zonas más necesitadas; mecanismos de protección de mercado; y mecanismos informales de protección complementarios (Cfr. Consejería Presidencial para la Protección Social, 2002: 131; Guerrero, 2006).

la ausencia de un sistema de monitoreo de morbilidad²⁴ que incluya variables étnicas; y la falta de información o conocimiento sobre la forma de actuar frente a emergencias sanitarias²⁵. La tabla no. 1 permite apreciar algunos indicadores que complementan este panorama de inequidades para los grupos étnicos.

Con base en la información presentada, el origen de los programas abordados en este estudio se puede trazar a partir de la divulgación de evidencias sobre el deterioro de las condiciones de vida de la población perteneciente a las comunidades étnicas. Y en este sentido, el principal catalizador del debate público en torno a la necesidad de mejorar las condiciones de vulnerabilidad, exposición y salud de las comunidades étnicas ha sido el efecto que sobre ellas tiene el escalamiento de la confrontación armada entre el Estado y las fuerzas ilegales.

3.2 Enfoques de la Acción Intersectorial de OPS/OMS en Colombia

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Colombia ha acompañado y desarrollado programas y proyectos intersectoriales en diferentes niveles. Este estudio presenta inicialmente la experiencia de formulación de un marco nacional de política pública pionero para la acción intersectorial; y en un segundo momento presenta un conjunto de iniciativas desarrolladas bajo el enfoque diferencial para minorías étnicas, detallando una experiencia en particular, la cual surge y se desarrolla en un contexto de emergencia.

En las entrevistas realizadas para la elaboración de este estudio de caso, los representantes de los ministerios²⁶ y de otras entidades, reconocieron la prioridad del tema étnico en el contexto colombiano, así como la necesidad de una mayor coordinación y complementariedad de las acciones entre los sectores. Al hacer un balance general de la óptica con que se contemplan las actividades desarrolladas por cada ministerio, hubo una percepción compartida de que había bastante evidencia de participación de varios sectores en iniciativas que no se habían documentado lo suficiente y cuyas evaluaciones sólo permitían esclarecer implícitamente objetivos relativos a la reducción de inequidades o al abordaje de los

24 Investigaciones de OPS (2004) han establecido algunos perfiles por regiones, los cuales reflejan cómo en las poblaciones de la selva y el llano prevalecen las enfermedades carenciales, infectocontagiosas y parasitarias; en la zona andina las enfermedades de los tejidos dentales; en la región atlántica predominan enfermedades como la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda, la desnutrición y las enfermedades carenciales, tuberculosis, enfermedades dentales y enfermedades de la piel. En la región pacífica prevalece la tuberculosis, EDA, IRA, desnutrición, paludismo, fiebre tifoidea, fiebre amarilla y otras patologías como el Cáncer y VIH/Sida.

25 Ministerio de Protección Social (2006) *Derechos y deberes de los grupos étnicos en el marco de la protección social*. Bogotá; OPS/OMS (2005) *Metodología de Concertación para el Diseño de una Política de Protección Social en Salud para grupos Étnicos en Colombia*. Consultor: Rodolfo Hernando Moreno; Ministerio de Salud (2001) *Lineamientos para la concertación y adecuación del plan de atención básica con grupos étnicos en las entidades territoriales*.

26 Ministerio de Protección Social –Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial– Ministerio de Educación.

determinantes sociales de la salud. En especial, se subrayó cómo las minorías étnicas son beneficiarias de diferentes programas estatales de cobertura universal, los cuales carecen de un enfoque diferencial que atienda sus características propias.

En el desarrollo de estos diálogos se trabajó conceptual y metodológicamente sobre las experiencias y percepciones de la acción intersectorial y se obtuvo la definición de potenciales interinstitucionales. Entre ellos se destacó inicialmente el hecho de que en Colombia se viene adelantando un proceso de reorganización de las instituciones estatales y la profundización de la descentralización de responsabilidades, competencias y recursos, con lo cual se ha dado una nueva perspectiva a la coordinación de iniciativas intersectoriales y niveles territoriales. En este sentido, a lo largo de las entrevistas se subrayó el lanzamiento de la Red JUNTOS en el año 2007, cuyo objetivo de mejorar las condiciones de vida de las familias en situación de pobreza extrema, busca ser logrado mediante la incorporación efectiva de los hogares más pobres a las redes sociales del Estado y la integración de la oferta de servicios sociales de acuerdo con las necesidades de las familias (las dos estrategias fundamentales son el apoyo familiar²⁷ y la coordinación de las entidades gubernamentales)²⁸.

Por otra parte, dentro de este tipo de estrategias macro que se encuentran en proceso de implementación, se destaca también la Agenda de

Cooperación Interinstitucional y del Plan de Acción Intersectorial para el desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables (2007). Colombia es el primer país de la región donde esta estrategia se convierte en política pública nacional. Debido a su carácter pionero, a continuación se presentan los aspectos generales de este marco para la acción intersectorial en el país, y posteriormente se relacionan las experiencias promovidas desde la OPS/OMS con un enfoque diferencial explícito para las minorías étnicas.

3.2.1 Un Marco para la Acción Intersectorial sobre los Determinantes de la Salud

Con base en los éxitos demostrados tras varios años de implementación de la Estrategia de Escuelas Saludables y más recientemente de Viviendas Saludables de la OPS/OMS en Colombia, entre los meses de enero y julio de 2007 la Estrategia de Entornos Saludables adquirió por primera vez el carácter de política pública nacional, constituyéndose en un marco para la acción intersectorial orientada explícitamente a intervenir en los determinantes de la salud para la reducción de las inequidades en salud. Siguiendo la tipología de los tipos de intervención sobre los determinantes de la salud²⁹, la naturaleza de esta experiencia de acción intersectorial corresponde a la formulación de un marco amplio de política pública a nivel nacional (Broad Policy Framework).

El proceso comenzó en 2006 con una agenda de acercamiento a los ministerios y agencias del gobierno de los sectores salud, ambiente, educación y cooperación internacional. En enero de 2007 el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio

de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA y la OPS/OMS, acordaron establecer una Agenda de Cooperación Interinstitucional para avanzar en el desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables, dirigida al mejoramiento de las condiciones de vida de la población más vulnerable, integrando para ello diversas acciones interinstitucionales.

Tales acciones se acordaron en el “Plan de Acción Intersectorial” derivado de la Agenda de Cooperación Interinstitucional firmada por los representantes de las diferentes Entidades comprometidas. Este Plan representa un significativo avance en el propósito de unir esfuerzos y recursos bajo una perspectiva multisectorial para lograr la reducción de los riesgos y la promoción de los factores protectores del entorno en la salud, así como el fortalecimiento de la capacidad institucional de los entes territoriales para su implementación.

Bajo estos principios, el objetivo del Plan de Acción es mejorar las condiciones de la calidad de vida y salud de la población, para responder a las prioridades del país y para el logro de los ODM tal y como los ha definido el Estado colombiano. Con base en los avances registrados por las diversas acciones llevadas a cabo en desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables durante los últimos años a nivel subnacional y para diferentes grupos poblacionales, el principal reto que asume la estrategia ahora, guiada por el Plan de Acción Intersectorial, es la generalización de sus beneficios a escala nacional, con la participación y compromiso de los diferentes sectores y actores comprometidos con el desarrollo humano y social.

La Agenda de Cooperación y el Plan Intersectorial se fundan en los desafíos del desarrollo y la salud y las prioridades fijadas por el Gobierno Nacional para reducir la extrema pobreza, mejorar la salud, promover la paz, los derechos humanos y

la sostenibilidad ambiental. Todo ello en un marco de profundización de la descentralización, de allí que su propósito general sea “Contribuir al fortalecimiento de las Entidades Territoriales para que establezcan procesos sociales que logren la reducción del riesgo y la promoción de factores protectores en salud existente en los entornos, especialmente en los más amenazados y vulnerables, y fomenten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles” (OPS/OMS - MPS, 2007).

Las líneas de acción definidas para llevar a cabo este objetivo plantean resultados esperados referidos a la instalación de un sistema nacional de gestión de la Estrategia de Entornos Saludables; el desarrollo de un sistema nacional de evaluación del impacto de políticas de interés social en salud, con énfasis en educación y habitabilidad; y el desarrollo de acciones integrales seguras y sostenibles para lograr la reducción de los riesgos y la promoción de los factores protectores del entorno en la salud, con énfasis en escuelas y viviendas.

Para cada uno de los resultados se definen una serie de actividades de carácter intersectorial explícito, que generan dinámicas de integración tanto horizontal como vertical (ver tabla no. 2). En términos de integración horizontal el Plan de Acción vincula a organizaciones de cooperación internacional y a entidades del gobierno nacional. En términos de integración vertical, el Plan establece relaciones entre las autoridades regionales y locales (gobernadores y alcaldes), las Secretarías responsables de los sectores involucrados (salud, educación, obras, planeación, entre otras) y los representantes de las comunidades (padres de familia, docentes, estudiantes, organizaciones, agentes educativos comunitarios, entre otros).

27 En el acompañamiento familiar, un grupo de cogestores sociales visitará las familias durante cinco años, orientándolas para que puedan acceder a los programas y servicios que necesitan. Mediante los cogestores sociales, que son representantes de la red ante las familias y su tarea es acompañarlas en su proceso de desarrollo y mejoramiento de condiciones de vida, se realizarán planes de trabajo con las familias, buscando identificar las necesidades que las hacen mantenerse en condición de pobreza.

