

Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas Médicas

Martha Cecilia Suárez Mutis
Secretaria de Salud Departamental del Amazonas.

El nuevo orden Constitucional de Colombia admite al país como una nación multiétnica y pluricultural. El artículo 7 de la Constitución promulgada en 1991 asigna al Estado la obligación de reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural, dando cumplimiento al convenio 169 de la OIT. No es posible, que una nación como Colombia, se pueda desarrollar dentro de un ámbito democrático, mientras no se acepte el derecho que tienen sociedades diferentes a la nuestra, a vivir y gozar de acuerdo a sus propios valores, creencias, y cosmovisión.

En el sector de la salud, cada pueblo indígena tiene su forma particular de explicar el mundo que lo rodea y formas propias de representar y entender los procesos de salud - enfermedad. El concepto de salud, en estos pueblos es verdaderamente integral y tiene que ver con el manejo del mundo y del medio ambiente. Los problemas de salud actuales de los pueblos indígenas están relacionados, entre otros, con el debilitamiento cultural de muchas etnias, el deterioro del medio-ambiente, las relaciones de dependencia con el mundo no indígena, el poco e inadecuado acceso a los servicios de salud que brinda el Estado, y al olvido por parte de los organismos de salud, de las representaciones culturales del proceso de enfermar de estas comunidades.

En este sentido, en los últimos años, Colombia ha dado pasos gigantescos en materia de legislación indígena, y particularmente en el campo de la salud, el decreto 1811 de 1990, la ley 21 de 1991 y posteriormente los decretos reglamentarios y los acuerdos de la ley 100, han dado herramientas para iniciar un trabajo concertado con los pueblos indígenas que busque el real mejoramiento de sus condiciones de salud teniendo en cuenta sus particularidades culturales y de diversidad étnica. Infelizmente hasta ahora, en el campo real poco se ha logrado y continuamos con el mismo modelo asistencialista y vertical no solo en lo que concierne a la prestación de servicios de salud, que según los lineamientos de la ley 100 le corresponde a las ARS, sino también

a las acciones de promoción y prevención colectiva, responsabilidad del Estado. A pesar de los avances en la legislación, ésta aún es incompleta por la amplia sociodiversidad, y no tiene en cuenta algunos factores legales fundamentales, como la presencia de divisiones territoriales que se sobreponen a los municipios como son los corregimientos departamentales. Por otro lado la descentralización administrativa, ha dividido claramente las competencias en materia de prestación de servicios de salud, y con mucha frecuencia observamos que por lo menos en los denominados “nuevos departamentos”, los administradores públicos no tienen la preparación suficiente o el interés real de desarrollar los preceptos constitucionales. La figura del resguardo indígena así como la proclamación de las autoridades indígenas como autoridades públicas de carácter especial dan enormes posibilidades para ayudar en la creación conjunta de un sistema de salud indígena que de cuenta real de las verdaderas necesidades de los pueblos indígenas y su conocimiento ancestral.

El presente documento plantea una propuesta que busca la implementación de un plan de salud para pueblos indígenas, que permita desarrollar no solamente los preceptos constitucionales y legales vigentes, sino también la inclusión de los principios de equidad, solidaridad, integralidad e interculturalidad cuyos objetivos finales sea el mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas, su efectiva participación no solo en lo que atañe a sus decisiones propias, sino en la vida nacional y en últimas, al elemental respeto de los derechos humanos. Esta propuesta comenzó a desarrollarse en la Secretaría de salud del Amazonas durante 1999 y es el resultado de años de discusión y trabajo en el área.

ALGUNOS ANTECEDENTES

El departamento del Amazonas, un territorio de más de 103.000 km², es el más extenso del país, y uno de los más ricos en materia de socio-diversidad. En él, habitan más de 24.000 indígenas pertenecientes a 26 etnias, cada una de ellas con procesos diferentes de aculturación o rescate por lo tradicional, y que desde el contacto con la sociedad occidental han tenido diferentes problemas que van desde el trabajo esclavo en la época de caucho y la casa Arana, hasta la presencia de enfermedades prácticamente inexistentes antes del contacto, la educación impuesta por la sociedad occidental y la actual desintegración comunitaria por diferentes aspectos.

