

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Configuración de las políticas públicas de salud para Pueblos Indígenas en Colombia, 1971 - 2017

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia
Programa Interfacultades de Doctorado en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2019

Configuración de las políticas públicas de salud para Pueblos Indígenas en Colombia, 1971 - 2017

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Doctor en Salud Pública

Director:

Doctor en Historia, Mario Hernández Álvarez

Línea de Investigación:

Políticas y Sistemas de Salud

Grupo de investigación:

Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social

Universidad Nacional de Colombia

Programa Interfacultades de Doctorado en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2019

En homenaje a los miles de hombres y mujeres indígenas del CRIC a quienes les fue arrebatada la vida mientras luchaban por la unidad, la tierra, la cultura y la autonomía, es decir, por la salud, y a todos aquellos y aquellas que persisten en hacerla realidad hasta que no se apague el sol.

A Edwin, sacrificado como si fuera Aida Quilcué la promotora de salud, es decir; la que defiende la vida y el territorio y se atrevió a desafiar el embrujo autoritario.

Agradecimientos

A Juanita por su presencia vital, incondicional e inspiradora.

A Lisa por su persistencia, acompañamiento amoroso y lectura crítica que me permitieron culminar este trabajo.

A mi madre Elvira y a mi hermana Nelly, por su trabajo, generosidad y respaldo permanente.

Todo mi agradecimiento al Consejo Regional Indígena del Cauca, por la oportunidad de casi 32 años de colaboración, aprendizaje y trabajo conjunto en materia de salud y construcción política.

Mi más profundo reconocimiento al profesor Mario Hernández director del trabajo de tesis por su dedicación, lectura profunda, permanente y constructiva del trabajo.

Especial agradecimiento a Alana Castellanos por su trabajo como asistente de investigación en los procesos de recopilación exhaustivo y procesamiento de fuentes primarias y secundarias.

Por el apoyo en el proceso de investigación a: Jenny Salcedo en la recopilación y revisión exhaustiva de las gacetas constitucionales. Saray Moreno en la recopilación de los congresos indígenas. Tomás Guzmán en la discusión del marco heurístico desde la perspectiva antropológica. Leonel Plazas en la lectura y edición de los textos preliminares. Camilo Luna en la lectura y edición de los textos definitivos.

Resumen

El presente trabajo da cuenta del proceso de configuración de la política de salud indígena en su expresión estatal e indígena en Colombia entre 1971 y 2017, entendido como una disputa permanente entre un sujeto político colectivo que construye un proyecto político-cultural desde la recuperación y proyección de una diversidad epistémica y política emancipatoria mediante procesos de resistencia, movilización y negociación permanente con un Estado y régimen político racista, excluyente y neoliberal.

Se analiza dicha disputa y sus resultados en medio de la violencia política y el racismo estructural a través de la observación de los cambios contenciosos en la institucionalidad, la normatividad y las acciones de la *política de salud indígena*, orientada desde el Estado y de la *política indígena de salud* construida desde los Pueblos Indígenas a lo largo de cinco periodos históricos en los que se transita de la asimilación de la diferencia, a la integración multicultural de la misma con enfoque de derechos y finalmente vía mercado.

Ambas políticas expresan la permanente disputa entre un Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS oficial, con una lógica individual y de mercado, y un Sistema de Salud Indígena Propio e Intercultural-SISPI de carácter colectivo y público, que desafía las asimetrías de poderes y saberes desde una interculturalidad crítica entre el modelo biomédico hegemónico insertado en el modelo neoliberal y el SISPI, orientado hacia el equilibrio de las relaciones ser humano, naturaleza, territorio, comunidad y autoridad, desde la sabiduría ancestral y la acción política colectiva basada en la ley de origen, el derecho mayor y el derecho propio de los Pueblos Indígenas.

Palabras clave: Sujeto Político indígena, Política de salud indígena, Interculturalidad

Abstract

This dissertation gives an account of the process of configuration of the indigenous health policy in Colombia between 1971 and 2017, regarding both its state and indigenous expressions. The process configured a permanent dispute between the indigenous political subject and the state. The former was a collective political subject that built a political-cultural project from the recovery and projection of an emancipatory epistemic and political diversity through processes of resistance, mobilization and permanent negotiation with a racist, exclusive and neoliberal state and political regime.

This dispute and its results amid political violence and structural racism are analyzed through the observation of contentious changes in the institutionality, normativity, and actions of the *health policy for indigenous* oriented from the state and politics--in contrast to the *indigenous health policy* built by the Indigenous Peoples. The dispute goes through five historical periods, from the assimilation of difference to multicultural integration of the equal-rights approach and finally via market mechanisms.

Both policies express the permanent quarrel between a General Social Security System in Health-SGSSS --with an individual and market logic-- and an indigenous System of Own and Intercultural Health -SISPI --of collective and public nature--that challenges the asymmetries of powers and knowledge. The indigenous system also implies a critical interculturality against the hegemonic biomedical model inserted in the neoliberal model. Contrary to this latter, it embodies the Indigenous System of Own and Intercultural Health, oriented towards the balance of human being, nature, territory, community and authority relations from ancestral wisdom and collective political action based on the law of origin, the greater right and the proper right of indigenous peoples.

Keywords: Indigenous political subject, Policy of indigenous health, Interculturality.

CONTENIDO

Agradecimientos.....	IV
Resumen	V
Lista de siglas	X
Lista de Gráficos.....	XV
Lista de Mapas	XVI
Lista de Tablas.....	XVII
Introducción	1
1 La perspectiva de análisis.....	11
1.1 Construyendo el problema de investigación.....	11
1.2 Hacia la comprensión del problema:	40
1.3 El desarrollo metodológico.....	58
2 De la invisibilidad indígena a su emergencia (1971-1990).....	72
2.1 Primeras políticas indígenas y estatales en salud: El Programa de Salud del CRIC y la resolución 10013 del Ministerio de Salud (1971-1981).....	73
2.1.1 Surgimiento del sujeto político indígena: El CRIC y su plataforma de lucha ...	74
2.1.2 Recuperación de tierras, cabildos, educación y economía: bases para territorio, gobierno, cultura y salud propios	85
2.1.3 El Programa de Salud del CRIC y la Resolución 10013: hitos en la disputa en salud indígena en medio del Estatuto de Seguridad	107
2.1.4 La dinámica internacional: disputas hacia la superación del integracionismo y la discriminación racial	122
2.2 Consolidación del sujeto político indígena y su programa de salud en disputa con un sistema de salud en transición privatizadora e integracionista 1982-1990.....	130
2.2.1 La creación de la ONIC (1982): el sujeto político indígena en perspectiva nacional	130
2.2.2 La consolidación contenciosa del Programa de Salud del CRIC en medio del conflicto armado, el integracionismo y el incumplimiento del gobierno.....	137
2.2.3 Las luchas por la salud de los Pueblos Indígenas en las regiones y el surgimiento del Programa de salud de la ONIC	145
2.2.4 El Convenio 169 de la OIT: de la asimilación al reconocimiento de la identidad étnica y cultural, el territorio y la autonomía	153
2.2.5 La Ley 10 y el Decreto 1811 de 1990: reconocimiento integracionista y pasos hacia la privatización	157
2.3 El balance: la emergencia del sujeto político indígena.....	165
3 Los Pueblos Indígenas y la salud en el proceso constituyente.	169
3.1 Los Pueblos Indígenas en el proceso preconstituyente	170
3.1.1 El III Congreso de la ONIC de junio de 1990: una plataforma indígena constituyente	171

3.1.2	El Congreso Pro-constituyente y el decreto de convocatoria: Los límites para el nuevo pacto político	180
3.1.3	Condiciones de posibilidad del nuevo pacto político.....	183
3.2	El papel del sujeto político indígena en la ANC: posibilidades y límites	185
3.2.1	Las dinámicas iniciales de la ANC y los resultados preliminares para los Pueblos Indígenas.....	186
3.2.2	El articulado final: inclusiones y perspectivas para el sujeto político indígena y la salud indígena	196
3.3	La salud sin sujeto político: entre derecho, servicio público y mercado.....	202
3.3.1	Las primeras discusiones en materia de salud en la ANC.....	203
3.3.2	La salud en el texto final de la ANC y los desafíos para articularlo con una política de salud indígena	210
3.4	El balance de posibilidades e incertidumbres para la configuración de la política de salud indígena.....	214
4	De la nueva invisibilidad en la Ley 100 a la Ley 691: Resistencias, negociaciones y subordinaciones, 1992-2001	216
4.1	Las victorias constituyentes y la invisibilidad indígena en la Ley 100: entre los derechos y el mercado, 1991-1993	219
4.1.1	La dinámica de las organizaciones indígenas y la salud entre la constituyente y la Ley 100.....	220
4.1.2	La medicina tradicional y las asociaciones de cabildos: reconocimientos y subordinaciones	231
4.1.3	Instrumentos internacionales en y para la disputa por la salud y los derechos de los Pueblos Indígenas	235
4.1.4	La Ley 100 de 1993: la nueva invisibilidad indígena en el mundo del mercado de la salud.....	242
4.2	Entre la resistencia y la adaptación subordinante: 1993-2001	255
4.2.1	Entre el rechazo a la Ley 100 y las primeras negociaciones, 1993-1997	255
4.2.2	Las Administradoras de Recursos de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena: Entre la imposición y la apropiación 1997-2001	270
4.2.3	Nueva fase de luchas indígenas por el cumplimiento de acuerdos y el gobierno de Floro Tunubalá 1998-2001.....	278
4.3	La Ley 691 La nueva visibilidad subordinada a la Ley 100	291
4.4	Balance para una nueva era de negociaciones	306
5	De la política de salud indígena para otros a la política indígena de salud desde los otros, en el contexto de las luchas sociales y la seguridad democrática 2002-2010	310
5.1	La Seguridad Democrática y su impacto para los Pueblos Indígenas.....	311
5.2	Disputas indígenas por la adaptación operativa y la adecuación sociocultural de la Ley 100 en medio de nuevas formas de resistencia	315
5.2.1	Los acuerdos del CNSSS y otras nomas en salud indígena: tensiones por la cofinanciación y las ARS-I en el mercado de la salud.....	315
5.2.2	El CRIC y el movimiento indígena en una nueva etapa de resistencias	319
5.2.3	Los alcances y límites de la adecuación sociocultural en el Acuerdo 326 y otras normas, 2005-2007.....	322