28 Estas necesidades se han llamado logros básicos y son 54 en total, agrupados en nueve dimensiones: identificación, ingresos, trabajo, educación, habitabilidad, nutrición, dinámica familiar, bancarización y ahorro, y acceso a la justicia. Todas las familias de nivel uno del Sisbén que estén incluidas en el programa Familias en Acción, y todas las familias desplazadas, sin importar el nivel del Sisbén al cual pertenecen. El programa involucra 16 entidades: el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo; el de Agricultura y Desarrollo Rural; el de Educación; el de la Protección Social; el de Interior y Justicia; la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional; el Departamento Nacional de Planeación; y la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Bancoldex – Banca de Oportunidades, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior (ICETEX), el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (INCODER), el Instituto Nacional para Ciegos (INCI), y la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD).

29 Los cuatro puntos clave para las intervenciones sobre los determinantes de la salud, según la tipología definida por Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) y Mackenbach et al. (2002), son: Reducir los efectos de la estratificación social; Reducir la exposición específica a factores que dañan la salud; reducir la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas a las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran; y por último, intervenir mediante la atención de salud para reducir las consecuencias desiguales de la mala salud y prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre las personas desfavorecidas.



Tabla no. 2

ACTIVIDADES PLAN DE ACCIÓN INTERSECTORIAL
PARA DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE ENTORNOS
SALUDABLES 2007 - 2010

A. Sistema nacional de gestión de la Estrategia de Entornos Saludables.

1. Establecer el proceso operativo de la Estrategia.
2. Promover la inclusión de la Estrategia en las políticas de interés social a nivel nacional.
3. Promover el desarrollo de la Estrategia en las Entidades Territoriales.
4. Desarrollar una comunidad de práctica en las entidades territoriales para la producción de conocimiento colectivo en entornos saludables.

B. Sistema nacional de evaluación del impacto de políticas de interés social en salud, con énfasis en educación y habitabilidad.

1. Establecer la metodología de evaluación.
2. Promover la aplicación de la metodología de evaluación a nivel nacional y territorial.
3. Desarrollar una comunidad de práctica para la producción de conocimiento colectivo en evaluación del impacto de políticas de interés social en salud.

C. Acciones integrales seguras y sostenibles para lograr la reducción de los riesgos y la promoción de los factores protectores del entorno en la salud, con énfasis en escuelas y viviendas.

1. Mantener un portafolio de instrumentos para el desarrollo de las acciones.
2. Promover el portafolio de instrumentos a través de iniciativas interinstitucionales en desarrollo.
3. Identificar metodologías de evaluación existentes.
4. Identificar experiencias exitosas de comunidades de práctica existentes.

Los roles y funciones de las entidades involucradas se plasman en la Agenda de Cooperación Interinstitucional³⁰, y se derivan fundamentalmente del marco legal que les regula, sin generar obligaciones presupuestales. Cabe destacar, por último, que en el desarrollo del Plan los ministerios y agencias han asumido los siguientes compromisos sectoriales complementarios:

³⁰ Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15693DocumentNo3266.PDF>

Ministerio de la Protección Social	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el Programa Nacional de Fomento de una Cultura en Salud Ocupacional a través de la Estrategia. • Gestionar ante la Dirección General de Salud Pública, la inclusión de la Estrategia de Entornos Saludables como proceso transversal para el abordaje de las acciones colectivas de salud pública, en el Plan Nacional de Salud Pública.
Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir dentro de los factores de calificación de los proyectos de vivienda de interés social, un componente socio educativo alrededor de la vivienda saludable. • Divulgar y promover la estrategia "Vivienda Saludable" en los eventos que organice el Vice-ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial. • Realizar el Primer Foro interinstitucional e intersectorial de la Vivienda Saludable en Colombia. • Diseñar de una Estrategia para el desarrollo del componente socio educativo por parte de los constructores de vivienda de interés social que favorezcan la convivencia de la familia y el sano desarrollo de la niñez en los hogares. • Implementación de las estrategias "Entornos saludables" en el proyecto mejoramiento de vivienda en la Isla de Providencia. • Desarrollo del proceso educativo en entornos saludables en el proyecto Fronterizo "Colombia - Ecuador".
Ministerio de Educación Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Articular la Estrategia con el proyecto Estilos de Vida Saludable que va a desarrollar el Ministerio. • Apoyar el fortalecimiento de redes sociales que integren familia y comunidad. • Identificar, sistematizar y divulgar experiencias significativas de Entidades Territoriales que trabajen en estilos de vida saludable.
Servicio Nacional de Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir contenidos sobre entornos saludables en los programas de formación que se relacionen. Formar multiplicadores de las estrategias de entornos saludables. • Los programas de formación responden a perfiles ocupacionales definidos por cada uno de los sectores y las estrategias de entornos saludables fortalecen los perfiles de desempeño pero no responden a uno de manera específica. • Desarrollar acciones de formación con contenidos sobre la aplicación de los instrumentos existentes.
Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional Acción Social	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar los conceptos de vivienda saludable en el programa hábitat. • Evaluar anualmente con recursos propios los resultados de al menos una acción del programa hábitat que incluya los conceptos de vivienda saludable.

3.2.2 Acción Intersectorial con enfoque diferencial en contextos de emergencia

En esta sección se relacionan las intervenciones enfocadas en grupos poblacionales específicos (*Targeted – Population based*). Estas experiencias abordan la exclusión en salud, definida como la falta de acceso de grupos y personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud (trasciende el sector de la salud); y buscan reducir la inequidad, entendida como la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades (CSDS, 2005; PHAC, 2007). En este sentido, los puntos de entrada de estas

experiencias son la reducción de la exposición y vulnerabilidad de las personas desfavorecidas, y la reducción y prevención de las consecuencias desiguales de la enfermedad mediante la atención en salud.

Con base en lo planteado por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2005), las iniciativas desarrolladas a esos niveles deben entrecruzarse con el enfoque en grupos específicos de la población, bajo el principio de que la reducción de las inequidades en salud requiere asumir y comprender las diferencias sociales que históricamente han afectado a los grupos más vulnerables de la sociedad, espe-

cialmente las comunidades afrodescendientes e indígenas³¹.

Como se señaló algunos párrafos arriba, aunque los grupos étnicos han tenido avances en materia de diferenciación positiva para el mejoramiento de las condiciones de salud³², la histórica falta de voluntad política y las limitaciones de tipo cultural han sido obstáculos importantes al pleno ejercicio de los derechos que les han sido reconocidos, en la medida que la normatividad existente no puede ser aplicada en todo el territorio y no logra adecuarse a las dinámicas de la institucionalidad local, que es afectada profundamente por la confrontación armada que vive el país.

La OPS/OMS en Colombia ha desarrollado dos tipos de iniciativas que integran el enfoque intersectorial y diferencial étnico. En primer lugar se encuentran los proyectos generales con estas comunidades, los cuales han tenido como beneficiarios a poblaciones mayoritariamente indígenas o afrocolombianas, aplicando las estrategias sin el desarrollo explícito de una metodología con enfoque diferencial³³. En segundo lugar se encuentran los proyectos con enfoque diferencial étnico propiamente dicho, en los cuales se han contemplado las perspectivas culturales de la comunidad, mediante una propuesta metodológica concertada y adaptada a sus necesidades.

Las principales experiencias llevadas a cabo bajo el enfoque diferencial son: Tuberculosis para poblaciones indígenas (2002-2006);

Atención psicosocial a comunidades negras en Cali y Buenaventura (2004-2006); Mejoramiento de la calidad del agua y el saneamiento para poblaciones indígenas (2003-2006); y Sistematización e intercambio de experiencias en la organización y gestión de Servicios de salud descentralizados para poblaciones indígenas (2005-2007). Este último proyecto fue seleccionado para ser documentado y desarrollado a profundidad en desarrollo de este estudio de caso. El anexo no. 2 presenta una tipología de estas iniciativas.



PROYECTO "SISTEMATIZACIÓN E INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS PARA POBLACIONES INDÍGENAS (2005 - 2007)".

Experiencia de atención en emergencias complejas y componente de salud en Plan de Resistencia de las Comunidades Indígenas del Norte del Cauca

En abril de 2005 se presentaron fuertes enfrentamientos entre las fuerzas del Estado y la guerrilla de las FARC en los municipios de Toribío y Jambaló, ambos con población mayoritariamente indígena, en el departamento del Cauca. La situación dejó numerosos heridos y muertos entre las fuerzas enfrentadas y la población civil, siendo ésta última forzada a abandonar temporalmente sus viviendas para concentrarse en escuelas de las áreas rurales o desplazarse a los municipios vecinos. A raíz de tales sucesos surgió una delicada situación humanitaria como consecuencia del fuego cruzado, el bloqueo de las vías, la falta de alimentos y la imposibilidad de acceder al hospital local para recibir asistencia en salud.

