

Salud en los planes integrales de vida: aproximación a cuatro organizaciones indígenas del departamento del Vaupés*

Health in comprehensive life development plans: an exploratory study
of four indigenous organizations in the department of Vaupés, Colombia

Saúde nos planos integrais de vida: aproximação a quatro
organizações indígenas do estado de Vaupés

Pablo A. Martínez-Silva¹; Pablo J. Montoya-Chica²; Erica B. Caicedo-Sandoval³

¹ Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Economía, Universidad de Los Andes. Magíster en Antropología, Universidad de Los Andes. Candidato a Doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: pmartinez@sinergiasong.org

² Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Salud Pública, Universidad de Washington. Correo electrónico: pmontoya@sinergiasong.org

³ Economista, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC. Correo electrónico: erica.caicedo2012@gmail.com

Recibido: 11 de abril de 2014. Aprobado: 28 de agosto de 2015. Publicado: 30 de septiembre de 2015

Martínez-Silva PA, Montoya-Chica PJ, Caicedo-Sandoval EB. Salud en los planes integrales de vida: aproximación a cuatro organizaciones indígenas del departamento del Vaupés. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 335-344. DOI: 10.17533/udea.rfhsp.v33n3a02

Resumen

Objetivo: describir la situación actual de los componentes de salud en los planes integrales de vida de cuatro organizaciones indígenas del departamento del Vaupés, región amazónica de Colombia. **Metodología:** búsqueda, recuperación, lectura crítica y análisis de contenido de los planes integrales de vida de cuatro organizaciones indígenas del departamento del Vaupés. Comparación con planes de desarrollo territorial de las entidades vigentes – municipio y departamento. **Resultados:** los planes integrales de vida y los planes de desarrollo territorial no desarrollan los componentes de salud de forma estratégica. Se presentan como enunciados en distintos momentos de los Planes, pero sin lograr la concreción

necesaria para llevar a cabo su seguimiento y evaluación. **Discusión:** existen falencias en los procesos de construcción del componente salud en los instrumentos de planeación de la institucionalidad y las organizaciones indígenas. Mientras esto persista, será imposible llevar a la realidad las intervenciones necesarias para la mejoría de la situación de salud de los grupos y pueblos étnicos indígenas. Es necesaria una acción decidida y articulada de la institucionalidad, la academia y el sector no gubernamental que favorezca estos procesos.

-----**Palabras clave:** Plan Integral de vida, planeación en salud; organizaciones indígenas.

* El presente texto es resultado del proyecto “Propuesta para la mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades prioritarias para mujeres, niñas, niños, adolescentes y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en el departamento del Vaupés”, financiado por la Agencia Canadiense de Cooperación Internacional —CIDA— y la Organización Panamericana de la Salud —OPS—, y cofinanciado por la Agencia Presidencial de Cooperación de la República de Colombia – APC.

Abstract

Objective: to describe the current state of the health-related components of the comprehensive life development plans of four indigenous organizations of the Vaupés department, in the Amazon region of Colombia. **Methodology:** search, collection, critical reading and analysis of the contents of the comprehensive life development plans of four indigenous organizations of the Vaupés department. In addition, these plans were compared with the municipal and departmental territory development plans. **Results:** the comprehensive life development plans and the territory development plans fail to develop their health-related components strategically. Furthermore, the health sections of the plans are unspecific

enunciations appearing in several parts of the documents, which hinders their monitoring and evaluation. **Discussion:** the territorial institutions and indigenous organizations have shortcomings in the planning processes used to create the health components of their plans. If this situation persists, it will be impossible to implement the interventions required to improve the health situation of the indigenous ethnic groups of the area. Governmental, non-governmental and academic institutions should take action in a decided and combined effort in order to improve this situation.

-----**Keywords:** life plan, health planning, indigenous organizations.

Resumo

Objetivo: descrever a situação atual dos componentes de saúde nos planos integrais de vida de quatro organizações indígenas do estado de Vaupés, região amazônica da Colômbia. **Metodologia:** busca, coleta, leitura crítica e análise de conteúdo dos planos integrais de vida de quatro organizações indígenas do estado de Vaupés. Comparação com planos de desenvolvimento territorial das instituições vigentes - municipal e estadual. **Resultados:** os planos integrais de vida e os planos de desenvolvimento territorial não desenvolvem os componentes de saúde de forma estratégica. Apresentam-se como enunciados em diferentes momentos dos Planos, porém sem conseguir a concreção necessária

para realizar o seu acompanhamento e avaliação. **Discussão:** existem carências nos processos de construção do componente saúde nos instrumentos de planejamento das instituições e das organizações indígenas. Enquanto isto persistir, será impossível levar à realidade as intervenções necessárias para a melhoria da situação de saúde dos grupos e povos étnicos indígenas. É necessária uma ação decidida e articulada das instituições, do meio acadêmico e do setor não governamental que favoreça estes processos.

-----**Palavras-chave:** plano Integral de Vida, planejamento em saúde; organizações indígenas.