5.2.4	La Ley 1122 de 2007: nuevo paso en la privatización del SGSSS, la homogenización e invisibilidad indígena	334
5.2.5	Primeros pasos hacia una política nacional de salud indígena propia incluido un Régimen Especial Indígena en Salud-REIS.....	336
5.2.6	Las políticas internacionales de medicina tradicional y la Declaración Universal de los derechos de los Pueblos Indígenas: Nuevos elementos escenarios para las luchas indígenas.....	347
5.3	2008-2010: Hacia la emergencia de un Sistema de Salud Propio e Intercultural en medio de la crisis del SGSSS.....	354
5.3.1	La Sentencia T-760 de 2008, crisis del SGSSS, homogenización e invisibilidad de los Pueblos Indígenas.....	355
5.3.2	La disputa política entre gobierno nacional y CRIC y los sucesivos ajustes del SGSSS	360
5.3.3	El nacimiento del Sistema de Salud Indígena en el Décimo Tercer Congreso del CRIC 2009.....	367
5.3.4	La Emergencia Social en Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI del movimiento indígena nacional en Villeta 2010	378
5.4	Balance preliminar del periodo. Entre mayor adaptación al SGSSS, mayor necesidad de desarrollar un sistema propio de salud	384
6	El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI: Nueva fase de disputa entre autonomía e integracionismo de mercado en tiempos de paz, 2010-2017.....	388
6.1	El CRIC legisla y adopta el SISPI mediante Resolución 001 de 2011.....	391
6.2	Políticas públicas contradictorias para Pueblos Indígenas y nueva ola de movilizaciones.....	400
6.2.1	Alcances de la consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: “Prosperidad para todos” y sus implicaciones en salud.....	401
6.2.2	La Ley 1438 un nuevo intento de paliar la crisis del SGSSS que invisibiliza una vez más al sujeto político indígena	406
6.2.3	Dinámicas y disputas en medio de la adecuación del SGSSS y la presión indígena por el SISPI.....	409
6.3	Nuevos reconocimientos y exclusiones: Del SISPI autónomo, a su cooptación estatal y al tránsito del CRIC por fuera de la Ley 100.....	421
6.3.1	Consultar lo específico y no consultar lo general, formas de la disputa política para una inclusión subordinante: Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.....	422
6.3.2	El Decreto 1953 de 2014, entre el reconocimiento y la inclusión subordinante del SISPI dentro del SGSSS.	425
6.3.3	La Ley Estatutaria: derecho fundamental a la salud y SISPI en la lógica del SGSSS	444
6.3.4	Negociación y resistencia: el CRIC en tránsito hacia el SISPI en los territorios mientras define como propósito salir de la Ley 100	448
6.4	BALANCE DEL PERIODO:.....	463
7	Conclusiones	465
	Bibliografía	487

Lista de siglas

Sigla	Término
<i>ACNUDH</i>	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
<i>ACS</i>	Agentes Comunitarios de Salud
<i>ACICAL</i>	Asociación de Cabildos de Caldas
<i>AD- M19</i>	Alianza Democrática- Movimiento 19
<i>ACIN</i>	Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca
<i>AIEPI</i>	Atención Integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia
<i>AIC</i>	Asociación Indígena del Cauca
<i>AICO</i>	Autoridades Indígenas de Colombia
<i>AISO</i>	Autoridad Indígena del Sur Occidente
<i>ANC</i>	Asamblea Nacional Constituyente
<i>ANUC</i>	Asociación Nacional de Usuarios Campesinos
<i>ASOMETROC</i>	Asociación de Médicos Tradicionales del Occidente de Caldas
<i>APS</i>	Atención Primaria en Salud
<i>ALC</i>	Acuerdo de Libre Comercio de las Américas
<i>ARS</i>	Administradora del Régimen Subsidiado
<i>ARSI</i>	Administradora del Régimen Subsidiado Indígena

Sigla	Término
<i>ASI</i>	Alianza Social Indígena
<i>ASOCRIT</i>	Asociación de Cabildos indígenas del Tolima
<i>DRI</i>	Fondo de Desarrollo Rural Integrado
<i>CAOI</i>	Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas
<i>CAPIC</i>	Comité Asesor de Política Indigenista para el departamento del Cauca
<i>CIDH</i>	Comisión de Derechos Humanos
<i>CIT</i>	Confederación Indígena Tayrona
<i>CRES</i>	Comisión Reguladora de Salud
<i>CNSSS</i>	Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social
<i>CONAIE</i>	Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador
<i>CONPES</i>	Consejo Nacional de Política Económica y Social
<i>CRIC</i>	Consejo Regional Indígena del Cauca
<i>CRIDEC</i>	Consejo Regional Indígena de Caldas
<i>CRIT</i>	Cabildo Regional Indígena del Tolima
<i>DRI</i>	Fondo de Desarrollo Rural Integrado
<i>CRIVA</i>	Consejo Regional Indígena del Vaupés
<i>CTNSPI</i>	Comisión Técnica Nacional de Salud Propia e Intercultural
<i>CUT</i>	Central Unitaria de Trabajadores
<i>DANE</i>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<i>DDHH</i>	Derechos Humanos
<i>DPS</i>	Prosperidad Social
<i>ECUARUNARI</i>	Confederación de Pueblos de la Nacionalidad Kichwa del Ecuador
<i>EAPB</i>	Entidad Administradora de Planes de Beneficio
<i>EPL</i>	Ejército Popular de Liberación
<i>ELN</i>	Ejército de Liberación Nacional
<i>EPS</i>	Empresas Promotoras de Salud

Sigla	Término
<i>EPS-I</i>	Empresas Promotoras de Salud Indígena
<i>ESE</i>	Empresa Social del Estado
<i>ETI</i>	Entidades Territoriales Indígena
<i>FARC-EP</i>	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo
<i>FECODE</i>	Federación Colombiana de Educadores
<i>FENALTRASE</i>	La Federación Nacional de Trabajadores al Servicio del Estado
<i>FILAC</i>	Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe
<i>FIS</i>	Fondo de Financiamiento Indígena en Salud
<i>GOBI-FF</i>	Crecimiento y Desarrollo, Hidratación Oral, Lactancia Materna, Suplemento Alimentario y Planificación Familiar
<i>ICANH</i>	Instituto Colombiano de Antropología e Historia
<i>ICFES</i>	Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior
<i>INCORA</i>	Instituto Colombiano para la Reforma Agraria
<i>IPS</i>	Instituciones Prestadora de Servicios
<i>IPS-I</i>	Instituciones Prestadora de Servicios Indígenas
<i>M19</i>	Movimiento 19 de a Abril
<i>MAQL</i>	Movimiento Armado Quintín Lame
<i>MIAS</i>	Modelo Integral de Atención en Salud
<i>MIC</i>	Movimiento indígena colombiano
<i>MPS</i>	Ministerio de la Protección Social
<i>MRL</i>	Movimiento Revolucionario Liberal
<i>MPC</i>	Mesa Permanente Nacional indígena
<i>MSPS</i>	Ministerio de Salud y Protección Social
<i>MTCA</i>	Medicina Complementaria, Alternativa o No Convencional
<i>NCP</i>	Nueva Constitución Política

Sigla	Término
<i>OIA</i>	Organización Indígena de Antioquia
<i>OIT</i>	Organización Internacional del Trabajo
<i>ONG</i>	Organizaciones no Gubernamentales
<i>ONIC</i>	Organización Indígena Nacional de Colombia
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OPIAC</i>	Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>OREWA</i>	Asociación de Cabildos Indígenas Wounaan, Embera Dobida, Katío, Chamí y Tule del departamento del Chocó
<i>OZIP</i>	Organización Indígena Zonal del Putumayo
<i>PNR</i>	Plan Nacional de Rehabilitación
<i>PAB</i>	Plan de Atención Básica
<i>PAIS</i>	Política de Atención Integral en Salud
<i>PIDESC</i>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<i>PND</i>	Plan Nacional de Desarrollo
<i>POS</i>	Plan Obligatorio de Salud
<i>POSI</i>	Plan Obligatorio de Salud Indígena
<i>POS-S</i>	Paquete Obligatorio de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado
<i>PRODEIN</i>	Programa Nacional de Desarrollo de las poblaciones indígenas
<i>PRT</i>	Partido Revolucionario de los Trabajadores
<i>REIS</i>	Régimen Especial Indígena en Salud
<i>SEIP</i>	Sistema Educativo Indígena Propio
<i>SGP</i>	Sistema General de Participación
<i>SGSSS</i>	Sistema General de Seguridad Social en Salud

Sigla	Término
<i>SGSSS-ADRES</i>	Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
<i>SILOS</i>	Sistemas Locales de Salud
<i>SNS</i>	Sistema Nacional de Salud
<i>SISBEN</i>	Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales
<i>SISPI</i>	Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
<i>SUIIN</i>	Sistema Único de Información Indígena
<i>TLC</i>	Tratado de Libre Comercio
<i>UAIN</i>	Universidad Autónoma Indígena
<i>UNCEK</i>	Unión de Cabildos Emberá Katios
<i>UNICEF</i>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<i>UPC</i>	Unidad de Pago por Capitación
<i>USO</i>	Unión Sindical Obrera

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Razón de Mortalidad Materna en Población Indígena y No Indígena, Colombia 2009-2013.	33
Gráfico 2: Tasa de Mortalidad Infantil en Población Indígena y No Indígena, Colombia 2009-2013.	33
Gráfico 3: Desarmonías identificadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena y el Programa de Salud del CRIC.	38
Gráfico 4: Esquema básico del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS	245
Gráfico 5: Estructura orgánica del sistema de salud indígena.....	375
Gráfico 6: Estructura operativa del sistema de salud indígena.....	375
Gráfico 7: Propuesta de SISPI cauca 2010.....	399

Lista de Mapas

Mapa 1: Ubicación de Pueblos y Resguardos Indígenas en Colombia	13
Mapa 2: Participación de Indígenas, respecto a la población total departamental	14
Mapa 3: Ubicación espacial de los Pueblos Indígenas en el Cauca.	22
Mapa 4: Resguardos Indígenas del Cauca.....	23
Mapa 5: Violación a los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas de Colombia y el Cauca y distribución de las áreas mineras con títulos y solicitudes de titulación en sus territorios.....	28
Mapa 6: Cambios en las áreas de cultivos de uso ilícito en Colombia y el Cauca 1980-2016.	29

Lista de Tablas

Tabla 1: Resumen de Entrevistas.....	60
Tabla 2: Implicaciones de acuerdo y decretos ejecutivos.	316

Introducción

El estudio de la configuración de las políticas públicas en salud indígena en Colombia entre 1971 y 2017 revela que éstas han sido el resultado de una profunda disputa de poderes y saberes entre los Pueblos Indígenas¹ –en tanto sujeto político emergente, inicialmente bajo la figura del Consejo Regional Indígena (CRIC)– y el Estado, y el régimen político en medio de su largo proceso de modernización y la sociedad en general.

El CRIC, creado en 1971 en el Cauca alrededor de las luchas por la recuperación de la tierra, la unidad y la cultura, desafiaba la matriz racista, violenta y excluyente de los poderes políticos, culturales y económicos encarnados principalmente en los terratenientes y la Iglesia.

De esta forma, la emergencia del sujeto político indígena, primero en el Cauca y muy pronto en el resto del país, se convirtió en uno de los fenómenos sociopolíticos más importantes

¹ Se adopta el concepto de Pueblos Indígenas en el sentido que refleja un proceso de disputa política, social y jurídica de larga duración durante el siglo XX y cuya interpretación positiva se materializa específicamente en el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo-OIT al determinar que este aplica para los grupos tribales en países independientes que se diferencian de la colectividad nacional y que se rigen por sus tradiciones y para aquellos pueblos que pertenecían al país o a una región geográfica a la que pertenece el país en el momento de la conquista o la colonización o la delimitación posterior de fronteras (Oliva, 2012). No obstante y aunque las implicaciones en el derecho internacional y nacional genera tensiones y disputas, el concepto de Pueblo desafía los proyectos liberales de nación homogénea y hace referencia a procesos emancipatorios que pugnan por grados diversos de reconocimiento, autonomía y autodeterminación dentro de un país con expresión variable como en el caso de la República Plurinacional de Bolivia y del Estado Plurinacional del Ecuador, donde la plurinacionalidad no implica la fractura territorial del país o en el caso colombiano busca el reconocimiento de las entidades territoriales gobernadas por los Pueblos Indígenas.

en la historia reciente, porque marcó el inicio de las luchas políticas como proyectos culturales (Alvarez, Dagnino, & Escobar, 2001), étnico-territoriales, por el derecho a la autonomía y la diversidad política y epistémica (Walsh, 2005). Todo esto como parte de un ejercicio que retomaba y resignificaba el legado de resistencia y emancipación de Quintín Lame durante el siglo XX, las luchas campesinas y sociales de los años 60 y los aportes de las ciencias sociales en ruptura con el indigenismo integracionista del Estado.