Para enfrentar esta situación, los pobladores solicitaron a través de las Alcaldías y de la autoridad tradicional de la región, la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca ACIN³⁴, el concurso de los organismos de socorro de los Gobiernos Departamental y Nacional, y del Sistema de Naciones Unidas. Por orientación del Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas – SNU en Colombia, las agencias hicieron presencia en la zona afectada brindando ayuda humanitaria y asistencia técnica para apoyar a la población durante la emergencia y la reparación.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud estableció un acuerdo con ACIN, para contratar un consultor acompañante con quien desarrollar actividades de evaluación, sistematización y fortalecimiento del sistema comunitario de prevención y atención de emergencias, con énfasis en el componente de atención en salud, y coordinó la cooperación en el tema de salud asignando los siguientes roles a las otras agencias del SNU participantes:

31 La Organización Panamericana de la Salud ha apoyado diversas intervenciones con respecto a la salud de los pueblos indígenas, en cumplimiento de las Resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997), bajo las cuales la OPS lanzó la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Posteriormente se origina la Resolución CD47.R18 "La salud de los pueblos indígenas de las Américas" donde se configura el mandato con respecto a las comunidades indígenas. Otros desarrollos son: OPS (1997). Intersectoral action for health: A cornerstone for health for all in the twenty first century. Washington D.C.; OMS (1986) Intersectoral Action for Health: The role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all. Washington D.C.

32 La Corte constitucional define en la sentencia T-422/96: "...la diferenciación positiva para las comunidades... es el reconocimiento de la situación de marginación social de la que ha sido víctima y que ha repercutido negativamente en el acceso a las oportunidades de desarrollo económico, social y cultural. Como ocurre con grupos sociales que han sufrido persecuciones y tratamientos injustos en el pasado que explican su postración actual, el tratamiento legal especial enderezado a crear nuevas condiciones de vida, tiende a instaurar la equidad social y consolidar la paz interna y, por lo mismo, adquiere legitimidad constitucional".

33 Algunos ejemplos de estas iniciativas son los proyectos de Entornos Saludables – Barrio El Poblado en el Chocó, AIEPI Chocó y Viviendas Saludables en el departamento de Nariño.

34 Entidad de carácter público especial reconocida en 1994 por el Estado. Agrupa 15 resguardos en 256 veredas de 7 municipios, con aproximadamente 109.000 habitantes en 25.370 familias; de ellas, 85% son paeces, 10% son afrodescendientes y campesinos y un 5% de otras etnias.

- El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): asistencia psicológica en emergencia y post emergencia y capacitación sobre manejo de aguas y basuras.
- El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP): entrega de kits de salud sexual y reproductiva concertados y adaptados culturalmente.
- La Organización Internacional para las Migraciones (OIM): formulación y gestión del Plan Integral de Reconstrucción.
- La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA): coordinación, generación de información y gestión de recursos.

Dicha coordinación de la OPS/OMS tuvo los propósitos de (i) revisar las condiciones sanitarias de los albergues y realizar recomendaciones sobre kits sanitarios de emergencia, (ii) capacitar en Atención Prehospitalaria a los agentes de salud de la organización indígena, (iii) acompañar operativamente la etapa post emergencia, (iv) evaluar las lecciones aprendidas en el abordaje de la crisis, (v) revisar el componente de atención en salud previsto para el recrudescimiento de las hostilidades, y (vi) fortalecer el plan propio de prevención, atención y mitigación de emergencias de las comunidades indígenas afectadas.

Estos objetivos fueron formulados en concordancia con los objetivos del “Plan Minga³⁵ de Resistencia”, orientado a la implementación de mecanismos integrales de resistencia y ayuda humanitaria para las situaciones de emergencia causadas por la guerra en el territorio indígena. En estos territorios la máxima autoridad es la Asamblea General, quien se reserva la potestad de la toma de decisiones en los componentes sectoriales, de tal manera que lo que allí no se valide no tiene el respaldo para ser ejecutado. De la misma manera en la asamblea se elige el

35 La Minga en la vida de las comunidades indígenas y campesinas de América es una actividad que se basa en el encuentro, el trabajo comunitario y la cooperación entre varias personas, para lograr un objetivo común.

cabildo o conjunto de autoridades tradicionales que ejercen las labores administrativas, políticas y de representación legal en cabeza del gobernador del resguardo.

Estas personas dan la orientación organizativa de la Asociación y su desarrollo a través de los *Tejidos* o programas de desarrollo sectorial, cuyo alcance está contemplado en el plan de vida zonal *Cxab Wala Kiwe*, que para el caso de ambos municipios ha estado coordinado con los planes de desarrollo municipal.

Dada esta forma de organización, para el desarrollo del proyecto se eligió, antes que a un experto en emergencias, a una persona que contara con experiencia de trabajo con salud e indígenas y que estuviese dispuesto a la construcción colectiva y concertada con delegados de las comunidades indígenas, intermediando entre las necesidades y ritmos institucionales (en este caso OPS/OMS y SNU) y los ritmos y escenarios de las comunidades indígenas. Esta persona comenzó a asistir como invitado a las reuniones en calidad de observador para conocer a los asistentes y construir la información de contexto. Al mismo tiempo que se hacía este acercamiento, se estableció comunicación con las autoridades políticas, administrativas y de salud de los municipios afectados, así como con la ACIN y su personal comunitario de salud.

Con estos últimos se realizaron talleres de trabajo, de socialización de información y de elaboración de un instrumento de evaluación de los sitios de albergue temporal. Posteriormente se programaron desplazamientos hacia el área rural y los sitios de albergue limitados por los combates, y finalmente, con la designación del equipo para el comité de atención de emergencias, se da inicio a jornadas de desarrollo conjunto de la propuesta que es aprobada por los Consejeros de la organización indígena.

Para el desarrollo de los objetivos de la propuesta se plantearon las siguientes estrategias:

- Creación y fortalecimiento de los SAP –Sitios de Asamblea Permanente– lugares para el Albergue Temporal, la Reflexión y Proyección³⁶.
- Sistema de Alertas Tempranas: para diseñar mecanismos eficaces que permitan tomar medidas de prevención respecto a situaciones que ponen en riesgo la vida e integridad de las comunidades y de su proceso organizativo.
- Capacitación en derechos humanos, DIH, convivencia comunitaria, manejo de radios y telecomunicaciones a la organización social.
- Fortalecimiento de la Guardia Indígena: como expresión ancestral de resistencia, directamente vinculada a las autoridades propias, como ejercicio de la autoridad y derecho propio.
- Protectorado de Minga en resistencia por la defensa del Plan de Vida de los Pueblos Indígenas: cuyo fin es tejer una red de amigos, instituciones, organizaciones y movimientos defensores de la vida y la dignidad humana.
- Creación de un fondo Comunitario de Emergencias.
- Dotación de los SAP y de la guardia indígena.
- Huertas Comunitarias de Resistencia.
- Apoyo al Plan de Vida de los Pueblos Indígenas.

Estas estrategias apoyadas en el Plan Minga de Resistencia, se construyeron, discutieron y validaron en asambleas comunitarias, lo que facilitó la respuesta organizada frente a la emergencia. Sin embargo, inicialmente no se desarrollaron mecanismos operativos concretos para su implementación tales como la definición de tareas, responsables, recursos, cronogramas o instrumentos de seguimiento, situación que generó confusión entre los comuneros y líderes sobre el funcionamiento de los SAP y sobre los mecanismos de atención a enfermos y heridos.

En este contexto, la OPS/OMS evidenció tempranamente la inexistencia de propuestas concretas que contrarrestaran la exposición y la vulnerabilidad de las comunidades indígenas. Los pobladores reconocían la posibilidad de ocurrencia de eventos críticos, pero no dimensionaban la magnitud de los acontecimientos y no tenían una propuesta estructurada frente a ellos. Del mismo modo, ni los entes territoriales municipales ni los hospitales locales contaban con planes de atención de emergencias y desastres.

36 Su objetivo es “Generar espacios físicos y comunitarios para la reflexión, análisis y toma de decisiones respecto a la problemática y riesgos que soportan las comunidades indígenas del Norte del Cauca”.

Una vez detectada esta limitación para la coordinación de las acciones frente a las emergencias, la ACIN comenzó a madurar su proceso de construcción del componente de preparación sistemática para la Prevención, Atención y Mitigación de Emergencias, para lo cual resultaba necesario que la instancia de conducción política de la ACIN, la Consejería, avalara el desarrollo de los mecanismos operativos, las funciones, las personas y las responsabilidades. La dependencia y la prolongación de la decisión de esta instancia dio lugar a la conformación de un comité de manejo de crisis para enfrentar diferentes dificultades³⁷ surgidas a raíz de la percepción desdibujada que los colaboradores y pobladores de la ACIN tenían de los estilos de trabajo de los oferentes externos.