En este sentido, la salud de las poblaciones indígenas, siempre ha jugado un papel primordial en la cotidianidad de las comunidades, y a pesar de la promulgación del decreto 1811/90 y la ley 21, el trabajo que el Estado realiza es

visto con mucha desconfianza por los indígenas. De hecho, en el mejor de los casos cuando habían planes de salud, estos eran elaborados sin la previa concertación con las comunidades, y los programas terminaban en el fracaso puesto que eran concebidos desde un modelo “occidental de pensamiento”. De otro lado, los programas de salud, eran hechos sin ninguna base epidemiológica clara, y sin ningún conocimiento real del estado de salud y enfermedad de las comunidades. El manejo por parte de las instituciones que prestan servicios de salud no ha sido el más adecuado debido a que desconocíamos el comportamiento de los procesos salud - enfermedad en las comunidades indígenas. Se carecía del perfil epidemiológico de estos pueblos y en la misma medida cualquier programa que se implementaba en las mismas, tenía serias implicaciones tanto para los planificadores de los servicios de salud como para las comunidades, porque es imposible priorizar los problemas cuando se desconoce cuales son y cual es su magnitud. La falta de un perfil epidemiológico de estas comunidades así como de la inexistencia de un sistema de vigilancia epidemiológico hacía que muchas patologías de altas externalidades y con posibilidad de brotes epidémicos fueran subregistrados o registrados sin la oportunidad adecuada ; en años anteriores se habían presentado muertes entre los pueblos indígenas debido a que la Secretaría de salud no detectaba en el momento debido la presencia de brotes de estas patologías ; sabemos que uno de los problemas más importante es el referente al saneamiento básico ambiental. No tenemos métodos alternativos para el manejo de excretas ni basuras adecuadas para cada uno de los lugares del Amazonas, y las soluciones de los tanques de agua lluvia usados tradicionalmente en el departamento tienen serios problemas de mantenimiento.

En 1978, con la firma de los acuerdos de Alma Ata, (antigua Unión Soviética) en donde el mundo se comprometió a desarrollar la política de Atención primaria en salud (APS), se inició en el departamento del Amazonas, un programa basado en promotores de salud indígenas, que pretendía tener a un agente indígena, capacitado en atención primaria en las pequeñas localidades. No obstante, 20 años después, observamos que estos agentes de salud comunitarios se convirtieron, en la mayoría de los casos en falsas figuras de poder, que en vez de mejorar las condiciones de salud de su comunidad, lograron una ruptura de los procesos comunitarios, pues olvidaron su función de promover hábitos de vida saludables, prevenir enfermedades y de educación en salud y se dedicaron a esperar la llegada de los “pacientes” a sus consultorios rudimentarios (puestos de salud); además como tenían bote, motor, gasolina (ocasionalmente) y salario al final de cada mes, desestructuraron completamente la vida de las comunidades pues con mucha frecuencia compraban los elementos mínimos de sobrevivencia (pescado, carne de ca-

cería, etc.) a diferencia del resto de los moradores. Otro punto de conflicto se presentó porque estos promotores de salud, comenzaron a hacer caso omiso del conocimiento ancestral de los médicos tradicionales y dejaron de cumplir con las normas establecidas por la autoridad tradicional. Actualmente, los pocos botes y motores, así como la dotación de los puestos de salud, están fuera de servicio, puesto que fueron entregados sin ninguna capacitación a los indígenas para su manejo y con la ausencia de programas de mantenimiento de estos equipos por parte del Estado.

Es claro que el promotor de salud no fue el culpable del fracaso de la estrategia. El, fue simplemente un actor dejado a la deriva por los administradores de la salud. Los médicos y personal de los servicios de salud, continuaron con un modelo totalmente asistencialista de la atención en salud, y los programas de salud no se adecuaron a las realidades de las comunidades indígenas. De hecho, los programas eran totalmente impuestos desde el gobierno central, y a pesar de algunos esfuerzos aislados en algunos departamentos, la salud indígena estaba integrada a los programas nacionales.

En enero de 1998 cuando asumimos la nueva administración de la Secretaría de salud departamental del Amazonas, nos encontramos con una serie de deficiencias en la prestación de servicios de salud al interior de las comunidades indígenas. Por un lado, aunque no existía formalmente un modelo de salud para las comunidades, el trabajo en salud se restringía a la atención médica y odontológica en los centros urbanos, y ocasionalmente en las correrías, desarticulado de las reales necesidades de las comunidades indígenas y con un total desconocimiento de la importancia de la Medicina tradicional. En las comunidades más dispersas (75% del territorio del Amazonas), solo se veía un médico ó un odontólogo máximo dos veces por año en el mejor de los casos.