La disputa política entre Pueblos Indígenas y Estado se ha caracterizado porque ha asumido la lógica de una espiral de resistencia indígena y violencia política racializada estatal que, aunque se modifica en cada movimiento, al mismo tiempo reitera los términos de las relaciones de poderes y saberes de la misma. Tal disputa en espiral, aunque pareciera avanzar, también retrocede, aunque siempre en un nivel distinto porque el régimen y el sujeto político indígena en el camino del espacio y el tiempo se han venido transformando, por lo tanto, no son esencialmente los mismos, aunque permanezcan en uno y otro, elementos distintivos.

En los 47 años que cubre esta investigación se observa que tal espiral está compuesta por procesos secuenciales y paralelos de resistencia y movilización de los Pueblos Indígenas y de violencia, represión y violaciones de DDHH en medio de lógicas combinadas y dependientes de terratenientes, actores armados, intereses económicos empresariales legales e ilegales y del Estado, que han producido miles de violaciones de derechos humanos (Villa & Houghton, 2005); incluidos más de 3.000 asesinatos, decenas de miles de desplazados y riesgo de extinción del 65%² de los Pueblos Indígenas, con una alta afectación en el Cauca indígena organizado en el CRIC.

En esta trayectoria hay momentos de diálogo, negociación y acuerdos parciales entre Pueblos Indígenas y Estado; seguidos de incumplimientos, nuevas demandas indígenas y nuevas exigencias del régimen político y la institucionalidad del Estado. En este contexto deviene contenciosamente la configuración, por un lado, de las *políticas de salud indígena estatal* para la *otredad* (Restrepo E. , 2007), basadas en el modelo biomédico (Portela

² “Organizaciones de sociedad civil denunciaron hoy las graves violaciones de derechos humanos enfrentadas por diversos Pueblos Indígenas de Colombia -ocurridas en el marco del conflicto armado interno-, que han puesto a un 65% de esta población en riesgo de extinción” (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Guarín & Portela García, 2018) hegemónico de occidente y la fase neoliberal del capitalismo y, por otro lado, una *política indígena de salud* de los Pueblos Indígenas con grados diversos de gobernabilidad y autonomía en su lucha por *apropiar-modificando* lo impuesto, y por recuperar sus cosmovisiones y saberes diversos en el marco de la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio³.

Tal proceso de configuración se ha expresado en la transformación de las instituciones, las normas y los programas de salud al interior de los Pueblos Indígenas y del Estado. Dicho proceso ha transitado entre el asimilacionismo que homogeniza aniquilando o disolviendo y diversas formas de integracionismo que reconoce la diferencia pero que la subordina a las estructuras de poder y saber hegemónicas-; y que en la fase neoliberal se podría denominar integracionismo de mercado, expresado en el actual Sistema de Seguridad Social en salud-SGSSS que se ha denominado de pluralismo estructurado (Frenk & Londoño, 1993).

Entre tanto de manera autónoma, pero también en contestación a dicha dinámica subordinante, los Pueblos Indígenas, en particular el CRIC, han venido fraguando un sistema propio basado en la medicina tradicional y en una interculturalidad orientada al establecimiento de relaciones de poderes y saberes más simétricos y, por lo tanto, a la coexistencia de diversidades epistémicas y políticas. Se revelará cómo este sistema propio inicia muy ligado a acompañar y proteger las luchas por la tierra y las movilizaciones desafiantes del régimen político, que progresivamente se transformaron en la perspectiva autónoma de gobernar interculturalmente la salud en los territorios.

Estos hechos se tornan de gran importancia para la investigación en salud pública porque representan retos teóricos y metodológicos para el abordaje de las políticas y sistemas de salud en sociedades diversas y pluriculturales que, como en el caso colombiano, se construyen en medio del conflicto, la inequidad y la injusticia y cuya superación requiere del diálogo y el acuerdo entre distintos en igualdad de condiciones.

³ La Ley de Origen explica los fundamentos histórico-culturales de cada Pueblo Indígena; el Derecho Mayor se refiere a la normatividad aplicable en cada contexto histórico y sociocultural y derivada de los ancestros y los mayores y el derecho propio concreta en la vida social y cotidiana las formas apropiadas de relacionamiento entre el ser humano, los demás seres vivos incluida la madre tierra y el territorio y las autoridades.

El objetivo de esta investigación es explicar el proceso dinámico, contencioso, interrelacionado y contingente de la configuración de la política pública en salud indígena en Colombia entre 1971 y 2017; en sus expresiones estatales e indígenas, a través de la observación de las transformaciones institucionales, normativas y programáticas con las respectivas conceptualizaciones de salud subyacentes que se han operado en el seno de la acción colectiva del sujeto político indígena y la dinámica relacional, histórica y situada del Estado y el régimen político (Jessop, 2017).

Resulta imperativo en el campo de la salud pública abordar el tema de las políticas de salud, desde la disputa entre movimientos sociales y la institucionalidad estatal, en un marco de interculturalidad y acción colectiva, por cuanto el énfasis está en observar cómo se construyen sujetos y dinámicas sociales para una nueva salud pública –más allá de la oferta insostenible de servicios y tecnologías en salud– que aspira a materializar derechos económicos, sociales y culturales para la dignidad y el bienestar integral de los individuos, sus comunidades y la sociedad en general.

Se aborda la política pública como expresión de una disputa política (McAdam, Tarrow, & Tilly, 2005), en la que el sujeto político indígena de naturaleza colectiva es protagónico y la salud se entiende como derecho en un marco de interculturalidad que da cuenta de la dinámica de las relaciones de poder y de saber fundamentalmente entre Pueblos Indígenas, Estado y régimen político que se aproximan en disputa permanente, en este caso inmersas en el racismo y una exclusión que reproduce improntas coloniales. Las políticas públicas en este caso, si bien son las producidas por el Estado, también son aquellas que desarrollan los Pueblos Indígenas en tanto sujetos territoriales con autoridades, instituciones, normativas y programas de acción propios en el marco de un proyecto político cultural (Alvarez, Dagnino, & Escobar, 2001).

El marco heurístico de abordaje de la investigación es cualitativo, se ubica en la teoría crítica y la perspectiva decolonial al considerar la realidad como devenir sociohistórico y cultural, que refleja las dinámicas asimétricas del poder y de las diversidades del saber, y de sus consecuencias clasificatorias y racializadoras de origen e impronta colonial en el marco del sistema mundo moderno (Wallerstein, 1979). También partimos de los desarrollos críticos

latinoamericanos que aportan en la deconstrucción de la colonialidad del poder, del saber, del ser y de la naturaleza (Walsh, 2008), así como el reconocimiento de la heterogeneidad estructural de todos los mundos de existencia social (Quijano, 2000). El objeto de investigación se considera de naturaleza subjetiva, concreta e histórica, por lo tanto, no está predeterminado y no existe independiente en la realidad. Debe advertirse que el investigador ha sido parte de este proceso entre 1988 y 2017, y ha sido testigo de muchos de los hechos aquí descritos y analizados, por lo que se advierte sobre las eventuales ventajas y desventajas de la cercanía con dicho proceso, frente a lo cual se ha hecho el mayor esfuerzo posible para no comprometer la rigurosidad de la investigación.

Desde el punto de vista instrumental y operativo se aplicó el análisis crítico del discurso presente en normas y programas de acción estatales e indígenas, a partir de la información recogida de entrevistas a actores protagonistas del proceso de configuración de las políticas públicas en salud indígena. Se hizo una exhaustiva revisión de la totalidad de los periódicos *Unidad Indígena* del CRIC entre 1975 y 1993, y de la prensa local y nacional durante los 47 años de la investigación, a través de la base de datos del Centro de Investigación y Educación Popular-CINEP y la colección de prensa de la Biblioteca Nacional. Esta búsqueda no solo incluyó información sobre las luchas indígenas en general y por la salud, sino sobre las características de la disputa política presente en la configuración de las políticas de salud indígena, para lo cual se trabajó sobre cerca de 175 noticias e informes seleccionados entre 1973 y 2017.

Se adelantó una recopilación y análisis de las leyes, decretos, resoluciones y acuerdos que han materializado la política de salud indígena, así como de todas las gacetas constitucionales que hicieron parte de la construcción contenciosa de la Constitución Nacional de 1991, y del Congreso de la República relacionadas con el trámite de la Ley 100 de 1993, Ley 691 de 2001 y Ley Estatutaria, igualmente, aquellas sentencias de la Corte Constitucional relacionadas con la temática. Especial revisión se hizo de la documentación normativa y técnica de la Organización Panamericana de la Salud y de la normatividad internacional sobre Pueblos Indígenas.

Finalmente, se consultaron las memorias de los 15 congresos del CRIC entre 1971 y 2017 y los 9 congresos de la ONIC entre 1982 y 2016; las resoluciones y mandatos del CRIC en

materia de salud, las actas de acuerdo y los instrumentos de política surgidos de las negociaciones como resultado de las movilizaciones más importantes en el periodo estudiado, y el material gris del centro de documentación de la Universidad Autónoma Indígena Intercultural-UAIN del CRIC que soportan buena parte de los desarrollos institucionales y programáticos de la política indígena de salud producida por el CRIC en estos 47 años.

El trabajo aborda cinco periodos históricos entre 1971 y 2017 delimitados por hitos de política pública en su expresión estatal e indígena, relevándose los cambios en el sujeto político, encarnado principalmente en el CRIC y en el proceso de modernización del régimen político a lo largo de los diferentes gobiernos en el seno de los cuales se construyen normas, instituciones y programas de salud indígena que van revelando la dinámica contenciosa de 4 ejes clave en la discusión de las políticas de salud pública: los modelos de comprensión y acción en salud; las formas de gobernar y administrar la salud; la formación, el perfil y el papel del personal de salud; y la estructuración y sentido de los servicios de salud.

El primer periodo inicia con la emergencia del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) en 1971, como organización que dinamizará con una plataforma política propia el proceso de organización indígena en el país y como hecho icónico que inicia la superación de la invisibilidad de los Pueblos Indígenas en Colombia. Este período va hasta 1990 y registra el conjunto de acontecimientos y acciones colectivas, que derivan en la activación de los primeros hitos de política pública estatal en salud –la Resolución 10013 de 1981 y el Decreto 1811 de 1990– en el marco del Sistema Nacional de Salud y la Ley 10 de 1990. Estos definen la primera institucionalidad pública específica con sus enfoques integracionistas de las medicina tradicionales y de los componentes prestacionales, de personal en la figura de promotores de salud indígena, y de adopción de la gratuidad en el sentido liberal racializado de la incapacidad de pago.

Por otra parte, se analiza el surgimiento y el desarrollo de instituciones indígenas propias como el Programa de Salud del CRIC, que lidera las acciones y demandas en salud como herramienta de apoyo a las luchas de resistencia y movilización con agendas programáticas propias: agentes de salud y recuperación de las medicinas tradicionales en un contexto que

desafía el asimilacionismo y el integracionismo multicultural en sus dimensiones nacionales e internacionales. En este mismo sentido, surge el Programa de Salud de la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC y las estructuras de salud en algunas regionales como la Organización Indígena del Tolima-CRIT.

El segundo periodo, entre 1990 y 1991, se centra en el proceso preconstituyente, el desarrollo de la Asamblea Nacional Constituyente y la expedición de la nueva Constitución Política de 1991; resaltándose la participación indígena y las emergentes condiciones de visibilidad política y normativa, expresadas en el principio fundamental a nivel constitucional del reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la nación y la obligatoriedad de su protección por parte del Estado; traducida en cerca de 20 artículos específicos en materia de autoridad, territorialidad, justicia, educación y cultura entre otros. En este marco, queda trazada una nueva arena política para la disputa entre Pueblos Indígenas y Estado para la configuración de las políticas públicas étnicas, incluidas las de salud, que en la nueva carta es declarada servicio público, con lo que se abre a la privatización y al mercado de bienes sociales.