Introducción

La Constitución Política de 1991 consagra que Colombia es “un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de las entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista”, la cual “reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación” con la obligación de “proteger las riquezas culturales y naturales de la nación” [1]. Estos principios fundamentales permitieron a los pueblos y grupos étnicos indígenas, ingresar en una nueva etapa de participación democrática donde activamente podrían construir las Políticas Públicas desde su razonamiento, creencia, cultura y ritualidad, que en conjunto se conoce como “cosmovisión” [2, 3].

Para materializar lo anterior, la carta magna, en sus artículos 286 y 287, avanza en la comprensión del territorio indígena como una entidad territorial con autonomía, para lo cual los consejos conformados y reglamentados con función de gobierno territorial deberán cumplir funciones, según el artículo 330 “Diseñar las políticas y los planes y programas de desarrollo económico y social dentro de su territorio, en armonía con el Plan Nacional de Desarrollo”. Esto, a su vez, materializaba el

conocido bloque de constitucionalidad, en especial del Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo [4], ratificado en la Ley 21 de 1991 [5].

La Ley Orgánica de Plan de Desarrollo, Ley 152 de 1994 [6], establece que “los alcances y los procedimientos para la elaboración, aprobación, ejecución, evaluación y ejecución, evaluación y seguimiento de los planes” mencionados en el artículo 330 deberá estar de “acuerdo con sus usos y costumbres”, pero armonizados a las entidades territoriales y la Nación, de conformidad con el artículo 31. De allí que se propusiera denominar a dichos Planes de Desarrollo Indígenas como Planes Integrales de Vida, “puesto que, antes que planes de desarrollo, son propuestas para afrontar la vida por parte de los indígenas” [7], lo cual fue acogido por las organizaciones indígenas en el año 1997 [8].

Los pueblos y grupos étnicos indígenas han seguido diferentes rutas en la construcción de estos planes integrales de vida, por lo cual presentan notables variaciones. Recientemente, el Programa Presidencial Indígena ha sugerido la unificación metodológica, con unos componentes mínimos: principios, concepto propio de plan integral de vida, gente o pueblo,

territorialidad, cultura y conocimientos tradicionales, gobierno, economía, jurisdicción especial, derechos fundamentales en la interculturalidad y relacionamiento cultural, pero nada específico con respecto a la salud [9].

La salud es conceptualizada como un derecho fundamental en la interculturalidad, lo cual corresponde a la realidad de estos pueblos y grupos, que si bien cuentan con recursos propios posibles de denominar como “sistemas de cuidado tradicional” [10] o “culturas de la salud” [11], han sido incorporados al Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 691 de 2001 [12]. Esta Ley contiene algunos elementos, como es el caso de los “modelos operativos” descritos en el artículo 21 de la misma, los cuales no han sido reglamentados y constituyen una oportunidad para lograr la realización del mismo[†]. Esto a pesar de que las leyes 1122 de 2007 [14], según el artículo 14 literal l y 1438 de 2011 [15]. Los artículos 30 y 79, que reformaron el Sistema General de Seguridad Social en Salud, explicitan la necesidad de mejorar el aseguramiento y el acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones rurales dispersas garantizando los recursos necesarios para ello.

En el marco del proyecto “Propuesta para la mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades prioritarias para mujeres, niñas, niños, adolescentes y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en el departamento del Vaupés”[‡]; Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social elaboró un conjunto de insumos orientados a la construcción de un modelo de cuidado de la salud. Resultado de este trabajo se identificó que la materialización de este modelo tiene como punto crítico la articulación con los diferentes planes integrales de vida, en especial en su componente salud.

Este texto presenta un análisis del componente de salud de los Planes Integrales de Vida de los pueblos y grupos étnicos indígenas en el área de influencia del proyecto. El objetivo es establecer la situación actual de la reflexión sobre este componente, con miras a encontrar las vías de realización de este derecho fundamental en la interculturalidad.

Metodología

El departamento del Vaupés en términos administrativos se divide en tres municipios y tres corregimientos, a los cuales se le sobreponen territorios de tres resguardos indígenas: Yaigojé Apaporis, Arara-Bacatí y el Gran Resguardo. En este territorio habitan 26 pueblos indígenas, cada uno con sus respectivas lenguas, tradiciones, usos y costumbres, los cuales interactúan en lo que ha sido denominado el “complejo sociocultural del Vaupés”. En la década de los setentas, siguiendo el ejemplo de otros territorios del país, estos pueblos y grupos se organizaron políticamente en el Consejo Regional Indígena del Vaupés (CRIVA). Para garantizar las dinámicas propias, se fragmentó el Consejo por “zonales”, las cuales corresponden a territorios de uso por parte de los pueblos. Posterior a la Constitución de 1991, las zonales han iniciado el proceso de transición hacia Asociaciones de Autoridades Tradicionales — figura jurídica reconocida—, con el fin de avanzar en la conformación de Entidades Territoriales Indígenas.

Las comunidades o asentamientos del área de influencia del proyecto hacen parte de cuatro organizaciones zonales o asociación de autoridades tradicionales indígenas: Organización Zona Central Indígena de Mitú (OZCIMI), Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Aledañas a Mitú (AATIAM), Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de las Comunidades Aledañas a la Microcentral Hidroeléctrica (AATICAM)[§] y Unión de Indígenas del Cuduyari (UDIC). Estas se localizan en área rural del municipio de Mitú sobre distintos afluentes del río Vaupés haciendo parte del Gran Resguardo.