Desde el año de 1995, las comunidades del Mirití y Apaporis entablaron una serie de acciones que obligaron finalmente a que las directivas de la Secretaría de salud de la época se sentaran a “concertar” las acciones de salud, tal como lo establece el decreto 1811. En esas reuniones, se adquirieron una serie de compromisos, muchos de los cuales no fueron cumplidos.

Sin embargo, la evaluación de lo ocurrido en los años anteriores, permite concluir que no existía como política de gobierno, un proceso que llevara al fortalecimiento de la autonomía de los indígenas y que por el contrario, el modelo implementado estaba reproduciendo las relaciones de dependencia de las comunidades ante el “blanco” ó el gobierno. Un ejemplo muy claro de lo anterior era la solicitud permanente de tener medicamentos, bote, mo-

tor y puesto de salud pero no el reconocimiento de la importancia de la Medicina Tradicional, ó la capacitación de promotores de salud concertada y con fines bien definidos. De otro lado, no observamos un claro cambio en los procesos de salud de las comunidades, y por el contrario, después de muchos años de tener médicos blancos en los corregimientos, las enfermedades prevenibles se siguen presentando con mucha frecuencia, muchas de las cuales produciendo muerte y aumentando por consiguiente el sufrimiento humano. No veíamos progreso en materia de salud.

Desde enero de 1998, y con el fin de construir el Plan de Desarrollo Departamental, "AMAZONAS, AGENDA 21", se realizaron una serie de reuniones en todo el departamento con la presencia de los líderes de las comunidades que terminaron finalmente en un Plan, ampliamente participativo y más real puesto que fue hecho con la gente. Se comenzó a ejecutar el Plan de desarrollo y una de las acciones prioritarias solicitadas por los indígenas fue el fortalecimiento de la autonomía y la descentralización de la salud.

En este sentido, la Secretaría inició entonces todo un proceso de pensamiento, para ver cual era la mejor opción, para que las comunidades indígenas fueran verdaderamente autónomas en el manejo de su propia salud, que en otras palabras es la descentralización. Después de mucho pensar, reflexionar, estudiar, hablar con otra gente que ha tenido experiencia en salud y en trabajo con indígenas, después de mucho conversar con indígenas que tenían sus propias opiniones y de realizar múltiples reuniones con líderes indígenas para dar un nuevo enfoque del trabajo de promotores de salud, se tuvo entonces una propuesta más estructurada.

Algunos Avances de la Legislación

En el anterior Sistema Nacional de Salud, se habían dado algunos avances mínimos en torno a los derechos en salud de los pueblos indígenas de Colombia. No obstante, en la mayoría de los casos aunque las normas daban algunas posibilidades, permanecen aún hoy, como letra muerta, puesto que los servicios de salud no se han adecuados a la nueva realidad. Felizmente, con el cambio Constitucional, se reconocieron efectivamente los derechos de las comunidades indígenas, y la legislación posterior dió armas a las organizaciones para iniciar un trabajo de reivindicación de los mismos. En el departamento del Amazonas, hubo necesidad de tutelar el derecho a la salud en el río Mirití en el año 96, y en el río Apaporis, uno de los capitanes logró que una escuela y un puesto de salud, colocado arbitrariamente en uno de los sitios sagrados fuera reubicado. A continuación se presentan algunas de las normas más importantes en materia de salud indígenas:

La resolución 10013 /81

“los programas de prestación de servicios de salud que se desarrollen en comunidades indígenas deberán adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa y socio-económica, en forma tal que se respeten sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural.

Decreto 1811/90

“todo programa y, en general, toda acción de salud que se proyecte adelantar en comunidades indígenas deberá ser previamente acordada con ellas y aprobada por los respectivos cabildos o autoridades que ejerzan el gobierno interno de las mismas”. Este decreto involucra a los indígenas en el diagnóstico, diseño, ejecución, evaluación y veeduría de los procesos pertinentes a su desarrollo.

La Constitución política de Colombia de 1991: En el artículo 7 de la Constitución nacional, “el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana

Ley 21 de 1991

“establecer los mecanismos a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan”

Resolución 005078 de 1992, en el artículo segundo, enuncia que “corresponde a las Instituciones del sistema de salud... propiciar diálogos entre los servicios de salud y la comunidad, para adecuar los servicios asistenciales a las particularidades culturales y sociales de cada región”.