El sujeto político indígena, desde ese momento tendrá que moverse en una lucha entre derechos y mercado como matriz de realización de los mismos, en medio de lo que se ha denominado una constitución bifronte que es al garantista, multicultural y descentralizada y al mismo tiempo neoliberal, privatizadora y centralizada con la preeminencia de las funciones de regulación para el Estado.

El tercer periodo, entre 1992 y 2001, analiza los antecedentes y la lógica de la Ley 100 de 1993, que organiza el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el país, bajo un modelo de pluralismo estructurado de naturaleza pública, pero administrado por privados a través de procesos de intermediación administrativa y financiera. En el caso de los Pueblos Indígenas produce una nueva invisibilidad, ahora por la vía de la homogenización con todos aquellos sujetos sin capacidad de pago que deben ser subsidiados, pero que pueden organizar empresas administradoras y prestadoras de servicios de salud.

En este periodo se presenta el proceso de disputa política, jurídica, técnica y social que, de una resistencia radical del CRIC al nuevo SGSSS, transita en conjunto con el movimiento indígena nacional a la negociación y adaptación parcial y progresiva del mismo en condiciones que no afectan su estructura, mientras que incorpora subordinando algunas dimensiones de los derechos de los Pueblos Indígenas.

En este marco nacen las empresas administradoras y prestadoras de servicios de salud indígenas y se hacen ajustes normativos parciales para hacerlas funcionales al SGSSS. Entre tanto, la institucionalidad propia del CRIC en cabeza del Programa de Salud mantiene el liderazgo de la agenda política con un nivel alto de tensión con el nuevo actor empresarial al interior de la organización; alrededor de lo que significa no debilitar la autoridad indígena, mantener la medicina tradicional como vertebradora de la salud al interior de los territorios y defender el rol de los promotores de salud indígena como líderes comunitarios, y no como correas de transmisión administrativa dentro del nuevo modelo del SGSSS.

Finaliza el periodo con la expedición de la Ley 691, que condensa la normatividad de adecuación sociocultural del SGSSS frente a los Pueblos Indígenas en medio de tensiones, por un lado, entre el gobierno que pretende homogenizar la participación indígena en el mercado y las de la Corte Constitucional que defiende la particularidad dentro de dicha lógica, y por otro lado, entre el CRIC que insiste en un Régimen Especial Indígena y el movimiento indígena nacional que, por lo pronto, no lo considera viable.

En el cuarto periodo, entre 2002 y 2010, se analiza la continuidad del proceso contencioso de adaptación operativa y sociocultural de un SGSSS en crisis en medio de nuevas formas de movilización social y resistencia indígena frente a la profunda violencia política, los acuerdos de libre comercio, la privatización y la política depredadora del territorio de la Seguridad Democrática de los dos gobiernos del presidente Uribe, y en medio de las dinámicas internacionales en materia de Pueblos Indígenas que permiten y explican el surgimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI como una expresión de la configuración de la política indígena de salud en contestación y resistencia al SGSSS.

Finalmente, en el quinto periodo entre el segundo semestre de 2010 y 2017, que transcurre bajo el gobierno del presidente Santos, si bien el régimen político mantiene una impronta neoliberal y de violencia política, se inicia y concreta en condiciones de fragilidad el acuerdo

de paz con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-FARC. En este periodo se vive una fuerte movilización indígena en el Cauca y en el país que busca enfrentar la violencia, defender la vida y la integridad de la madre tierra, exigir el cumplimiento de cientos de acuerdos pactados por lo menos en los últimos 20 años y la participación vinculante en el proceso de paz.

En este contexto la disputa entre Pueblos Indígenas y Estado en materia de salud indígena avanza en paralelo por el camino de la continuidad de la adaptación operativa y sociocultural de lo indígena en el SGSSS, por el de la negociación del SISPI para que sea adoptado como política pública que termina en un nuevo ejercicio de integración subordinante representado en el Decreto 1953 de 2014 y por el del ejercicio autónomo y de resistencia, que en el caso del CRIC culmina con la decisión de transitar por fuera del SGSSS mientras se construye el SISPI en 2017.

El presente estudio, espera contribuir al desarrollo de una nueva salud pública orientada a la garantía del derecho a la salud como condición y como consecuencia de la transformación de la sociedad en un proceso emancipatorio que, a partir de la diversidad política y epistémica, permita la defensa y la dignificación de la vida y de los territorios. En particular este trabajo busca aportar a:

- La construcción de una historia de la salud pública y de las políticas de salud indígena en Colombia, a partir del análisis de las luchas sociales por la salud, en este caso las adelantadas por los Pueblos Indígenas en Colombia.
- La comprensión de la importancia teórica, metodológica y política del seguimiento de las luchas sociales a partir del análisis de la configuración de los sujetos políticos y sus condiciones de producción y desarrollo.
- El análisis de las políticas públicas en particular de salud como procesos de construcción contenciosa de poderes y saberes en relación asimétrica y cambiante entre el Estado, el régimen político y la sociedad en toda su diversidad política y epistémica. Adicionalmente, y en esta misma línea, avanzar en el análisis de las políticas públicas no solo como productos estatales que reflejan en mayor o menor

medida sus dinámicas internas y relacionales con la sociedad, sino como construcciones y realidades en el seno de los sujetos políticos y sus organizaciones. Finalmente, que tales análisis deben reconocer el marco complejo y cambiante del régimen político como entramado concreto que integra material y simbólicamente en cada momento las relaciones entre Estado, institucionalidad y gobierno con las diversas fuerzas políticas, económicas, sociales y culturales de la sociedad y la dinámica internacional.

- La comprensión del carácter excluyente, violento y racista del régimen político colombiano como impronta determinante en la configuración de las políticas públicas en general y de salud en particular. Esto implica aportar a comprender la espiral contenciosa, secuencial y en paralelo de resistencia, demanda, movilización, represión, negociación, acuerdo e incumplimiento.
- En la profundización de los estudios interculturales orientados a desentrañar las relaciones de colonialidad del poder que inferioriza y explota, del saber que ignora y usurpa, del ser que niega y de la naturaleza que destruye. Esto en salud significa avanzar en la comprensión de las relaciones de poder que rigen el modelo subyacente al SGSSS e imponen la garantía del derecho a la salud como acceso a servicios individuales dependientes de la capacidad de pago, las implicaciones del saber médico hegemónico que ignora el saber colectivo, pero la valora cuando lo usurpa y lo incorpora como medicamento en el mercado, que niega la existencia de lo diverso con poder y que destruye territorios mientras medicaliza y fragmenta individuos.
- Aportar en los estudios y debates para la configuración conjunta con los Pueblos Indígenas y las diversidades de sistemas de salud universales, gratuitos, plurales donde la garantía del derecho a la salud incluya el derecho a vivir bien, a la diversidad de saberes y a gobernar local y participativamente tales sistemas.

1 La perspectiva de análisis

En este capítulo se desarrolla, en primer lugar, una aproximación a la caracterización de los Pueblos Indígenas en Colombia desde donde se estructuran las preguntas de investigación, para luego pasar al marco conceptual y metodológico de abordaje de las mismas.

1.1 Construyendo el problema de investigación

En esta sección se presentan una serie de aspectos que dan cuenta de la situación de los Pueblos Indígenas en la perspectiva de la construcción del problema de investigación en relación con la configuración de la política de salud indígena en la expresión estatal e indígena. En su orden se aborda la caracterización poblacional y territorial, para luego presentar el panorama de la violencia política y de violación de los derechos humanos como impronta en medio de la cual, y a pesar de ella, se ha desenvuelto el proceso de disputa entre Pueblos Indígenas, Estado y régimen político

A continuación, se presenta un aspecto central para el proceso explicativo en el que se empeña este trabajo, relacionado con el reconocimiento y valoración del papel de la diversidad epistémica, axiológica y praxiológica de los Pueblos Indígenas en la configuración de las políticas de salud indígena. Desde esta perspectiva se continúa con el análisis de dos campos problemáticos, tierras y territorios, economía y ambiente que en diálogo con el enfoque de la determinación social contribuyen a explicar la naturaleza de las tensiones, alrededor de las cuales se ha desarrollado la disputa entre los Pueblos

Indígenas, el Estado y el régimen político para la construcción de las políticas de salud indígena.

Poblaciones y Territorialidad: habitualmente se presentan cifras sobre los grupos étnicos, incluidos los Pueblos Indígenas, haciendo abstracción de la conceptualización subyacente y contenciosa, que en este caso expresa una larga lucha contra el racismo y la exclusión en la estructuración teórica, metodológica y operativa de los indicadores y los procesos censales.

Esto resulta relevante, porque todo lo que se dice de la otredad, siempre debe decodificarse y localizarse históricamente para poder comprender los alcances de la información disponible. Lo que se encuentra es que la población indígena ha sido definida a lo largo de los 11 censos realizados en Colombia desde 1905 y 2005 por criterios que han ido desde la caracterización fenotípica de corte racializada que hace el encuestador, hasta la introducción del autoreconocimiento, por primera vez en 1985, por presión del sujeto político indígena en cabeza de la ONIC y el CRIC⁴.

No obstante, es en 1993 tras la expedición de la nueva constitución política y en el censo de 2005, que bajo la constante presión del movimiento indígena se profundiza el criterio de autoreconocimiento y la participación parcial de las organizaciones indígenas en la realización de las encuestas; arrojando un número de 1.392.263 personas equivalente a un 3,43% de la población general, registrándose un salto del 120% con respecto al censo de 1993, cuando la población indígena se estimó en un 1,61% (DANE, 2007). Finalmente, según el censo de 2018 (DANE, 2019) la población indígena del país aumentó un 36,8%, alcanzando 1.905.617 habitantes, consolidándose, desde nuestra perspectiva de análisis, que el creciente nivel de participación de incidencia del sujeto político indígena, en relación con el reconocimiento y las dinámicas de los censos, influye en este marcado crecimiento que se registra con el último censo.

⁴ El CRIC durante el año 1975 a cuatro años de su creación realizó un censo con el apoyo del ministerio de gobierno con el fin de visibilizar su existencia y sustentar las necesidades de tierras en los procesos de resistencia, movilización y negociación. El discurso racializado de la otredad, siempre consideraba absolutamente minoritaria la población indígena del departamento del Cauca como argumento para justificar la no necesidad de redistribución y compra de tierras para los indígenas.

Los Pueblos Indígenas viven principalmente en territorios de resguardo⁵. En la actualidad existen 710 resguardos titulados, ubicados en 27 departamentos y en 228 municipios del país, que ocupan una extensión aproximada de 34 millones de hectáreas, el 29,8% del territorio nacional (DANE, 2007). En estos resguardos se asientan 102 Pueblos Indígenas. La mayor parte de estos territorios constituyen ecosistemas estratégicos para el país y para el gran capital, como la Sierra Nevada de Santa Marta, la Amazonía, El Chocó Biogeográfico y el Macizo Colombiano entre otros. En el siguiente mapa se presenta la ubicación de los 102 Pueblos Indígenas en los 710 resguardos existentes en el país.