Desde su óptica, los oferentes tenían un perfil emergentista, amplia experiencia previa, ritmos sistemáticos de trabajo, cronogramas precisos, alta división y especialización de funciones, niveles jerárquicos estrictamente delimitados, concentración de poder para la toma de decisiones en sus niveles superiores, mecanismos de seguimiento y control establecidos, probada capacidad de lobby y relación interinstitucional. Ello contrastaba con los elementos filosóficos y funcionales del movimiento indígena y de la ACIN, entre los cuales se encontraban la relevancia de la oralidad en el manejo de las comunicaciones y discusiones, la toma colectiva de decisiones como reflejo de su concepción comunitaria, los

37 Alta rotación de los asistentes por cada uno de los tejidos, lo que imposibilitó la continuidad del proceso e impidió definir un equipo de trabajo estable con responsabilidades claras; Reuniones sin días, horas o lugares fijos; Simultaneidad con otras reuniones importantes de la organización; Resistencia de algunos líderes a la presencia de personas ajenas a la organización indígena dentro de las reuniones; Información poco confiable para sugerir o tomar decisiones por la ausencia de mecanismos claros para la comunicación sobre el desarrollo reciente de los hechos, lo que generaba especulaciones sin fundamento, versiones múltiples sobre la misma situación; Inasistencia reiterada de los delegados de los proyectos comunitarios de Toribío y Jambaló, lo que impedía la articulación con las expectativas locales; Carencia de legitimación del grupo de trabajo por parte de la consejería, bien por la ausencia de una circular escrita a los tejidos o bien por la designación permanente de un consejero para su seguimiento; Resolución de situaciones independientemente de la existencia del grupo, pues la reflexión sobre la situación y su interpretación la realizaban los consejeros en sus jornadas de trabajo y las soluciones se implementaban directamente con los equipos de los tejidos y la solidaridad externa; El orden del día de la reunión se alteraba por la presencia inesperada de entidades que ofertaban apoyos descontextualizados o no pertinentes, o trataban de imponer su agenda en aras de las necesidades institucionales del organismo que representaban; Los recursos para la atención inmediata o para la reconstrucción y que fueron ofrecidos o prometidos por diversos organismos, concentraban la atención y energía de los coordinadores y colaboradores de los tejidos.

procesos marcados por ejercicios de una ritualidad conforme a su ancestral cosmovisión, la percepción y manejo diferentes del tiempo, los ritmos cotidianos pausados, y relaciones institucionales externas históricamente signadas por engaños o atropellos.

A partir de la socialización y discusión reiterada de estas percepciones, se acuerda con la Consejería la designación de un equipo para la elaboración de la propuesta inicial que recogiera los puntos de vista de los pobladores para entonces ser aprobada por las autoridades. Llevado a cabo este proceso, los principales acuerdos con el equipo de apoyo, a partir de los cuales surgiría el Plan de Atención de Emergencias y Desastres – PAED, fueron los siguientes:

- Creación y definición de las funciones de un Comité Propio de Emergencias.
- Construcción de un perfil inicial de funciones para cada uno de los tejidos en el contexto de la prevención y atención de emergencias y desastres.
- Definición de macro componentes para un plan secuencial de atención.
- Concertación de una propuesta metodológica para asegurar la continuidad del plan.

Para generar una expectativa positiva acerca de la posibilidad de avanzar y lograr la apropiación del Plan por parte de las autoridades tradicionales y los comuneros, se planteó una etapa subsiguiente de construcción del Plan de Atención de Emergencias y Desastres Zonal con metodologías participativas, que sería evaluado para redefinir el tipo de acompañamiento requerido por parte del equipo de oferentes a los proyectos comunitarios (orden municipal) y a los resguardos. Con ello se avanzó en la construcción de los planes en coordinación con las administraciones municipales.

En cumplimiento de lo acordado, la OPS/OMS hizo un levantamiento de información para evaluar los riesgos ambientales, encontrando

bajos niveles de calidad en las condiciones de la señalización y la visibilidad, la estructura básica de los albergues, la batería y la estructura y dotación de las cocinas; pero sobre todo, encontró niveles de precariedad preocupante en cuanto al almacenamiento del agua y la dotación básica para la atención en salud. Con base en estos hallazgos, se inició una acción concertada con las otras agencias del SNU para mejorar tales condiciones articulando los aspectos ambientales y psicosociales. A partir de ese momento, la Consejería de la ACIN estableció responsabilidades para el coordinador de cada tejido en la construcción del PAED, y así avanzar en una propuesta operativa de carácter intersectorial.

Los coordinadores de cada tejido integraron el Comité Coordinador de Atención de Emergencias de la ACIN, lo cual implicó un proceso de articulación horizontal entre autoridades indígenas y autoridades locales (municipales), coordinado por el agente facilitador de OPS/OMS. Las áreas que se integraron en el Comité Coordinador se presentan en el siguiente recuadro:

TEJIDO	ÁREA
Consejería	Responsable de atención de Emergencias y Desastres
Gobernadores de Los Cabildos	Participación de dos delegados de los Gobernadores de los 16 cabildos de la Zona Norte
Justicia y Armonía	Programa Jurídico
Económico Ambiental	Proyectos Productivos Comercializadora Medio Ambiente
Pueblo y Cultura	Salud Educación Familia – Mujer Jóvenes
Defensa de la Vida	Guardia Indígena Derechos Humanos
Comunicaciones y Relaciones Externas	Comunicaciones
Planeación	Planeación

A continuación se describen los roles y funciones asumidos por los actores involucrados:

a) **Consejería**

- Coordinar el Comité zonal para la prevención y atención de emergencias.
- Convocar a las autoridades tradicionales para realizar análisis de riesgos antrópicos.
- Sensibilizar y comprometer a los gobernadores y coordinadores de proyectos comunitarios sobre la necesidad de organizar y estructurar el PAED.
- Revisar y aprobar los componentes del Plan de Atención de Emergencias Zonal.
- Seguimiento del nivel de desarrollo del Plan de Atención de Emergencias.
- Gestionar los recursos pertinentes para la implementación del Plan de Atención de Emergencias.
- Coordinar y gestionar el respeto a los derechos humanos en los territorios indígenas con los entes del estado y las ONG de ayuda humanitaria y defensoras de los derechos humanos.
- Responsable de declaración pública de las Alertas Tempranas.

b) **Gobernadores de los Cabildos**

- Socializar, a nivel municipal, de resguardo y veredal, el Plan de Prevención y Atención de Emergencias.
- Crear a nivel de los cabildos Comités para la prevención y atención de emergencia.
- Gestionar los recursos humanos, técnicos y financieros en las localidades, para garantizar la implementación del plan.
- Implementar un sistema de monitoreo frente al plan.
- Convocar y apoyar los simulacros que se realicen en su área de influencia.

c) **Tejido de Justicia y Armonía**

- Diseño, implementación y evaluación de

- plan de capacitación a los diferentes tejidos y comuneros sobre Derecho Internacional Humanitario, Misión Médica y Derecho propio.
- Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos jurídicos locales y regionales: denuncia de violación de los DH, DIH y Misión Médica.
- Establecer mecanismos de coordinación entre la justicia propia y el sistema de justicia ordinario.
- Apoyar la denuncia ante los entes competentes, en caso de violación a DH y DIH.

d) **Tejido Económico Ambiental**

- Identificar los Riesgos Naturales para la zona, georeferenciados.
- Diseñar y gestionar el componente de prevención de desastres naturales en la zona para el plan de prevención y atención de emergencias.
- Promover la producción propia, para garantizar disponibilidad de alimentos en caso de emergencias naturales o antrópicas.
- Formar y capacitar a los comuneros en conservación de alimentos perecederos.
- Diseño e implementación de plan de capacitación para prevención de riesgos naturales.
- Evaluación de necesidades de agua potable y alimentos no perecederos para los casos de emergencias.
- Diseño e implementación de un sistema de recepción, almacenamiento y distribución de las ayudas humanitarias en agua potable y alimentos.

e) **Tejido de Pueblo y Cultura**

Educación:

- Diseñar e incluir en los PEI actividades de formación para el manejo de emergencias y desastres.
- Diseño, monitoreo y evaluación de plan de prevención y atención de emergencias en el aula.

- Diseño e implementación de trabajo de acompañamiento a los niños y las niñas en los SAP, en caso necesario.
- Apoyo psicosocial inicial a la población infantil en casos de emergencias y desastres.
- Definición de stop pedagógico para trabajo con niños en caso de emergencias y desastres.
- Sensibilizar a los padres de familia para la atención a los menores en los casos de emergencias y desastres.

Mujer, Jóvenes y Familia:

- Diseño e implementación de capacitación a comuneros sobre manejo de alimentos, desechos sólidos y aguas residuales en los SAP.
- Promover los derechos de las mujeres y la denuncia ante violaciones a los derechos humanos de las mujeres y los niños en casos de emergencias complejas.
- Evaluación de necesidades de colchonetas, cobijas y menaje de cocina para la zona, su almacenamiento y distribución.
- Gestionar y recepcionar las ayudas humanitarias relacionadas con el anterior punto.
- Apoyar al tejido económico ambiental en la adquisición y distribución de agua potable y alimentos.

Salud:

- Diseñar e implementar programas de educación continuada para personal médico, paramédico y personal comunitario de salud con énfasis en atención prehospitalaria y de emergencias.
- Inventario de recursos humanos y técnicos para la atención en salud en caso de emergencias.
- Inventario de necesidades básicas de dotación y definición de stop mínimos de medicamentos e insumos médico quirúrgicos para la atención de emergencias.
- Diseño e implementación del componente de salud del plan de prevención y atención

- de emergencias.
- Diseño e implementación de simulacros de atención en salud para casos de emergencias.
- Coordinar la atención en salud con la red pública hospitalaria en caso de emergencias.
- Diseñar e implementar instrumentos de seguimiento a comuneros afectados en su salud en caso de emergencias.
- Diseño de estrategias e instrumentos para disminuir los riesgos de enfermedades transmisibles en los SAP.

f) Tejido de Defensa de la Vida

- Garantizar la protección de los y las comuneros en cualquier evento del movimiento indígena que implique concentración de personas.
- Garantizar procesos de vigilancia sobre la circulación de personal ajeno a las comunidades en los territorios indígenas.
- Informar, de manera inmediata, a la consejería o cualquier miembro del Comité Propio de Emergencia ante el incremento de riesgos naturales o antrópicos.
- Conformar y formar grupos locales para socorro y traslado de heridos.

g) Tejido de Comunicaciones y Relaciones Internacionales

- Garantizar comunicación permanente con la red amigos nacionales e internacionales sobre el proceso indígena del Norte del Cauca.
- Mantener informados a través de las emisoras, a los comuneros de los riesgos potenciales y medidas de prevención, tanto naturales como humanos.
- Socializar, a través de las emisoras los avances en el diseño y elaboración del plan zonal de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres.
- En caso de un evento de emergencia o desastre es el único responsable de canalizar

la información hacia agencias internacionales, nacionales, prensa y comuneros.