Se realizó la recuperación de los respectivos planes integrales de vida, de los cuales tres están publicados [16-18], y otro en proceso de formulación, por lo cual se tuvo entrevista con los respectivos líderes quienes informaron sobre la situación actual del componente de salud.

Asimismo, se recuperaron los documentos correspondientes al Plan de Desarrollo Departamental del Vaupés “Gobierno Pluricultural con Progreso Social” y el

[†] El poco interés en la reglamentación de esta Ley, ha llevado que los grupos y pueblos étnicos indígenas, agrupados en sus distintas organizaciones regionales, propongan un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) [13].

[‡] El proyecto contemplaba acciones en el departamento del Vaupés, específicamente, áreas rurales del municipio de Mitú conocidas con el nombre de zona Suburbana: Carretera y Río Abajo. Esto incluía a los asentamientos: Sabana, Ceima Cachivera, Ceima San Pablo, Cucurá, Pueblo Nuevo, Tucandira, Murutinga, Timbo de Betania, Bogotá Cachivera, Mituseño – Urania, Santa Marta, Puerto Golondrina, Puerto López, Garrafa, Macaquiño, Tucunare, Trubón y Wacará.

[§] Esta es una organización conformada recientemente, con asentamientos y comunidades originalmente pertenecientes a otras organizaciones y asociaciones: OZCIMI, AATIAM y Arriba la Lucha del Bajo Vaupés (ALUBVA). Se estableció debido a la construcción en su territorio de la Microcentral Hidroeléctrica del municipio de Mitú, proyecto que modificó de forma evidente el entorno y los usos habituales del mismo por parte de los pobladores. Para el momento de escritura del presente artículo, esta organización se encontraba en proceso de revisión de su Plan Integral de Vida.

Plan de Desarrollo del municipio de Mitú “Por los Hijos de la Región” [19, 20], con el fin de encontrar los instrumentos territoriales que garantizarían la armonización entre planes. Estos documentos fueron obtenidos previa entrevista con funcionarios de las entidades territoriales, con el fin de conocer la dinámica de la puesta en marcha de los planes en la vigencia 2012 y 2013.

Todos los documentos recuperados fueron sometidos a un proceso de lectura crítica con elaboración de su respectivo informe o ficha bibliográfica por parte de uno de los autores, acorde con la propuesta de Létorneau [21]. Posteriormente cada uno de los autores, de manera independiente, realizó un análisis del contenido temático de los documentos [22], con el fin de describir y comprender las formas como cada uno de ellos afronta lo referido a salud de los pueblos indígenas. Finalmente, los tres autores triangularon sus hallazgos, encontrando dos bloques de análisis: la salud en el contexto de los planes y el desarrollo del componente en los mismos.

Resultados

Las entidades territoriales, departamento y municipio, vienen conformando algunos espacios de concertación de las políticas públicas, siendo el más avanzado el referente a los procesos etnoeducativos. En este periodo de gobierno, 2012-2015, el municipio de Mitú tiene priorizado el trabajo con las organizaciones de los pueblos y grupos étnicos indígenas, lo cual incluye el trabajo sobre los planes integrales de vida como un mecanismo de garantizar derechos. Sin embargo, en el marco estratégico del Plan de Desarrollo, no se encuentra ningún programa o proyecto que concrete la armonización entre planes o mecanismos de concertación que permitan la participación de las AATI en la definición del Plan de Desarrollo, incluyendo lo referido con salud.

Por su parte, el departamento cuenta en su Plan de Desarrollo con un subprograma denominado Gestión en Salud Pública, el cual estaría encargado de la coordinación de las acciones orientadas a mejorar el servicio de salud, que apunta a fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas, con pertinencia y efectividad. De la misma forma, se señala la necesidad de establecer una política de atención primaria para la población de los pueblos y grupos étnicos indígenas en los ámbitos familiar y comunitario. Como mecanismo de seguimiento, se establecen como

metas de resultado el ajuste de los servicios de salud de forma intercultural en un 36%, incluyendo a los tres municipios del departamento y a los tres corregimientos y fortalecer en un 36% a las organizaciones indígenas en lo referente a su participación en el sector. Vale señalar que el documento en ningún momento enuncia el origen de la cifra del 36%, ni las variables por las cuales se hará la medición que permita afirmar que se logró dicho porcentaje.

De otra parte, el subprograma de Participación Comunitaria establece una meta de producto, la “Formulación e implementación del modelo de salud intercultural-articulación de la medicina tradicional con la occidental”, que aparece de manera aislada, sin corresponderse con actividades o procesos previos. Finalmente, en torno al fortalecimiento de organizaciones y comunidades indígenas, se establecen como metas el apoyo a la gestión y cofinanciación de cuatro proyectos contemplados en los planes integrales de vida, así como a un Plan de Salvaguarda**.