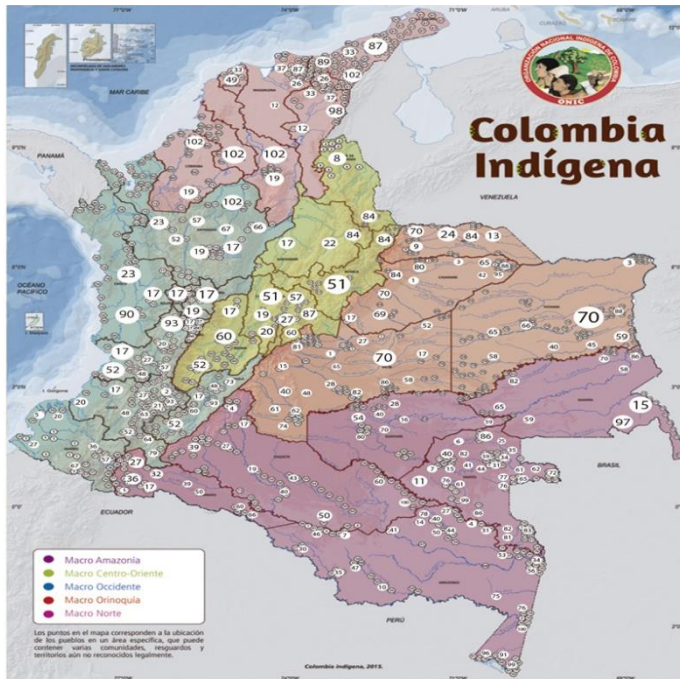
Mapa 1: Ubicación de Pueblos y Resguardos Indígenas en Colombia

Tabla listado de Pueblos Indígenas

1- Achagua	34- Karilona	68- Quilzóg
2- Ambalís	35- Kawiyari	69- Saliba
3- Amorúa	36- Kofán	70- Sikuaní
4- Andoque	37- Kogui	71- Siona
5- Awá	38- Kokonuco	72- Taiwano-Eduría
6- Bará	39- Koreguaje	73- Tama Dujo
7- Barasano	40- Kubeo	74- Tanigua
8- Bari	41- Letuama	75- Tanimuca
9- Beyote	42- Maibén	76- Tariano
10- Bora	Masiware -	77- Tatuyo
11- Carapana	Podipodi	78- Tikuna
12- Chimila-Ette Eneka	43- Makaguaje	79- Totoró
13- Chiricoa	44- Makuna	80- Tsiripu
14- Cocama	45- Mapayerri	81- Tubú-Siriano
15- Curripako	46- Matapí	82- Tukano
16- Desano	47- Miraña	83- Tuyuca
17- Embera Chamí	48- Misak	84- U'wa
18- Embera Dóbida	49- Mokane	85- Wamonaé
19- Embera Eyabida	50- Muina murul	86- Wanano
Embera Katio	51- Muisca	87- Wayuu
20- Eperara Siapidara	52- Nasa	88- Wipjijwi-Waupjijwi
21- Guanaco	53- Nonuya	89- Wiwa
22- Guane	54- Nukak	90- Wounaan
23- Gunadule	55- Nutabe	91- Yagua
Tule - Cuna	56- Okaina	92- Yamalero
24- Hitnú - Macaguán	57- Pasto	93- Yanakona-Yanakuna
25- Hupdá	58- Piapoco	94- Yari
Hupdah - Hupdu	59- Piaroa	95- Yaruro
26- Ijku	60- Pijao	96- Yauna
27- Inga	61- Piratapuyo	97- Yeral
28- Jiw	62- Pisamira	98- Yukpa
29- Judpa	63- Polindara	99- Yukuna
30- Juhup - Yuju	64- Pubense	100- Yuri
31- Kakua	65- Puinave	101- Yuruti
32- Kaménsá	66- Quichua	102- Zenú-Senú
33- Kankuamo	67- Quillacinga	

Cantidad de resguardos por cada pueblo Indígena

- Mayor cantidad
-
-
- Menor cantidad

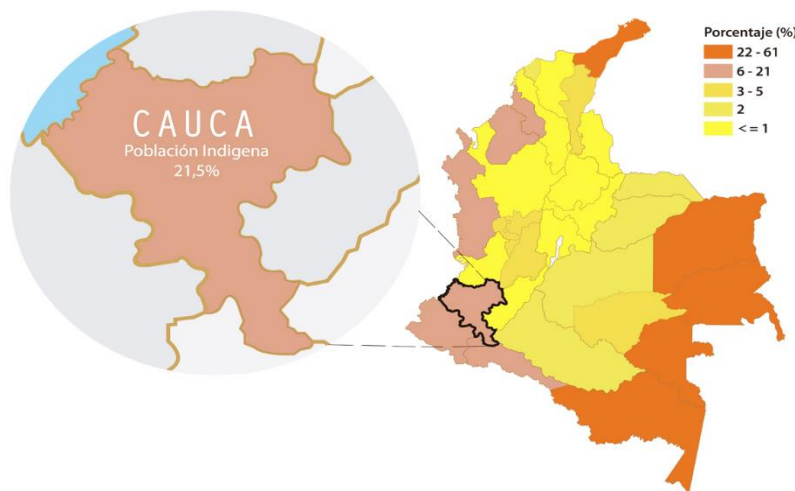


Elaboración: Jaime Urrego - Gustavo Guevara
Fuente: Escuela de Formación Indígena Nacional (EFIN).
Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) - (2015).

⁵ “Los resguardos indígenas son propiedad colectiva de las comunidades indígenas a favor de las cuales se constituyen y conforme a los artículos 63 y 329 de la Constitución Política, tienen el carácter de inalienables, imprescriptibles e inembargables. Los resguardos indígenas son una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio. (Artículo 21, decreto 2164 de 1995)” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Los departamentos con mayor población indígena son Guajira, Cauca, Nariño, Córdoba, Sucre y Tolima, donde se concentra el 64% de la población indígena nacional. Al mismo tiempo son estos donde esta población representa porcentajes entre el 10 y el 44% del total departamental. Los Pueblos Indígenas representan el 21,5% de la población total del departamento del Cauca (DANE, 2007), alrededor de 285.988 personas según datos de la Asociación Indígena del Cauca-AIC, Empresa Promotora de Salud Indígena del CRIC. (CRIC, Urrego J., 2018). El siguiente mapa refleja tal composición en el departamento del Cauca.

Mapa 2: Participación de Indígenas, respecto a la población total departamental



Modificación: Jaime Urrego - Gustavo Guevara
Fuente: Dane - (2005)
<https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/etnias.pdf>

Violencia Política y Violación de derechos humanos: este sujeto político construido desde 1971 con el nacimiento del CRIC, y luego de decenas de organizaciones regionales y nacionales como la ONIC en 1982, como fruto de los procesos de unidad para la recuperación de las tierras y la cultura ha sido sujeto de procesos interrelacionados profundamente determinados por el tipo de Estado y régimen político excluyente, violento y racializado que se han caracterizado por fuertes expresiones de inequidad y violación de derechos humanos.

En efecto, los pueblos y territorios indígenas en Colombia padecen diferentes formas de violencia relacionadas con: 1) habitan áreas de interés estratégico militar económico, social y político para los actores de la guerra en estrecha relación con los intereses del gran capital y el narcotráfico⁶; 2) son sujetos de normas que vulneran ó no desarrollan derechos adquiridos a nivel de participación política, tierras, recursos naturales, salud, educación, etc.; y 3) son sujetos de programas gubernamentales inconsultos y ajenos a sus usos y costumbres⁷. Al mismo tiempo la gran organización social y política de estos pueblos por la defensa de sus derechos y territorios les ha reportado persecución y graves violaciones de derechos humanos.

Existen varios informes y estudios sobre la violencia contra los Pueblos Indígenas y la violación de derechos humanos que cubren diversas variables y periodos históricos. Mientras se terminaba esta investigación se adelantaba la construcción del informe “Tiempos de Vida y Muerte: memorias y luchas de los Pueblos Indígenas en Colombia” construido entre la ONIC y el Centro Nacional de Memoria Histórica, que seguramente recogerá de manera completa y sistemática el panorama de violencia que según el Coordinador del Informe Nacional de Memoria Histórica de los Pueblos Indígenas en Colombia es un:

“(…) genocidio que vivimos actualmente los Pueblos Indígenas en Colombia es una expresión más del racismo y la discriminación estructural que está heredado de la colonia, en donde matar indios, no es un delito, sino una práctica naturalizada en donde se justifica el hecho; una práctica que ha sido continúa y sistemática hacia la gente de la tierra, del agua, del fuego y del aire. Estas violencias de la larga duración aún no terminan. En los tiempos se

⁶ El informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Sr Rodolfo Stavenhagen (Naciones Unidas, 2004) ilustra ampliamente con base en sus observaciones documentales y de terreno obtenidas durante su misión en el año 2004 la situación de violencia y DDHH: “1). Actualmente el entorno natural de los Pueblos Indígenas está sujeto a enormes presiones derivadas de actividades económicas intensivas tales como la explotación forestal, la extracción petrolera, las diversas operaciones mineras (de extracción de oro, carbón, minerales, salitre y otros recursos), y la construcción de megaproyectos hidroeléctricos como la represa Urrá, o la interconexión vial de los países y las regiones amazónicas”. (Naciones Unidas, 2004, pág. 15)

⁷ En relación con decisiones inconsultas, la necesidad de la consulta previa e informada con las comunidades de acuerdo con lo establecido en el Convenio 169 de la OIT se revela como una de las cuestiones de mayor preocupación en materia de derechos humanos, resalta el informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Sr. Rodolfo Stavenhagen (Naciones Unidas, 2004).

fueron perfeccionando las prácticas y formas de aniquilarnos. La Colonización, la Independencia, la República y ahora el discurso disfrazado de "Bicentenario" hacen parte de la "conquista" sin fin y de la homogenización de que somos una expresión mono-cultural de la nación colombiana; esto, a pesar de lograr que realmente somos multiétnicos y pluriculturales, llamado que sólo queda en la escritura imperfecta de la carta magna". (Montero de la Rosa, 2019)

Entre los informes disponibles resalta por su rigurosidad y nivel vinculante el elaborado por el relator especial de Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas en Colombia en 2004, Sr. Rodolfo Stavenhagen, que ilustran la crudeza de la situación: 1) 12% de desplazamiento del total nacional; entre 1995 y 2003, se presentaron 128 casos de desplazamientos masivos, afectando a 28.000 indígenas, y entre 1996 y 2006 se han desplazado 59.836 indígenas; es decir, 4 de cada 100 indígenas ha debido abandonar su territorio. 2) Entre 1988 y 2003, se habían registrado 2.660 casos de violaciones de derechos humanos (DDHH) y Derecho Internacional Humanitario DIH (Naciones Unidas, 2004).

En el mismo sentido el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, (ACNUR, 2007) destaca que, en Colombia, entre 1985 y 2006 fueron asesinados 2.456 indígenas, el 88.5% entre 1999 y 2006, 555 del pueblo Nasa del Cauca, 335 del pueblo Kankuamo; tan solo en 2003 se registraron 44 asesinatos de sus comuneros, 165 del pueblo Embera Chamí, 98 del pueblo Awa y el resto de 20 pueblos más. La ONIC en 30 años, perdió más de 135 de sus líderes. Por otra parte:

(...) la tasa de violencia es 100% mayor a la media nacional en los municipios indígenas, siendo los más afectados los pueblos Kankuamo y Wiwa de la Sierra Nevada, el pueblo Kofán en Putumayo, el Chimila en Magdalena, así como los pueblos Korebajú, Betoyes y Nasa, y los Tule y Embera Katio en la región de Urabá (Naciones Unidas, 2004, pág. 9).