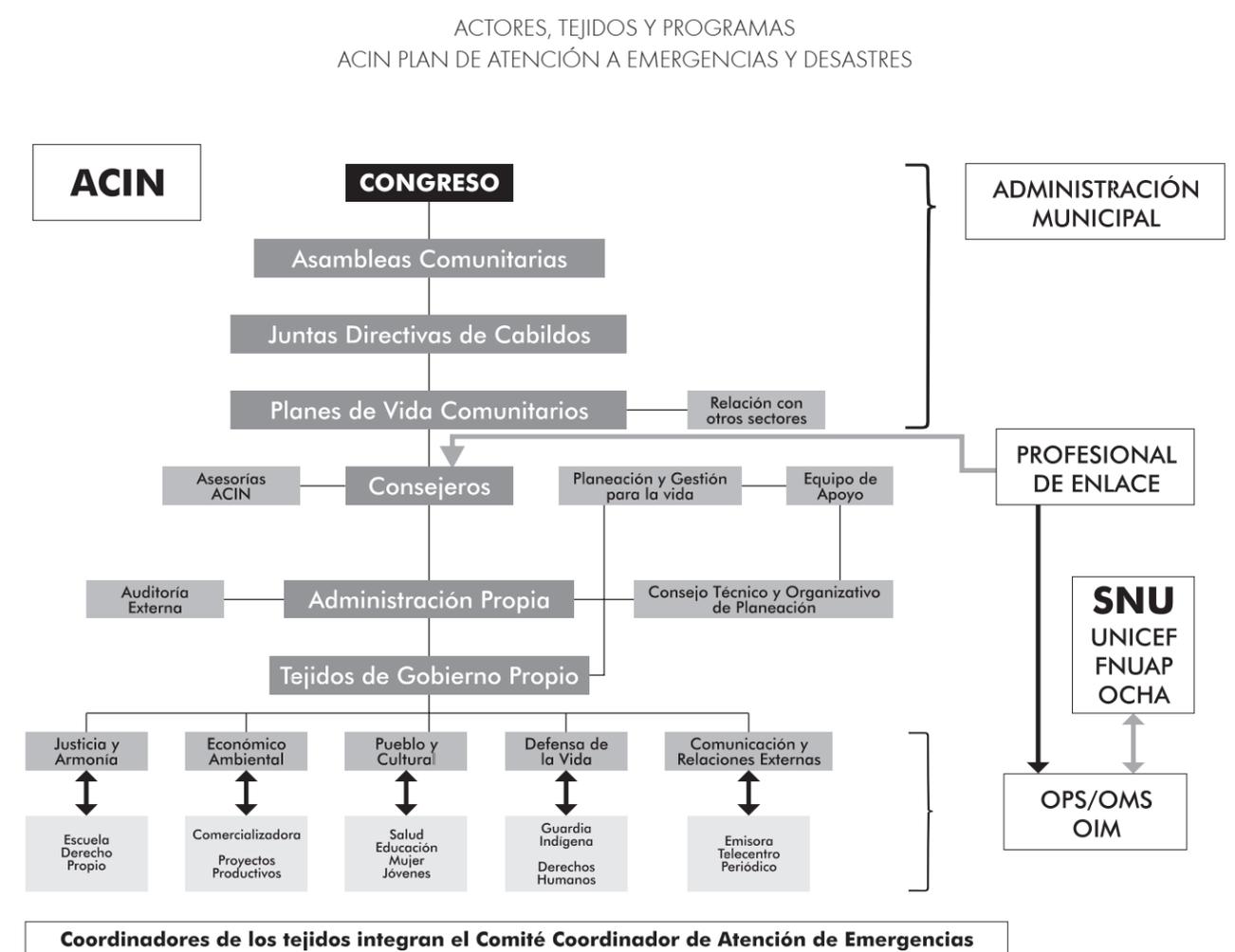
h) Planeación

- Secretaría operativa del Comité Propio de Prevención y Atención de Emergencias.
- Apoyar al Tejido económico ambiental en la caracterización de los riesgos naturales en la zona y a la consejería en la definición de los riesgos antrópicos.

- Coordinar y articular el trabajo al interior de la ACIN para la Prevención y Atención de Emergencias y Desastres.
- Realizar seguimiento sobre el desarrollo del PAED de la ACIN.
- Coordinar en terreno la atención integral a víctimas de emergencias o desastres.

Estas funciones corresponden a los actores presentados en el gráfico no. 5.

Gráfico no. 5



Para la puesta en marcha del PAED se contemplaron dos etapas y 8 componentes. La primera etapa se desarrolló con prioridad en lo zonal, y en la segunda etapa se buscó apoyo de los proyectos comunitarios y de los cabildos. La implementación implicó la gestión de recursos a nivel municipal y departamental a través de los Planes de Atención Básica contemplados por la ley, así como los recursos de transferencia de los resguardos, los cuales provienen del nivel central del Estado. Adicionalmente, la ACIN gestionó recursos para proyectos puntuales ante organismos internacionales, gubernamentales y no gubernamentales (algunos de ellos incluidos en el Plan de Reparación Integral apoyado por la OIM).

El sistema de salud colombiano define el aseguramiento como estrategia para la atención de las personas y la prestación de servicios se



encuentra organizada de manera descentralizada por niveles de atención. Al municipio le corresponde la responsabilidad de la atención de I nivel de complejidad y al departamento el II y III nivel de complejidad. Bajo este marco jurídico, la atención a la población indígena se hace en primera instancia a través del aseguramiento, que para el estudio de caso es la Asociación Indígena del Cauca –AIC– una entidad administradora de recursos del Régimen Subsidiado vinculada a la organización indígena del departamento. La población no asegurada se atiende con los recursos para la atención a la población pobre no asegurada que se entregan a los hospitales y ESE (Empresas Sociales del Estado).

La atención a heridos y lesionados en cualquier evento de emergencia o catástrofe es responsabilidad principalmente de la red de prestadores públicos de la región, sin embargo el Programa de Salud de la ACIN cuenta con personal en terreno, principalmente promotores de salud y auxiliares de enfermería, los cuales, como se ha descrito, son las primeras personas que entran en contacto con las comunidades y al ser parte de las mismas cumplen al interior de los resguardos con la responsabilidad de la atención en salud. De esta manera, el personal de salud de la ACIN es responsable de garantizar una adecuada atención prehospitalaria y de hacer la clasificación inicial de los heridos y lesionados para orientar, canalizar y remitir a los mismos de acuerdo a sus condiciones.

En este contexto, la elaboración de los macro componentes del PAED con la participación y aprobación de los miembros y autoridades de la comunidad, dio como resultado un conjunto de compromisos entre autoridades y otros miembros de la comunidad que se plasmaron en la definición de responsabilidades específicas, con las cuales se empoderaba a los habitantes para hacer sostenible en el tiempo el PAED. Este conjunto de compromisos/componentes del Plan y sus responsables se presentan en el siguiente recuadro.

COMPONENTE	ACTORES
Adecuación de la estructura organizativa	Autoridades Tradicionales de la zona y personal de salud – Responsables de los comités de emergencias y desastres definidos por autoridades tradicionales.
Fortalecimiento de la capacidad de atención en emergencias y desastres del personal propio de salud	Promotores y auxiliares de enfermería comunitarios – Colaboradores profesionales del programa de salud – Personal del programa de salud de la ACIN.
Construcción del Plan de Prevención y Atención de emergencias propio	Tejido económico y ambiental – Planeación – Gobernadores – Tejido educación y salud – Cabildos – Tejido de comunicación y defensa de la vida – Personal de salud – Guardia indígena – Miembros de los comités de atención de emergencias y desastres.
Mejoramiento de los Sitios de Asamblea Permanente	Consejeros de la ACIN – Planeación ACIN – Responsables de proyectos municipales – Guardia indígena – Tejidos de educación y salud.
Fortalecimiento del Personal de Apoyo en los Sitios de Asamblea Permanente	Guardia indígena – docentes y recursos propios de salud – Tejido de mujer y familia – Personal de salud de la ACIN
Mejoramiento de la capacidad de suministro de alimentos, agua potable y medicamentos en caso de emergencias	Comité zonal.
Mejoramiento de la coordinación y capacidad de respuesta de la red pública hospitalaria	Gerentes – Directores de hospitales – Asesores técnicos – Funcionarios de los hospitales locales.
Mejoramiento de la coordinación y de la capacidad de respuesta en casos de emergencias de las administraciones municipales	Alcaldes – Consejos de gobierno – Miembros del CLE.