La elaboración de los planes integrales de vida de las organizaciones y asociaciones de los pueblos y grupos étnicos, se encuentra soportada por recursos del Sistema General de Participaciones —Ley 715 de 2001—, anteriormente reglamentada como “recursos de transferencias” —Ley 60 de 1993—. Estos mismos han permitido la financiación de programas y proyectos puntuales incluidos en estos planes, con lo cual algunos han sido armonizados a los planes de desarrollo departamental.

Ambos procesos, construcción de planes integrales de vida y elaboración de proyectos específicos, han contado, para las cuatro organizaciones revisadas con el acompañamiento directo de la Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y Oriente Amazónico (CDA), a la cual posteriormente se la han sumado entidades como el SINCHI y las secretarías de planeación municipal y departamental.

La metodología empleada por la CDA en la construcción de los planes, tiene los siguientes momentos: 1.) Autodiagnóstico y cartografía social temática; 2.) Desarrollo del componente estratégico; 3.) Convalidación de resultados; y 4.) Socialización. A diferencia de las otras tres organizaciones y asociaciones, UDIC presenta un “Plan de Inversión”, el cual establece los recursos necesarios para los proyectos priorizados con sus potenciales cofinanciadores. A pesar de haber pasado más de seis años de su construcción,

** Los planes de salvaguardas, surgen a partir del Auto OO4 de 2009 de la Corte Constitucional de Colombia. En dicho Auto, la Corte ordena el desarrollo de un Programa de Garantías de los Derechos de los Pueblos Indígenas Afectados por el Desplazamiento, entre los cuales deberán estar incluidos los Planes de Salvaguarda Étnica ante el conflicto armado y el desplazamiento forzado. Si bien el Auto no hacía referencia a ningún pueblo o grupo étnico del Vaupés —lo cual constituye una ausencia discutible desde todos los puntos de vista—, el Ministerio del Interior decidió por interés propio extenderlos a los 102 pueblos o grupos reconocidos [23].

exceptuando AATICAM, los planes integrales de vida no cuentan con ningún tipo de seguimiento o evaluación.

La totalidad de planes parten del reconocimiento de la importancia del ejercicio para el desarrollo propio:

... los Planes de Vida Indígena deben constituir la visión étnica, esta como tal existe históricamente y su expresión acabada se encuentra contenida en la narrativa amazónica y la tradición oral. Plan Integral de Vida del Pueblo Cubeo - UDIC.

Nuestro Plan Integral de Vida, como su nombre lo dice, es para toda la vida, está inspirado y construido pensando en quiénes somos y para dónde vamos, desde nuestra cosmovisión y ley de origen. Plan Integral de Vida Indígena – OZCIMI

El Plan de Vida Indígena es una guía y una herramienta para que se conozca a nuestra organización, nuestras comunidades, nuestra gente, nuestra forma de vida indígena, nuestro territorio, lo que hay en él, lo que nos ofrece para nuestro sustento y nuestra vida misma como familias, comunidades y pueblos indígenas” Plan de Vida indígena Zona AATIAM

En lo referente al componente de salud, los cuatro planes integrales de vida realizan una exposición de los principios fundamentales de su “sistema médico tradicional”. Así, presentan su comprensión causal de la enfermedad, la cual se fundamenta en tres aspectos: a.) Enfermedades producto de las fuerzas que la naturaleza ejerce sobre los sujetos en procesos de cambio – recién nacidos, mujeres gestantes o en su menarquía; b.) Enfermedades asociadas con la época del año según el Calendario Ecológico Propio; y c.) Enfermedades traídas por los blancos y colonos – principalmente infecto-contagiosas.

Luego, hacen una relación de su vinculación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual se hace a través del Régimen Subsidiado mediado por las Empresas Promotoras de Salud que hacen presencia en el territorio. Si bien reconocen la afiliación de un 100% de la población, se hace un recuento de las dificultades: las problemáticas asociadas a la referencia y contrareferencia tanto en el municipio como fuera de él, la poca disponibilidad de medicamentos para los tratamientos, la dificultades presentes en el alojamiento y albergue en la referencia, el desconocimiento por parte de los prestadores de ciertas prácticas tradicionales, y las largas estancias en espera de la asignación de una cita.

Se hace especial énfasis en la nula articulación entre los sistemas tradicional y occidental, el cual es especialmente problemático en circunstancias como el accidente ofídico y el control prenatal, así como una representación del hospital como lugar de contaminación. Pero, de otra parte, destacan las dificultades de su inserción a la sociedad colombiana, ya que si bien se ha facilitado el acceso a los servicios, se presentan incumplimiento de dietas y rituales tradicionales, conllevando a la pérdida de importancia de figuras como el *kumú* o *payé* en los asentamientos y comunidades. Los planes integrales de vida registran los diferentes agentes expertos tradicionales, con las respectivas especialidades, pero siempre destacando el riesgo inminente de la desaparición de estos saberes.

No existe ningún perfil epidemiológico que facilite la priorización de acciones. Existen unas enfermedades occidentales ya reconocidas por los colectivos, las cuales constituyen el foco de interés: infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, poliparasitismo intestinal, malnutrición y desnutrición, enfermedades odontológicas y lo que ellos denominan del “metabolismo”, las cuales son principalmente crónicas del sistema gastrointestinal – enfermedad ácido péptica.