En uno de los estudios más completos que investigó 6.745 hechos de violencia política⁸ contra los Pueblos Indígenas entre 1974 y 2004, se da cuenta que 1889 fueron asesinatos políticos, es decir, el 20% de todos los casos y a razón de una persona por semana en esos 30 años. Del total de hechos a nivel nacional, los Pueblos Indígenas que hacen parte del

⁸ Incluye asesinatos, desaparición forzada, heridos, secuestro, violencia sexual y tortura, amenaza y detención arbitraria)

CRIC fueron víctimas en dicho periodo en un 45%, siendo el Pueblo Nasa el más martirizado en todo el país con un 33% (2.414 hechos). En materia de desplazamiento forzado, tan solo entre 2000 y 2004, el Pueblo Nasa vio desplazar a 7.038 personas, ocupando de nuevo el primer lugar en el país y constituyendo el 23% del total nacional que en el periodo ascendió a 30.015 desplazados (Villa & Houghton, 2005).

Este último trabajo está centrado en hechos demostrados de violencia política, con lo que junto con las demás cifras que indudablemente se inscriben en la misma lógica dan cuenta de la espiral de violencia al que se refiere esta investigación como respuesta principalmente del Estado y el régimen político, así como de los terratenientes, los empresarios legales e ilegales y los grupos armados, a los procesos de resistencia y movilización social y política de los Pueblos Indígenas. Se hace necesario entonces preguntar sobre cómo esta situación ha influido y determinado el proceso de configuración de las políticas de salud indígena en Colombia.

La existencia de una diversidad epistémica, axiológica y praxiológica en la comprensión de la salud como parte de un proyecto político-cultural: Existe abundante evidencia sobre la existencia de saberes y prácticas que configuran culturas de la salud, o culturas médicas que hacen parte de sistemas culturales y políticos más amplios (Portela Guarín & Portela García, 2018), ligados a las cosmovisiones particulares de cada Pueblo Indígena que reflejan diversidades epistémicas *-del saber y su producción-*, axiológicas *-de los valores y las normas-* y praxiológicas *-de las prácticas-* (Todorov, 2010), y en esa medida desestabilizan estructuralmente la cultura médica occidental basada en el modelo biomédico. De hecho, el CRIC y en particular la ONIC en 2014 mientras avanzaban en un ejercicio de socialización del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI, pudieron dar cuenta de la existencia, en diferentes grados de fortaleza, de modelos de salud propios en todo el territorio nacional (ONIC, 2014, pág. 10).

Esta diversidad implica no solo un ver y pensar distinto, sino además una ética y una práctica alterna que desafía no solo los contenidos, sino los términos en los que se construyen las políticas de salud, porque no pueden ser reducidas a terapéuticas alternativas o complementarias, sino exigen para que no sean subordinadas y en esa vía violentadas un abordaje integral desde la voz y el poder del sujeto político indígena como condición fundamental.

En términos muy generales, tales culturas de la salud, si bien diversas, tienen en común que se centran en leer y abordar las relaciones entre los seres humanos individuales con la naturaleza, el territorio, la comunidad y la autoridad, buscando mantener, recuperar y fomentar el equilibrio y la armonía (CRIC, Urrego J., 2018).

En el orden epistémico esto implica el replanteamiento del sujeto, el objeto y su relación, que en el paradigma occidental es típicamente individual, hace referencia a objetos desconectados del todo y culmina por centrarse en la noción de enfermedad como lesión positiva y cuantificable, que debe ser restablecida a un patrón estadístico de normalidad. En el orden axiológico, la salud va más allá de la protección o fomento de valores individualmente considerados y se instalan en el seguimiento cuidadoso de normatividades construidas históricamente que procuran el equilibrio y el bienestar de todos los seres y sus relaciones. En palabras de Manuel Sisco, sabedor Nasa, el sistema de salud propio parte de una forma distinta de ver la salud y de los valores a considerar:

(...) fortalecer la espiritualidad, las formas de regulación social, las formas de convivencia social y la forma del relacionamiento con la madre tierra, esa filosofía es la que debe promover con los diferentes entes (...) entonces esa parte se ha venido resquebrajando, porque nos hemos individualizado, entonces cuando se habla del concepto salud en algunas partes, de lo que se trata es de salvarse como persona y no de buscar armonía comunitaria” (Sisco, Entrevista N°5, 2018, pág. 4)

Con base en lo anterior, en el orden praxiológico, las acciones no operan necesariamente sobre un ser individualmente considerado, sino desde la gobernabilidad, la autonomía y a través de la ritualidad y medidas integrales sobre el colectivo y el total de las relaciones que lo definen y determinan. En este sentido, y refiriéndose a la diversidad de prácticas coherentes con la concepción distinta de la salud, Sisco -sabor Nasa- señala:

“Yo me acuerdo de antes cuando se hablaba de las curaciones, se echaba coca para nivel familiar, para nivel personal, para nivel territorial; ahorita si un Nasa va a consultar está pensando solo en sí mismo (...) [y desde la gobernabilidad] entonces era de manera obligatoria en marzo que los cabildantes recorrieran casa por casa para ahuyentar enfermedades materiales y espirituales; lo que se intentaba era hacer una limpia para trascender la vida en armonía durante el año. En junio también había otro ritual grande en el que la gente estaba pendiente de lo que dijeran sobre un mapeo que hacían los médicos, los médicos tenían unas lagunas semisecas

donde se veía el barro y eso creaba unas aberturas geográficas y sobre eso se hacían las lecturas, de allí empezaban otra vez las curaciones” (Sisco, 2018b, pág. 5).

Un aspecto central en esta diversidad es sin duda la existencia de la lengua materna -en Colombia se identifican 65⁹ en la actualidad- y los procesos de su recuperación, investigación y recreación por su significado más allá de instrumento de comunicación:

“(…) la lengua estructura el pensamiento, crea vínculos, articula relaciones sociales y con el cosmos, trasmite la esencia, tradición y sabiduría de generación en generación. La lengua crea, aconseja, acompaña, transforma, sana (...). (ONIC, 2015)

Finalmente, estos aspectos se articulan en lo que los Pueblos Indígenas definen como Ley de Origen, Derecho Mayor y Derecho Propio entendido como:

“Conjunto de principios que orientan el ordenamiento preexistente a las normas creadas por el Estado (...) son la fuente del ejercicio de la autonomía de los Pueblos Indígenas: así, la ley de origen se convierte en la máxima guía para todos los eventos de la vida y de su cumplimiento depende el equilibrio de la tierra. En la medida en que cada uno de nosotros cumple con la ley de origen se nutre la naturaleza, la energía del sol, de la luna y la de los demás seres que nuestra Madre Tierra ha engendrado y parido. La Ley de Origen es la ley máxima y base del pensamiento.” (ONIC, 2014, pág. 10)

Como se puede observar en la definición que es variable según cada Pueblo Indígena, la forma de ver, de valorar y de actuar comportan un orden alterno y diverso al hegemónico y es fundamental para la comprensión del lugar desde el cual se sitúa el sujeto político indígena y de la perspectiva histórica que se ha planteado en la contienda política, que siguiendo a Quijano implica la permanente lucha y desestabilización de la colonialidad del poder, el saber, el ser y la naturaleza.

⁹ Achagua, Andoque, Awapit, Bará, Barasano, Barí Ara, Bora, Cabiari, Carapana, Carijona, Cocama, Cofán, Cuiba, Curripaco, Damana, Desano, Embera, Ette Naka, Hitnu, Guayabero, Ika, Inga, Kakuá, Kamsá, Kichwa, Kogui, Koreguaje, Kubeo, Kuna Tule, Macuna, Miraña, Muinane, Namtrik, Nasa-Yuwe, Nonata, Nukak, Ocaína, Piapoco, Piaron, Piratapuyo, Pisamira, Puinave, Sáliba, Sikuaní, Siona, Siriano, Taiwano, Tanimuca, Tariano, Tatuyo, Tikuna, Tinigua, Tucano, Tucuná, Tuyuca, Uitoto, Uwa, Wanano, Wayuunaiki, Wounaan, Yagua, Yanuro, Yuhup, Yukpa y Yuruti (ONIC, 2015).

En la historia de la construcción del sujeto político, particularmente la del CRIC que definió su plataforma política alrededor de la unidad, la tierra y la cultura, fue la creación del Programa de Educación lo que delineó el camino hacia la sistematización, socialización y reproducción de las reflexiones que iban surgiendo en el proceso organizativo y de lucha por la tierra. Podría decirse que de manera más formal es esta institución propia dentro del CRIC la que inicia los procesos de educación bilingüe, la elaboración participativa de un currículo propio, la formación de profesores indígenas y la investigación para la recuperación, recreación y actualización de los saberes incluidos los relacionados con la medicina tradicional. El Programa de educación y las luchas por las políticas educativas propias e interculturales sirvieron de base para fundamentar y complementar los discursos y prácticas de resistencia y fortalecimiento de la diversidad epistémica, axiológica y praxiológica del proyecto político cultural del CRIC.

Es necesario preguntarse ante esta situación, de qué manera el proceso de configuración de las políticas públicas desde el Estado ha ignorado o ha incorporado, y en qué términos, la diversidad de saberes, de valores y de prácticas construidos históricamente por el sujeto político indígena en medio la disputa con el Estado y el Régimen Político. En el mismo sentido, es necesario indagar sobre cómo el CRIC entonces ha incorporado y cómo a través de su institucionalidad propia primero en educación y luego en salud ha desarrollado esta impronta político-cultural.

Inequidad en la determinación social de la salud: en el marco de comprensión, según el cual la salud se refiere al nivel y tipo de armonía y equilibrio, dinámica y cambiante, en el conjunto de relaciones ser humano - naturaleza, ser humano - territorio, ser humano - Comunidad, Autoridad y Gobierno; se hace una agrupación provisional de campos problemáticos que permiten una aproximación a las condiciones que posibilitan o dificultan tales equilibrios o desequilibrios, y las posibilidades de su mantenimiento y recuperación: Organización, Autonomía y Participación Política; Tierra y Territorio; Economía y Ambiente; y Gobierno. Siempre en una perspectiva de identificar la inequidad presente subyacente en todos ellos, fruto de los procesos históricos y sociales de configuración de la sociedad y de las relaciones entre Estado, régimen político y sociedad.

En este análisis se retoma el paradigma de la determinación social producido por la epidemiología crítica latinoamericana, porque permite un diálogo con la diversidad aquí planteada. Tal paradigma se ubica en la comprensión histórica de la inequidad en la estructura social y cultural de la dinámica capitalista y de las luchas sociales por la transformación, más allá de los paradigmas positivos y causalistas centrados en los factores de riesgo y la enfermedad como hecho exclusivamente individual (Breilh J. , 2013)

En materia de *Organización, Autonomía y Participación Política*, el CRIC nació en 1971 como una coordinación de cabildos¹⁰ indígenas bajo la figura de un consejo, que para efectos jurídicos se apoyó en el funcionamiento de una fundación -organización no gubernamental, Proindígenas-, que luego de la Constitución de 1991 y del Decreto 1088¹¹ de 1993 se convirtió en una entidad pública de carácter especial que le permitía administrar recursos públicos y tener un tratamiento particular para efectos de participar en la ejecución de políticas y programas públicos.

Luego de la movilización de 1999 en el Resguardo de la María, Piendamó¹², el CRIC adquirió complementariamente el reconocimiento como autoridad tradicional (Ministerio del Interior, 2013), con lo cual se avanzaba en que el estatus legal ante el Estado estuviera más cerca de representar la estructura política y organizativa de las instituciones propias de los Pueblos Indígenas. En este marco, el CRIC agrupa y representa para múltiples efectos 126 cabildos –autoridad político-jurídica de una comunidad indígena– y 11 asociaciones de cabildos en 10 zonas del Cauca (CRIC, Urrego J., 2018).