Logros

- El principal logro de las experiencias presentadas en este estudio de caso, es la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud. En términos de la equidad en salud, la primera experiencia reporta el surgimiento de un marco de política pública que define explícitamente en sus objetivos y mecanismos, instrumentos de acción intersectorial con enfoque diferencial para la población vulnerable.
- En el segundo caso, dado el impacto de la confrontación armada sobre las minorías étnicas, con la creación y adopción de un Plan de Atención a Emergencias y Desastres, junto con el fortalecimiento del componente salud de un plan de resistencia indígena centenario, y con el desarrollo institucional del sector salud en el ámbito municipal, se incide sobre la vulnerabilidad y la exposición de la población perteneciente a minorías étnicas.

Otros resultados relevantes para la acción intersectorial y el uso del enfoque diferencial son los siguientes:

- Existe una capacidad institucional para generar información cada vez más detallada acerca de los determinantes y las condiciones de salud de las minorías étnicas, lo cual se ve favorecido por la puesta en marcha de estrategias intersectoriales con las que se faculta su socialización a nivel de los ministerios y otras agencias del Ejecutivo encar-

gadas de sostener y evaluar la políticas. Los diferentes programas adelantados hasta la fecha, han facilitado la elaboración de diagnósticos de salud y perfiles epidemiológicos de las minorías étnicas.

- Fortalecimiento de la coordinación e integración de las iniciativas de los otros sectores involucrados, desde la perspectiva étnica, favoreciendo y reconociendo la necesidad de acciones afirmativas para los pueblos indígenas, afrodescendientes, raizales y rom.
- Construcción concertada de aspectos diferenciales de la política de protección social en salud con grupos étnicos en contextos de emergencia.
- Creación de modelos de atención en salud específicos para territorios y poblaciones que reducen su exposición y vulnerabilidad.
- Los ministerios más involucrados en la formulación de los marcos de políticas que rigen la acción intersectorial en el país (Protección Social, Ambiente y Educación), cuentan con dependencias responsables y puntos focales para el trabajo con grupos étnicos, lo cual ha creado espacios de concertación con las organizaciones de los pueblos indígenas y con las consultivas de los pueblos afrocolombianos.
- El Ministerio de Protección Social y otras entidades han publicado documentos sobre derechos y deberes en salud de los grupos étnicos y diseñó la ruta de acceso para la atención a la población indígena en situación de desplazamiento forzado, recono-

ciendo una doble vulnerabilidad en la condición de pertenencia a un grupo étnico y la situación de desplazamiento.

- Ha empezado a gestarse una convergencia notoria en los marcos de política pública del Estado en cuanto a la necesidad de abordar y mitigar los factores determinantes de la salud, mediante estrategias integrales que involucren diferentes sectores.
- Existe una participación más significativa de las organizaciones étnicas (en especial indígenas) en espacios de participación social en salud, así como un mayor interés y empoderamiento, como lo demuestra la creación de entidades prestadoras de salud adscritas y conformadas por esta población.

Lecciones

Respecto a la definición y lógica de la acción intersectorial

- La afirmación y socialización de un marco general para la formulación de las políticas estatales, como lo son las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio, ha servido como horizonte para la acción intersectorial, por cuanto facilita la definición de agendas y convenios de cooperación entre las entidades oficiales y otros socios.
- La acción intersectorial adquiere una lógica de aplicación clara y persuasiva cuando se especifica el tipo de colaboración que se espera de los diferentes involucrados. Una vez formulada, la acción intersectorial requiere directivas claras que especifiquen el rol, las responsabilidades y las funciones involucradas en las actividades.
- Las emergencias son un claro llamado a la acción y la reparación, pero en contextos de

fragilidad de la autoridad estatal, son también oportunidades para generar empoderamiento y autosostenibilidad en iniciativas que, quizás, con una mayor presencia del Estado no podrían realizarse.

Respecto a recursos

- La noción del tiempo en comunidades agrarias o rurales es contraria a la eficiencia y presteza con que se despliega la ayuda y la cooperación externa. Algunos mecanismos de aproximación a las comunidades pueden verse invalidados cuando las cosmovisiones chocan, por ende afectan la sostenibilidad de la acción intersectorial.
- El enfoque diferencial genera información novedosa y específica sobre las poblaciones y sus condiciones generales de vida, lo cual puede ayudar a develar dispositivos culturales ocultos a los ojos externos.

Respecto a procesos y estructuras

- Las estructuras de rendición de cuentas de las comunidades indígenas son un elemento valioso cultural y políticamente, son una forma de capital institucional, el cual asegura por vías diferentes a las conocidas por los observadores externos formas de distribuir la responsabilidad por la generación de resultados socialmente deseables.

Arango R, & Sánchez E. (2004). *Los Pueblos Indígenas de Colombia en el Umbral del Nuevo Milenio*. Bogotá: DNP.

ACIN (2004). Plan de Minga en Resistencia. Santander de Quilichao.

Banco Mundial (2006) Más allá de los Promedios: Afrodescendientes en América Latina. *Los Afrocolombianos*. Washington D.C. Disponible: www.bancomundial.org/afrolatinos

Banco Mundial (2005) *The Gap Matters: Poverty and Well-Being of Afro-Colombians and Indigenous Peoples*. Report No 33014-CO. Environmentally and Socially Sustainable Development Unit: Latin American and The Caribbean Region. Washington D.C.

Corte Constitucional, Sentencia T-422 de 1996.

DANE (2007). Censo 2005. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>.

DNP (2006). Bases para la Formulación del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010. Bogotá: DNP.

DNP (2005). Documento CONPES Social 91 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015”. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=581

DNP (2004). CONPES No. 3310 “Política de Acción Afirmativa para la Población Negra o Afrocolombiana”. Bogotá: DNP.

DNP (1998). Plan Nacional de Desarrollo de la Población Afrocolombiana. Hacia una Nación Pluriétnica y Multicultural. Bogotá, DNP.

DNP - GTZ (2006). Los Municipios Colombianos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Salud, Educación y Reducción de la Pobreza. Bogotá: DNP, 2006.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). 2001. Challenging inequities in health. Nueva York: Oxford UP.

Grupo Aval (2006). Indicadores/Económicos/Producto Interno Bruto/Histórico. [consultado 27 Jul 2006]; Disponible en: URL: <http://www.infofinanciera.com/oc4j/portales/jsp/gaviframes.jsp>

Hopenhayn, M., Bello, A. & Miranda F. (2006). Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. CEPAL, Serie Políticas Sociales. Nueva York.

IIAP (2000). Agenda Pacífico XXI: Propuesta para la Acción Regional del Pacífico. Quibdo: IIAP.

Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2005. Bogotá.

Ministerio de Protección Social (2006) *Derechos y deberes de los grupos étnicos en el marco de la protección social*. Bogotá: MPS.

Ministerio de Salud (2001). Lineamientos para la concertación y adecuación del plan de atención básica con grupos étnicos en las entidades territoriales. Bogotá: MinSalud.

Montenegro, S. (2005). Estimaciones Pobreza e Indigencia en Colombia. URL:
http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP_Presentaciones/Presentación_cifras_pobreza_2005.pdf

Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios - OCHA. Sala de Situación Humanitaria. Informe Junio 2005 Vol. 4 No. 6.
<http://www.colombiasssh.org>

OPS (2007). Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y el control. Bogotá: OPS.

OPS (2005). Metodología de Concertación para el Diseño de una Política de Protección Social en Salud para grupos Étnicos en Colombia. Consultor: Rodolfo Hernando Moreno.

OPS (2004). Informe: Proyecto Plan para la Adecuación y Extensión de la Política de Protección Social en Salud a las Etnias Indígenas y otros Grupos Étnicos. Preparado por la Fundación Hemera. Bogotá.

OPS (2004). Equidad en salud desde la perspectiva de la etnicidad. www.pnud.org.co/snu

OPS (2003). Ethnicity and Health. 132nd Session of the Executive Committee. Washington D.C.

OPS (2002). Informe Final. Taller de expertos: diversidad cultural y desagregación de información estadística de salud. Quito

OPS (2002) Marco de referencia estratégico y plan de acción 1999-2002. Iniciativa salud de los pueblos indígenas. Washington.

OPS (1997). Intersectoral action for health: A cornerstone for health for all in the twenty first century. Washington D.C.

OPS, Ministerio de Salud y Universidad Javeriana (2000). Perfiles en salud en poblaciones indígenas colombianas 1992-1993. Bogotá: Javegraf.

OPS – MPS (2004). Proyecto de Adecuación y Extensión de la Política de Protección Social en Salud a las Etnias Indígenas y otros Grupos Étnicos. Convenio Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud. Ejecución a cargo de la Fundación Hemera. Bogotá: OPS.

Procuraduría General de la Nación - CIDA (2004). La diversidad étnica en Colombia: alcances y desarrollo. Bogotá: Procuraduría – CIDA.

Normatividad Referente a los Grupos Étnicos en Colombia

El siguiente sistema normativo es tomado del Proyecto de Adecuación y Extensión de la Política de Protección Social en Salud a las Et-

nias Indígenas y otros Grupos Étnicos, bajo el marco del Convenio entre el Ministerio de la Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud en el año 2004. Inicialmente se presentan los artículos de la Constitución Política que hacen referencia a los grupos étnicos, omitiendo los artículos que amparan de manera general sus derechos en tanto ciudadanos de la república. Posteriormente se presentan las normas de tipo legal de mayor relevancia.

DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Art. 7	El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana.
Art. 8	Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación.
Art. 10	Establece las lenguas de los grupos étnicos como oficiales en sus territorios y la educación bilingüe en esos territorios.