Documento CONPES 2773 de 1995 en el cual se delinearán las estrategias para los pueblos indígenas como la “adopción de programas territoriales y sectoriales de apoyo, concertados con las comunidades indígenas”; del mismo modo para “garantizar la efectiva participación de los pueblos y comunidades indígenas, el Gobierno Nacional expedirá las normas que reglamenten los artículos 76 de la ley 99 de 1994 y 6 y 15 de la ley 21 de 1991, referidos a la consulta a los pueblos indígenas sobre asuntos que puedan afectarlos.

Ley 100/93: sistema general de seguridad social en salud

Artículo 3 del Acuerdo 25 de 1996 Un representante de las Comunidades Indígenas de la entidad territorial que será elegido por la propia comunidad de acuerdo con sus usos y costumbres. Su aceptación será de carácter obligatorio por parte del Jefe de la Entidad Territorial correspondiente.

Artículo 3 del Acuerdo 57 de 1997, por medio del cual se estipula la conformación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud el cual deberá contar con la presencia de “un representante de las Comunidades Indígenas de la entidad territorial que será elegido por la propia comunidad de acuerdo a sus usos y costumbres. Su aceptación será de carácter obligatorio

Artículo 13 del acuerdo 32 de 1996 , que en el párrafo 2 estipula que “el contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a las comunidades indígenas podrá ser ajustado de común acuerdo, entre las administradoras del régimen subsidiado y las comunidades indígenas, previo concepto favorable de los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud dentro del tope máximo de la UPC subsidiada.

Acuerdo 72 de agosto de 1997, por medio del cual se define el Plan de Beneficios del régimen subsidiado, que ratifica el artículo 13 del acuerdo 32, anexando que la concertación podrá ser realizada entre las comunidades indígenas, las administradoras del régimen subsidiado y la entidad territorial, con aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyan la red prestadora.

NUEVO MODELO DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS

En la búsqueda de un nuevo modelo de salud, se inició amplio proceso de concertación, a través de reuniones realizadas en las mismas comunidades, trabajando por resguardos y con las organizaciones indígenas. De este trabajo, se desprende el modelo que estamos presentando.

El objetivo principal, era el de desarrollar un modelo de salud construido en conjunto con las comunidades y los nuevos actores del sistema de salud del país en un interjuego con los demás sectores del área social teniendo en cuenta las peculiaridades sociales y culturales y que contribuya a mejorar efectivamente las condiciones de bienestar de las comunidades Amazónicas. Tal modelo debe basarse en los principios de eficiencia, universalidad, soli-

daridad, equidad y participación comunitaria enmarcados dentro del Sistema general de seguridad social en salud.

El Proceso

Desde enero de 1998, la Secretaría de salud departamental del Amazonas, inició un amplio proceso de concertación de las acciones de salud en el departamento, y es así como con diferentes actores, se sentó a hablar sobre el tema de salud con los indígenas. Inicialmente, se realizaron más de 44 mesas de “concertación, reflexión y diálogo” en todo el departamento para construir el Plan de desarrollo “Amazonas agenda 21”, plan bandera de la administración departamental 98-99. De estas mesas se desprendió el plan del sector salud, contenido en el mismo. Igualmente, y con el apoyo de la Fundación Hylea, una de las ONGs del departamento que trabaja en salud indígena, se inició en el mes de agosto de 1998 el trabajo de concertación del plan de capacitación para promotores de salud indígenas del departamento. Dentro de esta concertación, establecimos en conjunto con las comunidades, el perfil del nuevo promotor de salud, sus funciones y los requisitos del mismo. Empezó entonces la búsqueda de recursos adicionales para iniciar un proceso de capacitación para promotores de salud indígenas, que busca la profesionalización de los mismos en un plazo de 3 años, y la construcción conjunta de un nuevo promotor de salud, que efectivamente brinde soluciones a los problemas de salud del nivel comunitario de atención, y que ayude a fortalecer la estructura comunitaria y no a debilitarla como sucede actualmente.