Los Pueblos Indígenas que progresivamente han confluído en el Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC, son: Nasa (Paeces), Kokonukos, Yanaconas, Misak (Guambianos), Totoroes, Eperaras Siapidara, Emberas, Ambalueños, Polindaras, Quizgueños, Ingas y los descendientes del pueblo ancestral Guanaca habitantes del Resguardo Indígena de la

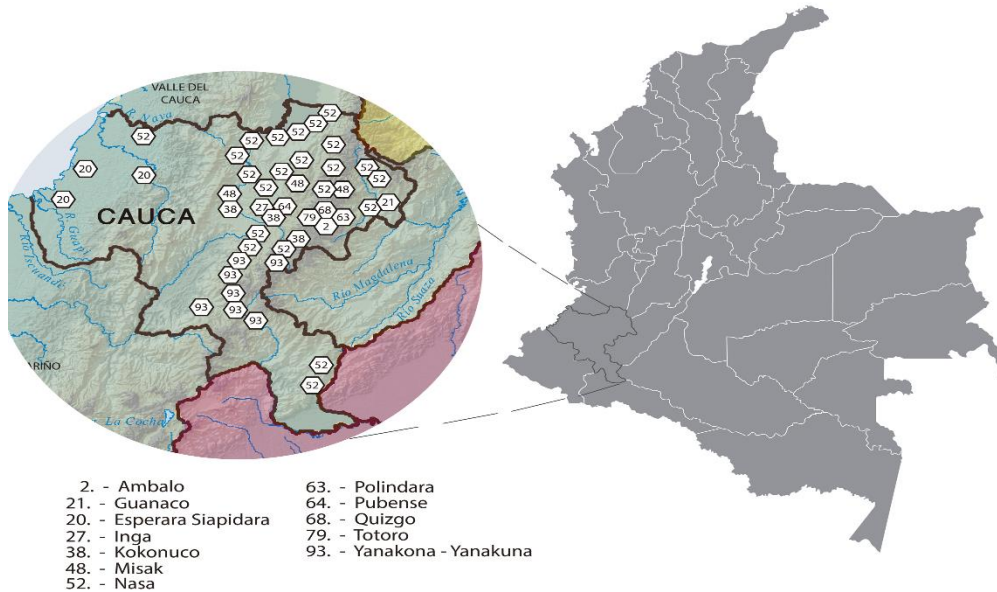
¹⁰ “Es una entidad pública especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por ésta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, sus usos, costumbres y el reglamento interno de cada comunidad”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

¹¹ Decreto que regula las Asociaciones de Cabildos.

¹² Municipio del centro del departamento del Cauca, donde sucederán varios de los hechos sociopolíticos más importantes que marcan la historia de las luchas indígenas del CRIC.

Gaitana. El siguiente mapa refleja la ubicación de los Pueblos Indígenas del Cauca que hacen parte del CRIC.

Mapa 3: Ubicación espacial de los Pueblos Indígenas en el Cauca.



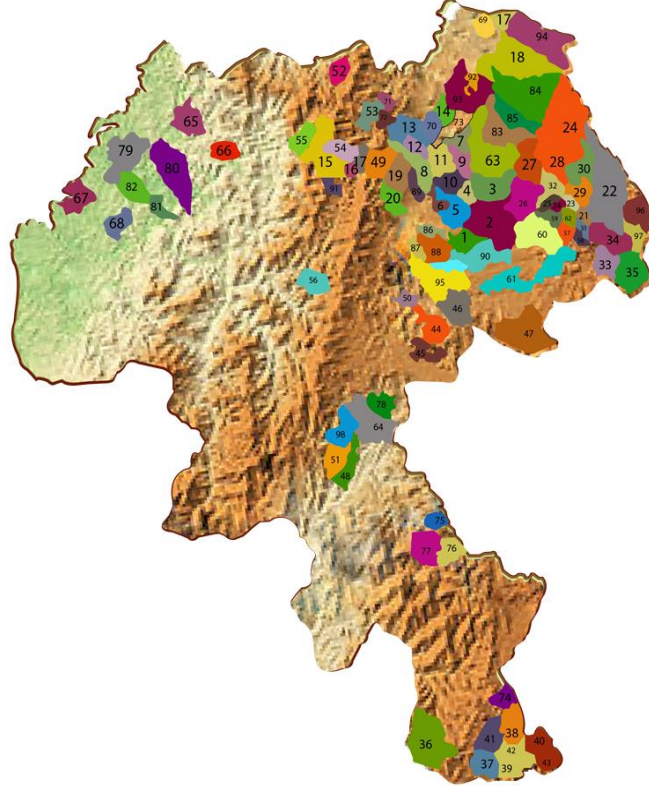
Modificación: Jaime Urrego - Gustavo Guevara
Fuente: Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) - IGAG (2012).

Estos Pueblos habitan en 102 resguardos que se distribuyen en 29 de los 42 municipios del Cauca, como se refleja en el anterior mapa. Las zonas corresponden a un proceso histórico de delimitación cambiante que en parte combina condiciones geográficas, identidades culturales de los Pueblos Indígenas y definiciones políticas de organización.

De esta forma se reconocen las zonas del Norte, Caldono, Oriente, Totoró, Tierradentro y Occidente donde predomina el Pueblo Nasa, pero se asientan además los Pueblos Indígenas Totoró, descendientes de Guanacas, Ambalueño y Quizgueño y parte del Pueblo Misak. En la zona centro predomina el Pueblo Kokonuco, en el Sur el Pueblo Yanakona y en el Pacífico, los Pueblos Eperara-Siapidara y Embera. Hay una zona más de tipo organizativo denominada de asentamientos de predominio Nasa, que corresponde a un cinturón de asentamientos de población desplazada por el desastre de 1994 en Tierradentro y que se ubica en varios municipios del departamento del Cauca y el Huila.

Mapa 4: Resguardos Indígenas del Cauca

1- Ambalo	50- Poblazon
2- Gambia	51- Caquiona
3- Pitayo	52- La pailla-yana
4- Quichaya	53- Las delicias
5- Quizgo	54- Pitayú
6- Tumburao	55- Cwayuce- fiw30
7- La aguada- san antonio	56- Alto del rey
8- Laguna siberia	57- San andrés de pisimbala
9- Piya	58- Santa rosa de capizzo
10- Pueblo nuevo	59- Tumbichucue
11- San lorenzo de caldona	60- Yakuiva
12- Paez de las mercedes	61- La gaitana
13- Agua negra	62- Calderas
14- Chimborazo	63- Jambalo
15- Honduras	64- Guachicono
16- Bonanza 17	65- Igwana
17- Musse ukwe22	66- Isla del mono
18- Corinto	67- Playita san francisco 41
19- Huellas	68- Playa bendita 42
20- Paez de toez	69- La cilla
21- Avirama	70- Canoas
22- Belalcazar	71- Guadualito
23- Chinas	72- La concepcion
24- Huila	73- Tigres y munchique
25- Lame	74- El descanse
26- Mosoco	75- Santa marta
27- San jose	76- Mandiyaco
28- Swin	77- Villa maria de anamu
29- Talaga	78- Rio blanco
30- Toez	79- Calle santa rosa- rio saija
31- Togoima	80- Guanqui
32- Vitonco	81- Infi
33- Ricaurte	82- Almorzadero, san isidro, la nueva union
34- Cohetando	83- San francisco
35- Pic-kwe-tha-fiw	84- Tacueyo
36- Guayuyaco	85- Toribio
37- La leona	86- Jebala
38- Las brisas	87- Novirao
39- San rafael	88- Paniquita
40- La floresta - la española	89- Polindara
41- Inga de wasipanga	90- Totoro
42- Laguna siberia	91- Cengorazo
43- La maria	92- Tóez reas
44- Coconuco	93- Huellas
45- Paletara	94- Cilia Miranda
46- Purace	95- Quintana
47- Nasa - pez de juan tama	96- Araujo
48- San sebastian	97- Cohetando
49- Paez de quintana	98- Pancitará



Modificación: Jaime Urrego - Gustavo Guevara
Fuente: Centro Nacional de Memoria Historica (CNMH) - (2017)

En cada una de las zonas los cabildos indígenas que corresponde a la organización de base o de primer grado organizaron desde los años 90, 10 Asociaciones de Cabildos que se convirtieron en estructuras de segundo grado que han facilitado el proceso de descentralización política y administrativa del CRIC, equivalente a una estructura de tercer grado. La máxima autoridad en cada nivel lo constituye la asamblea del cabildo, la asamblea, junta directiva o congreso de la Asociación de Cabildos y la junta directiva o Congreso en el caso del CRIC que se celebran intercaladamente cada dos años.

El cabildo indígena que es una forma de autoridad heredada de la colonia española ha sido desde el siglo XIX la estructura política de articulación entre la dinámica política y sociocultural interna de las comunidades con las instituciones del Estado. No obstante, en el proceso de construcción del sujeto político indígena se ha venido avanzando en recuperar las formas tradicionales de autoridad basadas más en la autoridad sociocultural y política, en la sabiduría y la experiencia; y en ese sentido se han venido construyendo las

llamadas Consejerías que hoy en día son el nombre de los miembros de algunos cabildos que han hecho la transición de las Asociaciones de Cabildos y del CRIC. Tales consejerías son elegidas, controladas y renovadas por parte de las comunidades en periodos anuales o bianuales dependiendo de cada cabildo o asociación.

Desde finales de los años 80, los cabildos y las zonas indígenas del Cauca a través de las Asociaciones de Cabildos han venido construyendo los Planes de Vida como instrumentos de planeación participativa fundamentados en la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio, en el marco de las cosmovisiones de cada Pueblo y que se orientan a la protección y recreación de la vida y los territorios indígenas, en el marco de los cuales fueron naciendo programas de salud basados en la medicina tradicional.

El CRIC, como se verá más adelante, en los primeros años tuvo un comité ejecutivo que lideraba el proceso organizativo, y después de ser reconocido como Autoridad Tradicional se transformó en la Consejería Mayor, que es un órgano colegiado y representativo de todas las zonas del Cauca Indígena, que se renueva cada dos años. Desde 1971 el CRIC fue creando los Programas como instancias político-programáticas y operativas de la Plataforma Política que se convirtieron en la carta de navegación de la organización, destacándose los de educación, producción, político y de salud, que nació en 1981. Igualmente, las Asociaciones de Cabildos y los cabildos en general han desarrollado estas estructuras de tal manera que existe un tejido organizacional complejo donde las jerarquías están distribuidas horizontalmente y están sujetas a un fuerte control social y político.

La máxima autoridad del CRIC la constituyen las juntas directivas de cabildos y los congresos regionales en los cuales se expiden mandatos, y resoluciones y se verifica la renovación bianual de los liderazgos. A lo largo de este trabajo se analiza cada uno de los 15 congresos realizados entre 1971 y 2015, en la medida que son hitos en la construcción del sujeto político y de la política indígena en salud. El CRIC a su vez se articula orgánicamente, pero con gran autonomía, con la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC, de la cual fue uno de sus impulsores y fundadores.

Como se verá más adelante, en el seno de esta estructura se forjó la institucionalidad propia de salud indígena en cabeza del Programa de Salud del CRIC, que luego se reprodujo en

las Asociaciones de Cabildos y la gran mayoría de cabildos. E igualmente, en esta matriz organizativa tuvo lugar la creación de la empresa administradora del régimen subsidiado de salud indígena (ARSI en la primera etapa y luego EPSI en la etapa actual) denominada Asociación Indígena del Cauca-AIC y 97 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas-IPSI, las cuales están bajo la dirección de sus respectivas Asociaciones de Cabildos Zonales, como se verá en el capítulo 4.

Fruto de las luchas del sujeto político indígena y de los cambios introducidos en la Constitución Política de 1991, en relación con la estructura general del Estado, los Pueblos Indígenas participan de la rama legislativa del poder público a nivel nacional en el Congreso de la República mediante circunscripción especial que les permite ocupar dos curules en el senado y uno en la cámara de representantes.