DE LOS DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES

Art. 13	Establece la libertad e igualdad de todas las personas, condenando cualquier forma de discriminación.
Art. 63	Car□
Art. 68	Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural.
Art. 70	El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades.
Art. 72	Establece como pertenecientes a la Nación, inalienables, inembargables e imprescriptible el patrimonio arqueológico y otros bienes culturales que conforman la identidad nacional y dispone que la ley reglamentara los mecanismos para readquirirlos cuando se encuentren en manos de particulares y los derechos especiales que puedan tener los grupos étnicos asentados en territorios de riqueza arqueológica.
Art. 93	Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno.
Art. 96	Otorga la nacionalidad colombiana por adopción a los miembros de los pueblos indígenas que comparten territorios fronterizos, con aplicación del principio de reciprocidad según tratados públicos.

DE LA RAMA LEGISLATIVA, DE LAS LEYES

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

DE LA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL

Art. 286	Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.
Art. 287	Las entidades territoriales gozarán de autonomía para la gestión de sus intereses y dentro de los límites de la Constitución y la ley. Tendrán los siguientes derechos: gobernarse por autoridades propias, ejercer las competencias que les correspondan, administrar recursos, establecer tributos y participar en las rentas nacionales.
Art. 329	La conformación de las entidades territoriales indígenas se hará con sujeción a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial y su delimitación se hará por el Gobierno nacional, con participación de los representantes de las comunidades indígenas, previo concepto de la Comisión de Ordenamiento Territorial. Los Resguardos son de propiedad colectiva y no enajenables. La ley definirá las relaciones y la coordinación de estas entidades con aquellas de las cuales forme parte. PARÁGRAFO: En el caso de un territorio indígena que comprenda el territorio de dos o más departamentos, su administración se hará por los consejos indígenas en coordinación con los gobernadores de los respectivos departamentos. En caso de que este territorio decida constituirse como entidad territorial, se hará con el cumplimiento de los requisitos establecidos, en el inciso primero de este artículo.
Art. 330	Establecen que los territorios indígenas estarán gobernados por consejos conformados y reglamentados según los usos y costumbres de las comunidades y define las funciones. La explotación de los recursos naturales se hará sin desmedro de la integridad cultural, social y económica de las comunidades indígenas; y para su explotación, el gobierno propiciará la participación de los representantes de las respectivas comunidades.
Tr. 55³⁸	El Congreso expedirá una ley (70/93) que reconozca a las comunidades negras sus derechos territoriales, promueva el fomento de su desarrollo económico y social y establezca mecanismos para la protección de su actividad cultural.
Tr. 56	Mientras se expide la ley a que se refiere el artículo 329, el gobierno podrá dictar las normas fiscales necesarias y las demás relativas al funcionamiento de los territorios indígenas y su coordinación con las demás entidades territoriales.

Fuente: OPS-MPS (2004).

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

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

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

ARTÍCULO	CONTENIDO
48	"La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social..... La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas... No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes..."
49	"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud... Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad".

³⁸ Aunque este numeral hace referencia a las comunid[]

50	"Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado".
365	"Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional".
366	"El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presup[]
356	"Salvo lo dispuesto en la Constitución, ley a iniciativa del gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de los Dptos., distritos y Mpios. Para efecto de atender los servicios a cargo de estos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación, se crea el Sistema General de participaciones en los Dptos., distritos y Mpios. Los distritos tendrán las mismas competencias que los Mpios y Dptos para efectos de la distribución del SGP que establezca la ley. Para estos efectos, serán beneficiarias las entidades territoriales indígenas, una vez constituidas. Así mismo, la ley establecerá como beneficiarios a los resguardos indígenas, siempre y cuando estos no se hayan constituido en entidad territorial indígena".

Normatividad legal

Las normas legales que regulan la política de salud dirigida a los grupos étnicos, previo a la constitución del 91, están encaminadas a la ratificación de tratados y convenios internacionales, excepción hecha de la ley 10 de 1990, que organiza el Sistema Nacional de Salud, incorporando los principios que permiten el desarrollo del decreto 1811 de 1990. Las leyes promulgadas bajo la égida de la constitución del 91 desarrollan de manera gradual todo lo relacionado con la política del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la asignación de recursos y en el caso de la ley 691, representan un esfuerzo por reglamentar los asuntos referidos a los pueblos indígenas en el campo de la salud y de la seguridad social.

1. La ley 31 de 1967

Por medio de esta ley se aprobó el Convenio Internacional del Trabajo, relativo a la protección e integración de las poblaciones indígenas y tribales en países independientes aprobado por la 40 reunión de la Conferencia General de la OIT en Ginebra de 1957. En el convenio se abordan temas relacionados con la aplicación del Sistema de Seguridad Social para poblaciones indígenas."Los sistemas existentes de seguridad social se deberán extender progresivamente cuando sea factible ... a) A las

personas pertenecientes a dichas poblaciones", ...Buscando que 1) Los gobiernos asumirán la responsabilidad de poner servicios de sanidad adecuados a disposición de las poblaciones en cuestión. 2) La organización de estos servicios se basará en el estudio sistemático de las condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones interesadas. 3) El desarrollo de tales servicios estará coordinado con la aplicación de medidas generales de fomento social, económico y cultural".

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

2. Ley 74 de 1968

Por medio de esta ley se ratifica el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 1966 y consagra en su artículo 27 que : ..."En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros

de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma". Además, en su Art. 11 establece "el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, *incluso* alimentación, vestido y vivienda adecuados y a una mejora continua de sus condiciones de existencia". El Comité de DESC aclara el término *incluso*, anotando que debe entenderse que también es condición indispensable para la realización de este derecho el poder contar con servicios de saneamiento básico y con agua potable, como requisito fundamental para el goce de un estado de bienestar y un nivel de vida digna.

3. Ley 16 de 1972

Por medio de esta ley se aprobó la "Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica", firmado el 22 de noviembre de 1969 y que establece en su artículo 10 que "La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegido por la sociedad y el Estado". El Estado es garante de la seguridad social para quienes integran la familia, sin distinción de "... raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social..."³⁹.

4. Ley 10 de 1990

Mediante esta ley se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, teniendo como principios fundamentales los siguientes: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional. A pesar de que dicha ley fue derogada en parte por la ley 100 de 1993, esta establecía que el servicio de salud en todos los niveles era un servicio público a cargo de la nación, gratuito por demás en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional, anotando que "su cobertura se extendía sin

discriminación alguna a sectores de la población como los conformados por los pueblos indígenas con asiento en los diferentes lugares del país"⁴⁰. Organiza la descentralización del sector salud de la siguiente manera: el primer nivel de atención es competencia de los municipios, mientras que el segundo y tercer nivel es responsabilidad de los departamentos. Frente a éste esquema el nivel central asume la dirección, vigilancia y control del sistema. La financiación de los servicios de salud se hará con los recursos propios de cada entidad territorial y con el situado fiscal para salud.

5. Ley 21 de 1991

Mediante esta ley, expedida el 4 de marzo de 1991, se aprueba en Convenio 169 sobre Pueblos indígenas y Tribales en países independientes, adoptado en 1989 por la 76ª Reunión de la conferencia General de la OIT de Ginebra. Esta norma, después de la Ley 89 de 1890, se convierte en el instrumento más importante como garante de los derechos de los Pueblos Indígenas y otros grupos Étnicos. Allí, "se reconocen las aspiraciones de los Pueblos Indígenas a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones dentro del marco de los Estados en que viven"⁴¹. En los artículos 24 y 25 establece que "Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarseles sin discriminación alguna". Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel

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

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

posible de salud física y mental. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas, y medicamentos tradicionales. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. Y, que la prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

6. Ley 60 de 1993 (derogada)

Mediante esta ley se distribuyen las competencias de los municipios, los departamentos, los distritos y la nación en materia de salud, educación, agua potable, saneamiento básico y vivienda. Desarrolla el tema del situado fiscal y los ingresos corrientes de la Nación, determinando su naturaleza, forma de administración, responsables en el gasto de dichos recursos, la forma de distribuir el situado fiscal, los requisitos que deben acreditar los departamentos y distritos ante los ministerios de educación y salud para la administración de los recursos del situado fiscal y la forma de transferir los recursos a las entidades territoriales. Establece unas reglas especiales para la descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud y educación por parte de los municipios. Finalmente, organiza el tema de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, definiendo las reglas para asignar los recursos a los diferentes servicios sociales y la participación de los resguardos indígenas. En materia de salud, las actividades de inversión de los recursos estaban destinados así: "... pago de salarios y honorarios a médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, y cuando hubiere lugar, sus pres-

taciones sociales y su afiliación a la seguridad social; pago de subsidios para el acceso de la población con necesidades básicas insatisfechas a la atención en salud, acceso a medicamentos esenciales, prótesis, aparatos ortopédicos, y al sistema de seguridad social en salud; estudios de preinversión e inversión en construcción, dotación y mantenimiento de infraestructura hospitalaria a cargo del municipio y de centros y puestos de salud; vacunación, promoción de la salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental y de los consumos que constituyan factor de riesgo para la salud; financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables; bienestar materno infantil; alimentación escolar; y programas de la tercera edad y de las personas con deficiencias o alteraciones físicas y mentales, en cualquiera de sus modalidades de atención..."