Con estos elementos se establece el componente estratégico de los planes integrales de vida Allí se enuncian acciones muy concretas, orientadas a articular los procesos con las entidades territoriales, las cuales no especifican los medios de ejecución ni los respectivos recursos (Tablas 1 a 4). En el caso de UDIC, se hace una mención a un “programa de salud”, basado en doce proyectos aislados con la respectiva asignación de recursos (Tabla 1) [16]:

Finalmente, es necesario reiterar la carencia de medios de seguimiento y evaluación de los planes, incluyendo al componente de salud. De tal manera es imposible medir los impactos que esta herramienta ha generado sobre los asentamientos y comunidades, ni los resultados esperados de articulación con la institucionalidad. Si bien se cuenta con referencias a una participación amplia de población, es también evidente la poca apropiación de estos instrumentos.

†† Las características geográficas, demográficas y de infraestructura del departamento, hacen difícil la forma de prestar servicios de salud. Por ello, se ha trabajado desde hace varias décadas en un “modelo de cuidado de la salud” para el territorio, en el cual se enmarcan los esfuerzos de Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social.

Tabla 1. Componente Estratégico de Salud. Plan de Vida Indígena UDIC

Proyecto	Objeto
Programa de salud: Articulación del Servicio Nacional de Salud con la medicina tradicional para un mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio y proyección de la expectativa de vida	
Reconocimiento a la medicina tradicional	Estudio para la construcción de una propuesta que incluya los servicios de la medicina tradicional en el sistema nacional de salud
Servicios especializados de salud	Formación de un grupo de payés para el manejo de la salud tradicional
Reconocimiento de los medicamentos tradicionales por el sistema nacional de salud.	reglamentación y reconocimiento de los medicamentos tradicionales para que sean aceptados y distribuidos por el sistema nacional de salud
Capacitación a Administradoras del Régimen Subsidiado — ARS— e Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS	capacitación a ARS e IPS en atención a comunidades indígenas para la generación de una propuesta de atención
Capacitación a comunidades en servicios de salud	Capacitación a comunidades sobre prestación de servicios y calidad de la asistencia en salud por parte de las ARS e IPS. Identificación de los compromisos adquiridos por las ARS Identificación de alternativas de las comunidades por baja calidad en la prestación de los servicios de salud
Vigilancia y control en salud	Apoyo a la conformación y capacitación de un comité de autoridades tradicionales y entes de control para la vigilancia y control de la prestación del servicio por ARS e IPS
Mejoramiento del puesto de salud	Mejoramiento de la prestación del servicio de salud rural. Capacitación y actualización a promotor y auxiliar de enfermería Dotación y mejoramiento del puesto de salud. Dotación instrumental para el puesto de salud.
Mejoramiento de los programas de atención a la mujer madre	Programa de atención clínica especializada y preventiva a la mujer madre
Reactivación del grupo extramural de salud de la zona UDIC	Aplicar la normatividad vigente sobre el tema
Dotación y mejoramiento de 4 unidades de básicas de promoción –UBP	completar y mejorar la infraestructura de 4 unidades de básicas de promoción –UBP
Capacitación a promotores y auxiliares de salud de la zona	capacitación de promotores, auxiliares de enfermería y salud oral

Tabla 2. Componente Estratégico de Salud. Plan de Vida Indígena AATICCAM

Tener en la comunidad un grupo de jóvenes aprendices que mantengan el saber de los rezanderos y botánicos.
Fortalecer las normas básicas de salud tradicional y occidental, para la comunidad, así mantener un alto grado de prevención.
Valorar y aplicar los rezos y la dieta tradicional para tener una buena salud de acuerdo a nuestras costumbres.
Fortalecer la medicina tradicional mediante la investigación y creación de herbarios y recetario tradicional para la práctica y aplicación de la medicina botánica.
Formular e implementar un modelo de atención en salud propio e intercultural para la Asociación.

Fuente: entrevista personal.

Tabla 3. Componente Estratégico de Salud. Plan de Vida Indígena OZCIMI

Proyecto: Formulación y elaboración del manual sobre atención de los pacientes para mejorar y complementa el sistema de referencia y contrareferencia (vivo o muerto) y la atención en salud para las comunidades indígenas de la zonal OZCIMI.

Objetivo: formular y elaborar el manual sobre la atención de los pacientes para mejorar y complementar el sistema de referencia y contra referencia y la atención en salud para las comunidades indígenas de la zonal OZCIMI

Acciones a seguir:

- Recuperación y reconocimiento de los ritos y los lugares sagrados.
- Crear escuelas de formación tradicional indígena donde vayan quienes estén interesados.
- Mejorar la higiene, encerrando los animales (gallinas y cerdos) y mantenerlos fuera de la vivienda
- Vacunación y limpieza constante de animales (perros y gatos).
- Propiciar el diálogo entre los padres y los hijos mediante un trato justo por ambas partes, no darles mucha libertad pero tampoco castigarlos con severidad.
- Producir variedad de alimentos en las chagras y seguir las dietas tradicionales.
- Elaborar un manual sobre el manejo de los pacientes según la tradición indígena.
- Buscar apoyo ante las entidades que estén a cargo de la protección de los niños.
- Que las acciones y proyectos en salud se enmarquen en las realidades y necesidades y requerimientos que se plasman en los Planes de Vida Indígena.
- Que las EPS hagan capacitaciones en las comunidades sobre el funcionamiento y los procedimientos en prestación de servicios.
- Que las EPS den a conocer los derechos de los pacientes y aclaren cuáles son los límites de cobertura en atención y medicamentos.
- Inversión para la buena dotación de los centros de salud, tanto a nivel de recurso humano, como en medicamentos.
- Exigir el cumplimiento de los acuerdos y convenios entre las EPS, la Secretaría de Salud Departamental y Municipal y, las comunidades en la mesa de concertación en salud, sustentarlos en un documento.