En el mismo orden de ideas, se realizaron varias reuniones de 1811, de concertación de las acciones de salud en el río Mirití y Apaporis, y con el apoyo de la Fundación GAIA, se inició el trabajo en algunas comunidades en torno al que hemos denominado el “autodiagnóstico de salud”; se logró la firma de unos convenios para que las comunidades del resguardo del Mirití asuman el nivel comunitario del primer nivel de atención. Estas comunidades ya tienen su autodiagnóstico realizado, y sus planes locales de salud funcionando. Se realizaron también una serie de reuniones en el río Igaraparaná, Putumayo, y Caraparaná, y Caquetá y las organizaciones indígenas se comprometieron a hacer sus autodiagnósticos de salud asesorados por personal de la Secretaría de salud del Amazonas. Un punto interesante en este tópico, es que inicialmente la Secretaría de salud departamental sola, o a veces con ayuda de las ONG's que trabajan en el área siempre debían organizar las reuniones dando todo el combustible, recursos para la remesa, etc. Al finalizar 1999, los gastos son compartidos en conjunto con las organizaciones indígenas.

Comentario:

En el mes de abril de 1998, se realizó el “primer encuentro de médicos tradicionales” del departamento, cuyo objetivo final era el de iniciar un diálogo intercultural entre los médicos occidentales y los médicos tradicionales en materia de las acciones de promoción y prevención para concertar posteriormente el Plan de atención Básica indígena, (PAB indígena) que fué por primera vez incluido dentro del PAB departamental. Igualmente, en materia de derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud, se realizaron diversos talleres en el departamento sobre ley 100, y se enviaron a las 190 comunidades del Amazonas, copia de la ley 100, decreto 1811 y acuerdo 77 del SGSSS.

Como producto de este amplio trabajo de concertación - que sin embargo considero aún insuficiente -, se elaboró el documento de trabajo : “Política de salud para comunidades indígenas del Amazonas”, que se envió a todas las organizaciones y asociaciones indígenas del departamento para ser revisado con el fin de implementarlo como política departamental. Igualmente se firmaron los convenios con las asociaciones “ACIMA”, “CAMAREMA” , y el acta de compromiso suscrita con “PANID” y “ACIYA”, y el acta de funciones y requisitos de promotores de salud indígenas.

Pensamos que la prestación de servicios de salud, por parte del equipo, no puede estar supeditado exclusivamente a la oferta brindada en los hospitales locales o centros de salud; cumpliendo con parte de los compromisos adquiridos en algunas de las reuniones, se armaron tres equipos extramurales, cuya función es estar directamente en las comunidades. Los equipos por ahora, por cuestiones presupuestales, solo están conformadas por un médico y un odontólogo, pero se pretendía incluir una enfermera en el mismo. Se debe intentar que en los equipos hayan hombres y mujeres que se desplacen continuamente por el río Apaporis, Mirití y Putumayo arriba después de Arica.

Simultáneamente se inició un proyecto de Vigilancia epidemiológica en comunidades indígenas, que permitirá en el futuro tener información de los eventos y agravos a la salud al interior de las mismas comunidades.

Somos conscientes de que en materia de salud indígena aún hay muchísimas debilidades; sin duda hay que hacer todo un trabajo de fortalecimiento de las organizaciones para que ellas puedan asumir paulatinamente el nivel comunitario del primer nivel de atención permitiendo así los procesos de descentralización de la salud.

Es necesario revisar lo que efectivamente significa participación comunitaria al interior de las comunidades indígenas, puesto que un punto fundamental del modelo de salud se basa en la concertación real de las acciones de salud. Para consolidar esta nueva forma de asumir la salud en el departamento del Amazonas, se proponen las siguientes estrategias :

1. Culminar el proceso de descentralización de la salud en el departamento del Amazonas no solo a nivel departamental y municipal sino a nivel de los demás territorios incluyendo necesariamente a los resguardos indígenas apoyando y solidificando las acciones de autogestión que ya se han iniciado en algunas comunidades. El proceso necesariamente inicia con el autodiagnóstico de salud en cada comunidad, el plan local de salud elaborado por los indígenas con asesoría del personal de la Secretaría de salud ó de las ONG's comprometidas con el mismo trabajo, y la firma de los convenios para el manejo de lo que hemos denominado el "nivel comunitario del primer nivel de atención". Naturalmente la consolidación del proceso de realizará en la fase de seguimiento.
2. Las entidades territoriales deben asumir sus competencias y responsabilidades en materia de salud de acuerdo a las leyes 100 y 60. Es necesario fortalecer a las instituciones del sector, creando una nueva "cultura de la salud" dentro de los servidores públicos
3. Desarrollar un modelo eficiente, eficaz, oportuno y con calidad, de prestación de servicios de salud en las acciones contenidas dentro del Plan Obligatorio de salud (POS) . Este POS debe ser necesariamente concertado con las diversas comunidades del departamento, buscando los mecanismos de articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental. Como parte de la prestación de servicios de salud "occidentales", se encuentra la implementación de los equipos extramurales de salud.
4. Implementación de un paquete de estrategias, actividades, intervenciones y procedimientos en promoción en la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo teniendo en cuenta las características propias del departamento del Amazonas dirigido a la colectividad y al individuo. Este paquete debe ser elaborado conjuntamente con las comunidades teniendo en cuenta los problemas identificados como prioritarios. Es fundamental el reconocimiento de otros "sabedores" de la medicina al interior de las comunidades y continuar con el diálogo intercultural de la curación, y de las acciones de prevención y promoción tradicionales existentes en las comunidades. El concluir los calendarios ecológi-