7. Ley 100 de 1993

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

8. Ley 70 de 1993

El objetivo de la Ley 70 fue reconocer el derecho a la propiedad colectiva de las comunidades negras. En la primera parte establece las definiciones y los principios que se deben tener en

39 Art. 1º, num. 1 de la ley 16 de 1972.

cuenta al momento de interpretar la Ley. Luego crea el procedimiento para reconocer la propiedad colectiva de las comunidades negras, fija las reglas que deben orientar el uso de la tierra y la protección del medio ambiente y la explotación de los recursos mineros. También establece los mecanismos para la protección y el desarrollo de la identidad cultural y finalmente, organiza la planeación y el fomento del desarrollo económico y social de las comunidades negras. En materia de salud, esta ley parte del reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural y a partir de ello adopta las siguientes disposiciones: 1) en el caso de la explotación de recursos forestales se debe dar prioridad a las propuestas de las comunidades negras y las mismas deben estar incluidas en el desarrollo de los diferentes proyectos; 2) en la explotación de los recursos mineros deben adoptarse las medidas necesarias para prevenir y controlar los deterioros ambientales que afecten la salud humana, los recursos hidrobiológicos y los recursos renovables; 3) es una obligación del Estado adoptar medidas para que las comunidades negras conozcan sus derechos y obligaciones en materia de trabajo, educación y salud; 4) el Estado debe garantizar un desarrollo económico y social acorde a los elementos culturales de las comunidades y 5) es necesario implementar los mecanismos que permitan reconocer la propiedad intelectual de las comunidades negras cuando las mismas desarrollen variedades vegetales o conocimientos con respecto al uso medicinal, alimenticio, artesanal o industrial de plantas o animales de su medio natural.

9. Ley 162 de 1994

Mediante esta ley se aprueba el Convenio sobre la diversidad biológica. Dentro del preámbulo del Convenio, los Estados partes reconocen el valor de la diversidad biológica, así como la estrecha relación de las comunidades indígenas con los recursos biológicos, entre otras consideraciones. Los objetivos del Convenio son mantener la diversidad biológica, promoviendo la

utilización sostenible de sus componentes y permitiendo el acceso justo y equitativo a los beneficios que se obtengan de la explotación de los recursos genéticos. Para ello enumera una serie de acciones que los Estados deben desarrollar con el objeto de conservar los componentes de la diversidad biológica, tanto en sus hábitat naturales como fuera de ellos. Dentro de los primeros, plantea que los Estados partes deben, con arreglo a la legislación interna, respetar, preservar y mantener los conocimientos y las prácticas de las comunidades indígenas que permitan la utilización sostenible de la diversidad biológica. También plantea la necesidad de ampliar dichas prácticas, con la participación de las comunidades. Posteriormente describe los compromisos de los Estados en materia de recursos genéticos, de acceso a la tecnología y transferencia de tecnología y de cooperación científica y técnica.

10. Ley 19 de 1996

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

11. Ley 691 de 2001

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

tural, con el objetivo de posibilitar el desarrollo armónico de los pueblos indígenas y reconoce el carácter de instancia u organismo del sistema de salud a las autoridades tradicionales. Plantea que los miembros de pueblos indígenas participaran como afiliados al régimen subsidiado, con las excepciones planteadas en el Art.5. Describe el régimen de beneficios, aclarando que tanto el plan obligatorio, como el plan de atención básica deben adecuarse a la cosmovisión y valores de los pueblos indígenas. Establece como una obligación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definir el contenido del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas y además prevé que en dicho plan debe incluirse un subsidio alimentario para las mujeres gestantes y los niños menores de cinco años. Enumera las fuentes de financiación para la afiliación de los pueblos indígenas y plantea la posibilidad de fijar el valor de la UPC hasta en un 50% por encima del valor de la UPC normal, dependiendo de factores geográficos, de la densidad poblacional y de los perfiles epidemiológicos, entre otros. Define lo relativo a la administración de los subsidios, facultando a las autoridades indígenas para crear Administradoras Indígenas de Salud (ARSI). Plantea la elección y afiliación colectiva de la respectiva comunidad a la ARS. En materia de participación, plantea el principio de concertación en la definición de los planes de beneficios y en cualquier acción de salud para los pueblos indígenas y la participación de un representante indígena en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

12. Ley 715 de 2001

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

enumerando sus componentes y el porcentaje de los recursos que se deben destinar a cada uno de ellos. En materia de salud define las competencias y funciones que le corresponden a la Nación, a los departamentos (como entes encargados de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en el territorio de su competencia), a los distritos y los municipios. Enumera los componentes del sector salud que serán financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones y establece la forma de financiar los subsidios a la demanda para la población pobre. En lo que tiene que ver con comunidades indígenas, ésta ley en su acápite de disposiciones comunes al Sistema General de Participaciones, organiza el tema de la incorporación de los resguardos indígenas en el mismo, definiendo la manera de transferir y administrar los recursos. La norma señala que del total de recursos que conforman el Sistema, previamente se deducirá anualmente un monto equivalente al 4% de dichos recursos y para el caso específico de los resguardos indígenas, se le asignará un 0.52%. El Art. 82 reconoce el derecho a percibir recursos del SGP a los resguardos existentes acreditados debidamente por las autoridades competentes –mientras no hayan sido constituidas las Entidades Territoriales Indígenas–, señalando en el Art. 83 que los recursos para los resguardos indígenas se distribuirán en proporción a la participación de la población de cada resguardo, con relación al total de la población indígena reportada por el DANE. “No obstante determinar el Art. 83 los sectores de destinación de los recursos por parte de los indígenas, indicando que estos deberán destinarse prioritariamente a satisfacer las necesidades básicas de «...salud incluyendo la afiliación al Régimen Subsidiado, educación preescolar, básica primaria y media, agua potable, vivienda y desarrollo agropecuario de la población indígena...», en materia de salud el precepto remite al Capítulo III del Título III de la Ley 715, en donde se contempla una mayor claridad para efectos de distribución de los respectivos recursos, teniendo en cuenta los componentes de financiación

Gestión Intersectorial y Enfoque Diferencial Étnico en Colombia

o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total, de la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y en el adelantamiento de acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país y desde luego para la población indígena por el Ministerio de Salud, actualmente Protección Social⁴².

13. Ley 740 de 2002

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

⁴² Castillo Napoleón. Las comunidades Indígenas en Colombia y su sistema general de Seguridad Social en Salud. Procuraduría General de la Nación, Imprenta Nacional, agosto de 2003. Pág. 46.

PROYECTOS DESARROLLADOS POR OPS/OMS – COLOMBIA

Proyecto	Duración	Sectores	Actores	Población beneficiaria	Resultados
Fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas de Colombia	2002-2008	Educación y salud	Ministerio de Protección Social, Instituto de Salud, ACDI, OPS/OMS.	Equipos de salud municipal y departamental en Guanía, Guajira, Cesar, Amazonas, Magdalena, Santa Marta, Vichada, Nariño	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la red de prestación de servicios para garantizar el diagnóstico y tratamiento. Identificación de factores de no adherencia al tratamiento. Producción de material para capacitación y difusión de información. Conformación y consolidación de redes de microscopistas para mejorar la oportunidad y calidad en diagnóstico. Capacitación al talento humano. Mejoramiento de la capacidad de gestión del programa.
Atención Psicosocial para comunidades negras en Cali y Buenaventura	2003-2006	Salud y Educación	Ministerio de Protección Social, Organizaciones de desplazados, Consejos Comunitarios, Pastoral Social, Solidaridad Internacional	300 familias mayoritariamente afrodescendientes desplazadas y vulnerables; 2 consejos comunitarios de Buenaventura	<ul style="list-style-type: none"> 300 familias reciben asesoría jurídica en acceso a deberes y derechos, atención psicosocial y asistencia en trámites de subsidio de vivienda. Fortalecimiento institucional organizaciones de desplazados de la zona y grupo de mujeres. 30 gestores sociales formados. Materiales formativos.
Salud de las poblaciones indígenas mediante el mejoramiento de las condiciones de agua y saneamiento	2002-2006	Política pública, educación y salud	OPS, GTZ, Ministerio de Protección Social, Organización Indígena	5 comunidades indígenas rurales	<ul style="list-style-type: none"> Lineamientos de política pública en agua y saneamiento básico en pueblos indígenas. Metodología: proyectos de educación para vivienda saludable indígena. Libro: construimos ambientes saludables en nuestros pueblos indígenas (bilingüe). Modelo demostrativo abastecimiento de agua y saneamiento básico. Análisis situacional y base de datos de comunidades indígenas y sistema de monitoreo. Inventario de Agua y Saneamiento: Poblaciones Indígenas de Colombia.
Sistematización e intercambio de experiencias en la organización y gestión de Servicios de salud descentralizados para poblaciones indígenas	2003-2006	Justicia, económico, cultura y educación	ACIN, personal de los hospitales locales, OIM, OPS, UNICEF	Cuatro resguardos indígenas 90% paeces; 34.000 (Toribio) y 14.000 (Jambaló)	<ul style="list-style-type: none"> Plan Minga en Resistencia con el componente salud. Plan de Prevención, Mitigación y Atención en Emergencias y Desastres de la ACIN. Fortalecimiento y coordinación de la escuela de etnosalud. Promotores y guardias indígenas capacitados en atención prehospitalaria y emergencias complejas. Intercambio intercultural ACIN (Colombia) - Cotachi (Ecuador), TCC: modelos de salud indígena. Lineamientos en salud desde la perspectiva indígena.