Fuente: Organización Zona Central Indígena de Mitú [14].

Tabla 4. Componente Estratégico de Salud. Plan de Vida Indígena AATIAM

- Creación de un centro Jardín Botánico, con maloca para transmisión de nuestra sabiduría ancestral, sobre medicina tradicional.
- Socializar el conocimiento sobre el tiempo de nuestro calendario ecológico.
- Abrir el diálogo intercultural entre la medicina tradicional y la medicina occidental para su tratamiento.
- Respetar los sitios sagrados, los sitios prohibidos, las dietas y consejos de los sabedores.
- Para evitar las enfermedades de transmisión sexual, se promoverá el rescate de las prácticas tradicionales como el uso de plantas y rezos.
- Proyectar actividades lúdicas y de aprendizaje con los jóvenes, para ocupar su tiempo libre.
- Promover al interior de nuestras familias, el mejoramiento de la comunicación con nuestros hijos y dar consejos.
- Buscar métodos para fortalecer la seguridad alimentaria con semillas de la región.
- La Secretaría de Salud debe tener en cuenta el trabajo y conocimiento del médico tradicional y remunerarlo
- Requerir a las autoridades ambientales para que se exija a la autoridad municipal del manejo de aguas residuales de Mitú, que está contaminando el agua del río Vaupés y por consiguiente nuestra salud. Proyectar la creación de micro acueductos comunitarios y unidades básicas sanitarias de las comunidades de AATIAM.
- Crear un comité ecológico que permita hacer control a las actividades de contaminación que puedan hacer los visitantes de las comunidades, en el marco de las actividades turísticas que se desarrollen al interior de ellas.
- Implementar lugares para el adecuado manejo de las basuras.
- Promover la capacitación de prácticas de reciclaje al interior de nuestras comunidades.
- Crear centros de unidades básicas de atención - UBA en las comunidades, para que el promotor haga los primeros auxilios en diálogo con la medicina tradicional.
- Llegar a un acuerdo con el hospital para que cuando se presente un caso de muerte, se entreguen los cuerpos completos, sin ningún tipo de procedimientos (autopsias, necropsias).
- Promover una reclamación colectiva a las ARS, para que no se niegue los medicamentos hasta el final de los tratamientos, obligación de prestar el servicio de salud.
- La Corte Constitucional y el Ministerio de Protección Social han manifestado la obligación que tienen las ARS para prestar el servicio de salud al régimen subsidiado como un derecho fundamental y como consecuencia la responsabilidad de brindar el suministro de los medicamentos que requieran los pacientes hasta el final del tratamiento. Puede ser a través de un derecho de petición; pasado este hecho sin resultados positivos se procederá con acción de tutela cuando es para una sola persona o una acción colectiva cuando es para toda la comunidad.
- Capacitación sobre la normatividad referida a los derechos que se tienen en el sector salud.
- Promover la inclusión de Payé o Cumús en los albergues de las ARS, para mejorar la atención de nuestros compañeros indígenas fuera de la ciudad. Primero se debe analizar al interior de nuestras comunidades sobre la responsabilidad que adquieren estos líderes y sobre la manera de seleccionar los verdaderos sabedores para asumir estas responsabilidades.
- Promover que nuestras mujeres usen botas para ir a la chagra, ya que la mayoría de las mordeduras de culebras las afectan a ellas

Fuente: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de las Comunidades Aledañas a Mitú [15].

Discusión

Los planes de desarrollo y los planes integrales de vida son esenciales para las entidades territoriales. En la medida que estos implementen los componentes de salud, con un marco estratégico coherente y garanticen la respectiva apropiación presupuestal, podrán materializarse las iniciativas orientadas a mejorar la situación de salud de las poblaciones. En el caso específico de los planes de desarrollo, la armonización con el nivel nacional se realiza a través de los planes de salud territoriales^{**}, los cuales dejan entreabierto la contextualización a lo local. Este sería el punto de encuentro con los planes integrales de vida de los pueblos y grupos étnicos indígenas, pero no se sugiere la forma de realizar dicha contextualización.

Lograr esta integración entre planes exige unas capacidades locales que muy pocas veces existen. Esto se deja entrever en las formas como se desglosan en unos y otros los componentes de salud, por lo cual es de esperar que muchas iniciativas y proyectos no se conviertan en realidad. En el caso del municipio de Mitú, capital del departamento, no se observa una enunciación de interés, lo que genera honda preocupación^{**}. Para el departamento, si bien hay enunciados directos e indirectos de lo referido a salud, son evidentes las inconsistencias en el proceso de planeación, así como la poca claridad frente a la integración de los planes de los grupos y pueblos indígenas, de lo cual el uso de una meta del 36% sin las respectivas variables de seguimiento constituye una muestra. Esto evidencia capacidades ineficientes en instituciones y funcionarios encargados de generar e implementar planes coherentes que den respuesta a las necesidades locales y para apoyar a las AATI para hacer lo propio.