cos, así como la planeación de las acciones basados en el conocimiento de la “epidemiología del saber comunitario” es la base para que se logren los objetivos formulados.

5. Es necesario reformular completamente la labor del promotor de salud, que debe tener un nuevo perfil, con responsabilidades claras y bien definidas. Se debe iniciar un proceso de capacitación de estos promotores desarrollando nuevas metodologías educativas y consultar ampliamente con las comunidades el quehacer del nuevo promotor.
6. Implementar mecanismos de comunicaciones y logísticos eficientes para la referencia y contrarreferencia de pacientes, suministros de insumos y funcionamiento óptimo del sistema de salud
7. Concebir y poner en marcha, un sistema de información que involucre a los diferentes actores de la sociedad y del sistema general de seguridad social en salud que ayude a sustentar los diagnósticos, toma de decisiones y definición de políticas claras, bien definidas y transparentes, dentro del sector.
8. Se fomentará la política de la libre escogencia a las Administradoras del régimen subsidiado que deben garantizar calidad, oportunidad debida y concertación con las comunidades en la prestación de servicios de salud. Se deben buscar mecanismos para asegurar que el 100% de la población sea efectivamente cubierta por el sistema de salud. Es necesario iniciar una discusión con los diferentes actores del Sistema, para repensar si la ley, tal y como está formulada hoy puede efectivamente ser aplicada a las comunidades indígenas en territorios tan dispersos como el Amazonas. Un punto de partida puede ser la viabilidad de la conformación de una Administradora del régimen subsidiado indígenas (ARS indígena), única para las comunidades de todo el país.
9. La conformación de equipos extramurales de salud, que permanezcan en las comunidades más alejadas, logrando mejorar la cobertura de las acciones en salud.

Un Ejemplo en Marcha

Un ejemplo particular es el proceso que está actualmente ocurriendo en Mirití, que permite entender mejor la propuesta. El Mirití es un resguardo ubicado al norte del departamento del Amazonas ACIMA (Asociación de capitanes indígenas del Mirití) está conformada por 7 comunidades y solo

habían dos promotores de salud para todo el área. Cada promotor de salud ganaba al año un promedio de \$ 7.000.000 (como todos los promotores) ; por muchos motivos los informes de las actividades que realizaban los promotores de salud ó nunca llegaban a la Secretaría de salud, ó nadie los revisaba críticamente ó estaban muy mal diligenciados de tal forma que la Secretaría de salud no podía nunca tener una verdadera evaluación del trabajo del promotor ni del estado de salud de las comunidades. Igualmente, en las múltiples visitas realizadas en el último año y medio por parte de la Secretaría de salud a los corregimientos para sus diferentes actividades, siempre había la queja continua por parte de las comunidades acerca de la insatisfacción con el trabajo de la mayoría de los promotores. Se hizo entonces la propuesta, de que el dinero que se le iba a pagar a los promotores de salud, se le transfiriera a la Asociación a través de un convenio, previa presentación de un plan de salud por parte de la asociación. Primero, se realizó un diagnóstico de salud de cada comunidad, trabajo que fué realizado por cada una de las comunidades. Posteriormente se suprimieron los cargos de los promotores, de la planta de personal de la Secretaría de salud y ACIMA, asumió entonces el manejo del nivel comunitario del primer nivel de atención. Antes habían dos promotores de salud pagados por la Secretaría ; ahora la asociación decidió tener uno en cada comunidad y le dan una bonificación, de acuerdo a su trabajo, que es verificado por la misma comunidad. Cada comunidad, presentó además un plan de salud, que se envió a la Secretaría de salud, pero es la comunidad, la que decide sus acciones, el trabajo del promotor, le hace seguimiento y lo evalúa. El promotor depende entonces de la asociación y de los capitanes y no de la Secretaría de salud.