Es de esperar que si existen inconvenientes en la institucionalidad, se presenten dificultades en los planes integrales de vida, ya que estos en su desarrollo cuentan con el apoyo de la misma. En estos, si bien hay un importante ejercicio de autoreconocimiento, de identificación con el territorio, de descripción de su vida cotidiana, la salud es abordada de forma muy superficial, concentrándose el ejercicio en la caracterización de los “sistemas médicos tradicionales”. Es clara la necesidad de contar con el “sistema médico occidental”, con los servicios establecidos por norma, pero no es evidente la forma como estos deberían interactuar, sus acciones en

el territorio y la población, las responsabilidades entre actores y su adecuación sociocultural.

Lo anterior se expresa de manera notoria en los componentes estratégicos expuestos, los cuales son un listado de tareas, actividades, reclamaciones, exigencias, etc., sin un ordenador evidente, alejado de lo que se pretende que sea la visión a futuro de los pueblos y grupos étnicos, y de imposible armonización con planes de desarrollo y de salud territoriales. Asimismo, no existe un apoyo técnico evidente, por lo cual los insumos de planeación, desde un punto de vista occidental, se reducen a una morbilidad sentida obtenida mediante los procesos de autodiagnóstico y cartografía social.

Si bien los procesos de construcción de los planes integrales de vida deben ser autónomos, es necesario garantizar la armonización de algunos elementos transversales que permitan generar propuestas sólidas e integrales que se puedan articular estructural y funcionalmente con los planes territoriales de salud y los planes de desarrollo. Para ello es necesario contar con instrumentos de planeación básicos que permitan el abordaje de la problemática que enfrentan las comunidades. A principios de la década de 2000, el entonces Servicio Seccional de Salud del Vaupés desarrolló una propuesta metodológica para apoyar y acompañar a las asociaciones de autoridades tradicionales indígenas en la construcción del componente de salud de los planes de vida [25], que hizo parte integral del portafolio de servicios ofertado para el área rural del departamento [26]. Este tipo de iniciativas tendientes al fortalecimiento de las capacidades de las asociaciones de autoridades tradicionales indígenas se deben retomar con las adaptaciones pertinentes de acuerdo con el contexto normativo actual.

De tal manera, se puede afirmar que instrumentos como los planes integrales de vida, los cuales tienen un enorme potencial para concretizar acciones en pro de mejorar la situación de salud de los pueblos y grupos étnicos, en este caso concreto, no está siendo aprovechado de la mejor manera. Esto debería servir como llamado de atención tanto a las organizaciones y asociaciones de estos pueblos y grupos, así como a aquellos sujetos y colectivos responsables de los procesos de apoyo, asesoría y asistencia técnica para estos procesos.

^{**} Los planes territoriales de salud surgen posterior a la expedición del Decreto 3039 de 2007, el cual reglamenta aspectos enunciado en la Ley 1122 de ese mismo año. Surgen como un instrumento para garantizar la puesta en marcha del denominado Plan Nacional de Salud Pública y el actual Plan Decenal de Salud Pública [24].

^{**} Debe indicarse que en la actualidad, Mitú es un municipio de categoría 6, con las respectivas limitantes de funciones y presupuesto que conlleva.

Conclusiones

En la Amazonía Colombiana, específicamente en el Vaupés, desde hace varias décadas se viene trabajando en lograr un “modelo de salud” adecuado a las características geográficas, demográficas, políticas y socioculturales que allí se presentan [27, 28]. Materializar estos esfuerzos exige que las entidades territoriales, sus autoridades y población, se apropien de estas iniciativas, se les asignen presupuestos, se desarrollen actividades y procesos integrados y estratégicos, los cuales deberían estar plasmados en los diferentes instrumentos de planeación local: planes de desarrollo y planes integrales de vida.

Desafortunadamente, esto no está ocurriendo en los casos revisados. Si bien existen gran cantidad de instrumentos que favorecen la descentralización administrativa, y con ello las posibilidades de contextualizar las acciones, en muchos lugares dichas oportunidades son desaprovechadas ante la carencia de capacidades técnicas en torno a la planificación. En el caso de salud, se ve cómo existe disonancia entre lo que se planea, lo que se hace, y lo que las poblaciones desean, siendo necesario revitalizar los espacios de participación, diálogo, consulta y concertación.

En este sentido, se debe advertir la necesidad de acompañamiento, asesoría y asistencia técnica continuada por parte de los actores responsables de la modulación y regulación nacional. Estos procesos se pueden facilitar mediante la definición de metodologías e instrumentos simples y funcionales que permitan generar planes que respondan a las necesidades locales y se puedan articular estructural y operativamente con los instrumentos de planeación municipales, departamentales y nacionales y garantizar así la asignación de recursos. Queda a la vista la necesidad de que profesionales con mayor conocimiento de estos instrumentos transmitan su experiencia a estas localidades, las cuales enfrentan enormes dificultades. Es necesaria una acción articulada y decidida de la institucionalidad, la academia y el sector no gubernamental que favorezca estos procesos.