La Secretaría se compromete a capacitar y entrenar a los promotores de salud en la medicina blanca, en un programa y unos lineamientos que previamente fueron concertados con las comunidades, a revisar y asesorar los planes de salud locales y a transferir trimestralmente los recursos a la asociación previo recibido a satisfacción del informe de actividades del trabajo en salud en las comunidades.

Las comunidades se comprometen a hacer los diagnósticos locales de salud, el plan local de salud, el seguimiento y evaluación de las actividades del promotor de salud y a pagar la bonificación según lo acordado internamente. De esta manera, el promotor tendrá mayor responsabilidad en su trabajo, trabajará más de cerca con los médicos tradicionales y por sobre todo se dará el primer paso en el fortalecimiento de la autonomía - por lo menos en salud.

Como es un camino por recorrer, es fundamental tener esta experiencia del nivel comunitario del primer nivel de atención. Una vez se demuestre la ca-

pacidad que los indígenas (a través de sus comunidades ó de la asociación de capitanes) tienen para el manejo de éste nivel, podrán en la medida de sus posibilidades, ir asumiendo los otros niveles de atención.

LOGROS Y FORTALEZAS

A pesar de las limitaciones, y de que es todo un proceso de iniciar nuevas relaciones de “respeto mutuo” entre el Estado y las comunidades indígenas, hemos logrado, iniciar un diálogo intercultural, en el cual ninguno de los dos saberes está por encima del otro, sino que estamos intercambiando conocimiento, para mejorar el estado de salud. Este proceso se ha dado más en el Mirití y en el Apaporis, y hay que fortalecerlo en otros lugares.

De otro lado, aunque aún muchas de las solicitudes de los pueblos indígenas gira en torno a poseer, bote, motor y puesto de salud, hemos logrado un cambio hacia tener mejores programas de salud, buenos médicos, y modelo de atención.

Un logro importante, es volver a recuperar la credibilidad en el Estado por parte de los pueblos indígenas. No obstante, este proceso es aún muy débil y para complementarlo es fundamental que el proceso continúe.

Los profesionales del equipo de la Secretaría de salud departamental se han ido capacitando en atención a comunidades indígenas y se están implementando estrategias de planificación para mejorar el estado de salud de las mismas, con programas efectivos. Como ejemplo está el control del brote de malaria entre los Yujup-Makú, en la Libertad en el río Apaporis.

El acuerdo 145 del Consejo Nacional de seguridad social en salud (CNSSS), en el cual se reglamenta el mecanismo por medio del cual se logrará la financiación para asegurar a la población dentro de la seguridad social, es otro logro, en materia de permitir que el CNSSS conozca efectivamente de la existencia de territorios diferentes a los municipios en las áreas indígenas.

DIFICULTADES

Una de las dificultades, es el absoluto desconocimiento que los profesionales de la salud recién egresados tienen en torno a la salud para pueblos indígenas. El sistema de salud en el Amazonas se basa en el trabajo con médicos rurales, y no es fácil conseguir un rural que llegue por el interés de trabajar con las comunidades y tener “otra visión” del mundo ; las Universidades no

enseñan, antropología médica, y con mucha frecuencia los profesionales desconocen las enfermedades tropicales y la manera adecuada de tratarlas.

La ley 344, “ley de racionalización del gasto público”, así como la ley 60, que distribuye las competencias, dejó de lado a los corregimientos departamentales. Si bien es cierto que en materia de descentralización de la salud, la ley 60 le dejó la obligación de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención a los alcaldes de los municipios del país, y la misma distribuyó los recursos para hacerlo, el legislador no tuvo en cuenta que había dentro del ordenamiento jurídico del país, territorios, que no hacían parte de los municipios como son los corregimientos del orden departamental y que son varios miles de kilómetros cuadrados en el Amazonas.

Una gran dificultad es el discurso integracionista de la clase política tradicional del departamento que pretende desarticular cualquier trabajo en materia de autonomía de las comunidades indígenas, no solamente por el desconocimiento de los procesos que se han venido adelantando, sino por sobre todo que la clase política sabe que el logro de cierta autonomía por parte de los indígenas desbarataría el débil “poder político” que estos actores tienen al interior de algunos de los pueblos indígenas.