Agradecimientos

Los autores agradecen a líderes y representantes de las organizaciones indígenas mencionadas, así como a la población del área de influencia del proyecto.

Referencias

- 1 República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá D.C: Presidencia de la República de Colombia, 1991.

- 2 Hildebrand MV, Brackelaire V. Guardianes de la selva. Gobernabilidad y autonomía en la Amazonía Colombiana. Bogotá D.C: Fundación GAIA Amazonas, 2012.
- 3 Vieco JJ, Franky CE, Echeverri JA, editores. Territorialidad Indígena y Ordenamiento en la Amazonía. Leticia: Universidad Nacional de Colombia, 2000.
- 4 Organización Internacional del Trabajo. Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Lima: Organización Internacional del Trabajo, 1989.
- 5 República de Colombia. Ley 21 de 1991. Por medio de la cual se aprueba el Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, adoptado por la 76ª reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra, 1989. Bogotá: D.: Congreso de la República.
- 6 República de Colombia. Ley 152 de 1994. Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo. Bogotá: Congreso de la República, 1994.
- 7 República de Colombia. Elementos para la elaboración de una cartilla de capacitación para apoyar la elaboración de planes de vida de los pueblos indígenas. Bogotá: Dirección General de Asuntos Indígenas - Ministerio del Interior, 1995.
- 8 Rosero MC, Sánchez J. Planes de vida y planes de etnodesarrollo. Tropenbos International, SENA. Manuscrito sin publicar, 2009.
- 9 Presidencia de la República. Tejiendo el canasto de la vida. Propuesta metodológica para la construcción colectiva de los planes integrales de vida de los Pueblos Indígenas de Colombia. Bogotá: Programa Presidencial Indígena, 2012.
- 10 Haro JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención en salud. En: Perdiguer E, Comelles JM [Eds.]. Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2000, pp. 101-162.
- 11 Portela H. La epidemiología intercultural. Argumentaciones, requerimientos y propuestas. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2008.
- 12 República de Colombia. Ley 691 de 2001. Por la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C: Congreso de la República.
- 13 República de Colombia. Documento Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación (s.f.). Manuscrito sin publicar.
- 14 República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C: Congreso de la República, 2007.
- 15 República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C: Congreso de la República. Bogotá D.C., 2011.
- 16 Organización Zona Central Indígena de Mitú. Plan Integral de Vida. Mitú: Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y Oriente Amazónico; 2008.
- 17 Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Aledañas a Mitú. Plan Indígena de Vida Zona AATIAM. Procesos de fortalecimiento. Mitú: Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y Oriente Amazónico; 2008.
- 18 Unión de Indígenas del Cuduyari. Plan Integral de Vida Indígena Pueblo Cubeo. Mahje Apuede Vori Jipokateino. Mitú: Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y Oriente Amazónico; 2008.

- 19 Departamento del Vaupés. Plan de Desarrollo Departamental “Gobierno Pluricultural con Progreso Social” 2012 – 2015. Mitú: Gobernación del Vaupés. Manuscrito sin publicar; 2012.
- 20 Municipio de Mitú. Plan de Desarrollo Municipal “Por los hijos de nuestra región” 2012 – 2015. Alcaldía Municipal de Mitú. Manuscrito sin publicar, 2012.
- 21 Létourneau J. La caja de herramientas del joven investigador. Guía de iniciación al trabajo intelectual. Bogotá: La Carreta Editores, 2009.
- 22 Molina G, Cabrera GA, compiladores. Políticas Públicas en Salud: Aproximación a un análisis. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2008.
- 23 República de Colombia. Auto 004. Protección de derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados por el conflicto armado en el marco de superación del estado de cosas inconstitucional declarado en sentencia T-025/04. Bogotá: Corte Constitucional. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm>
- 24 República de Colombia. Guía para la construcción de los Planes de Salud Territoriales. Bogotá D.C: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Protección Social; 2008.
- 25 Montoya P. Planes locales y zonales de salud, metodología de trabajo para la planeación comunitaria organizaciones con características interculturales. Mitú: Grupo Funcional para la Prestación de Servicios en la Zona Rural, Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Manuscrito sin publicar; 2000.
- 26 Montoya P. Portafolio para la prestación de servicios en el área rural del departamento del Vaupés. Mitú: Grupo Funcional para la Prestación de Servicios en la Zona Rural, Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Manuscrito sin publicar; 2001.
- 27 Suárez MC. Una propuesta de modelo en salud para los pueblos indígenas de la Amazonía. En: Zárate CG, Franky CE, editores. Imani Mundo. Estudios en la Amazonía Colombiana. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Instituto Amazónico de Investigaciones; 2001, pp. 173 – 193.
- 28 Guevara JV. En busca de un modelo de salud para los pueblos indígenas. La experiencia del Vaupés. Mitú: Ministerio de Salud, Servicio Seccional de Salud del Vaupés; 1998.