A nivel departamental y municipal no existe tal circunscripción por lo que allí participan en igualdad formal de condiciones frente a las fuerzas políticas regionales y locales para alcanzar escaños en los concejos municipales y asambleas departamentales. De la misma forma, para la rama ejecutiva los Pueblos Indígenas pueden presentar candidatos a las alcaldías, gobernaciones y presidencia. De hecho, en el Cauca en promedio cada cuatro años el movimiento indígena a través de expresiones partidarias ha logrado tener en promedio entre 3 y 7 alcaldes y entre 2004 y 2007 se eligió el primero y único gobernador departamental en la historia del país¹³.

En la misma línea, los Pueblos Indígenas tienen cuotas de participación en las juntas directivas de diversas instituciones del Estado, dependiendo de su presencia en los departamentos y municipios, tales como las corporaciones ambientales y los consejos de seguridad social en salud territoriales.

No obstante estas dinámicas propias y autónomas y las de participación dentro del Estado, los Pueblos Indígenas vienen luchando desde la Constitución del 91 por la creación de las entidades territoriales indígenas como una aspiración que permita concretar mayores niveles de autonomía y ejercicio de autoridad territorial. A lo largo de este trabajo se

¹³ Floro Tunubalá del Pueblo Misak del Cauca, elegido en nombre de una alianza de movimientos sociales alternativos incluidos los movimientos sociales indígenas. En el capítulo 4 se desarrollará con mayor detalle el tema.

analizará el proceso contencioso alrededor de este eje político, organizativo y territorial de gran implicación para las políticas públicas en salud.

Como se puede observar, existe una amplia red de dispositivos institucionales propios y dentro del Estado, por lo que cabe preguntarse de qué manera los procesos contenciosos de construcción de la misma y su funcionamiento ha reflejado, la configuración de las políticas de salud indígena a nivel del Estado y del sujeto político indígena.

En el segundo campo, relacionado con *Tierras y Territorio*, se estructuran y desarrollan conflictos de interés que han devenido en violencia y en una tensión sociopolítica permanente de los Pueblos Indígenas con actores armados, economías ilegales, grandes capitales y Estado. Esta conflictividad es mayor, por cuanto el proceso de titulación de las tierras pendiente por parte del Estado, se estima que asciende a más de un 1.600.000 hectáreas, el 9% del total de tierras indígenas, donde viven 380.000 indígenas, es decir, el 10% de su población. El Cauca con 309.000 hectáreas por titular, es el departamento con mayor conflictividad por la tierra¹⁴.

En este marco, la tierra -que es de propiedad colectiva- y el territorio -como espacio integral de realización de los Planes de Vida de los Pueblos Indígenas- al estar disminuidos y amenazados, limitan las posibilidades de realización de dichos Planes de las comunidades.

Los procesos de afectación y destrucción de los territorios y ecosistemas en donde se combinan saber y práctica, ritualidad y bienestar, no puede menos que afectar las condiciones para mantener y recuperar el equilibrio entre ser humano, naturaleza, comunidad, territorio y autoridad. Este tipo de dinámica territorial colectiva determina una forma particular de contienda política entre Estado y Pueblos Indígenas alrededor de la salud, lo cual se hace evidente en la lucha abanderada por el CRIC inicialmente, y luego a nivel nacional, y se expresa en cómo en los primeros años de construcción del sujeto político la recuperación de las tierras que inmediatamente era la construcción del territorio,

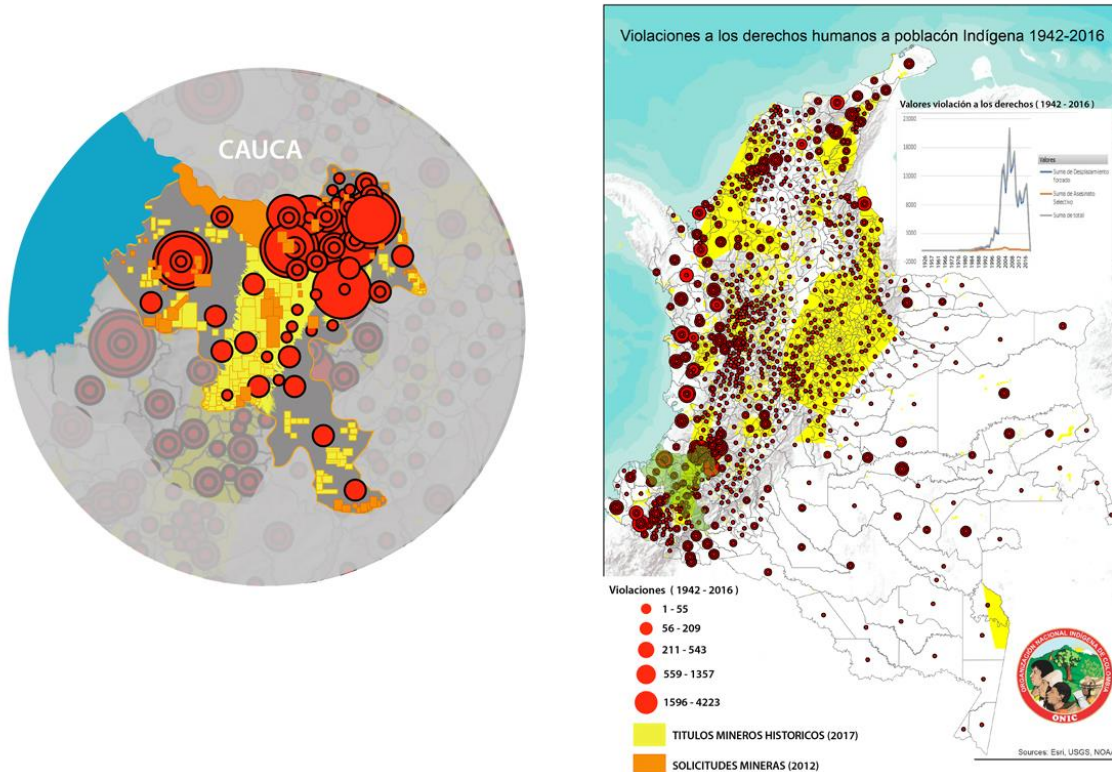
14 En su Auto 004, la Corte Constitucional observó que “[l]a precariedad en la titulación de tierras en algunos casos es un factor que facilita ampliamente el despojo y la invasión territorial; de esta manera, existe un entrelazamiento de los procesos de ampliación y saneamiento de resguardos con ciertos factores conexos al conflicto armado (presencia de actores armados, de cultivos ilícitos, o de actividades militares en zonas de ampliación)” (Naciones Unidas, 2010),

fue definiendo la emergencia particular de una plataforma política en salud basada en la medicina tradicional, anclada de manera inherente al territorio. En este marco cabe preguntarse, qué papel ha jugado la disputa por la tierra y el territorio en la configuración igualmente contenciosa de la salud en la versión estatal e indígena.

Profundamente ligado al anterior, en materia *de Economía y Ambiente*, de 33.000.000 de hectáreas que aparecen como de propiedad de los Pueblos Indígenas, tan solo el 7,68%, es decir, 1.290.000 están en zona de frontera agrícola y en ellas habitan 900.000 indígenas, casi un 65% de la población total. Mientras que el resto de las hectáreas se localizan en la Amazonía, la Orinoquía y el desierto de la Guajira (Naciones Unidas, 2010). Estos datos revelan que las unidades agrícolas familiares realmente productivas pueden estar en un promedio de 2 a 3 hectáreas por familia, con lo que se evidencia la profunda precariedad en materia de tierras, y su impacto sobre la economía familiar y comunitaria, en contra de las afirmaciones que en el marco de la disputa política entre Pueblos Indígenas y Estado se hacen con una perspectiva racista de que “los indígenas son terratenientes”.

En relación con la minería, una de las mayores amenazas a la integridad territorial y colectiva de los Pueblos Indígenas, en 2010 se estimaba en cerca de 5.000.000 de hectáreas la extensión -12% del total de los territorios indígenas- de 8.928 títulos mineros con afectación de 117 resguardos -13% del total. Solo en 2010 había 143 resguardos y 56 comunidades indígenas por fuera de resguardo con afectación por minería, y en el mismo año las solicitudes de licencia minera llegaban a sextuplicar las existentes con un impacto sobre 26.000.000 de hectáreas, es decir sobre un 75% del total de territorios indígenas (Human Rights every where, 2012). En el departamento del Cauca hasta 2012 se estimaban 1.292.999 hectáreas entre títulos mineros y solicitudes que afectaban territorios indígenas, afrocolombianos y campesinos. El siguiente mapa combina la información producida por la ONIC sobre títulos mineros a nivel nacional y la evolución de la violencia política contra los Pueblos Indígenas en los territorios afectados por la minería desde 1942 hasta 2016, adicionalmente en el mapa específico del Cauca con información producida por la ONIC y el Centro de Estudios Interculturales se observa la extensión no solo de títulos sino de solicitudes en marcha.

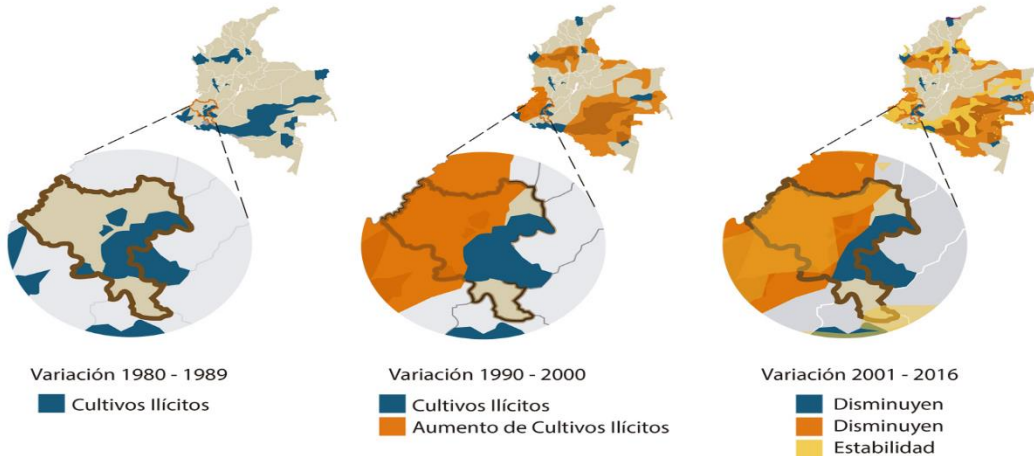
Mapa 5: Violación a los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas de Colombia y el Cauca y distribución de las áreas mineras con títulos y solicitudes de titulación en sus territorios.



Modificación: Jaime Urrego - Gustavo Guevara
 Fuente: Base Observatorio de Derechos Humanos (ONIC) -(2017)
 Conflictos territoriales y tensiones interétnicas e interculturales, Centro de Estudios Interculturales de la Universidad Javeriana de Cali, convenio con el Incode e ICAANH(2012)

Por otra parte, una dimensión de alto impacto sobre los Pueblos Indígenas ha sido la extensión de los cultivos de uso ilícito y su encadenamiento con el narcotráfico, así como las políticas estatales para su afrontamiento. Se encuentra que la extensión de los cultivos ilícitos en tres periodos observados (1980-1989, 1990-2000 y 2001-2016) se incrementó en todo el país, incluidos aquellos departamentos donde los territorios indígenas ocupan una extensión importante.

Mapa 6: Cambios en las áreas de cultivos de uso ilícito en Colombia y el Cauca 1980-2016.



Modificación: Jaime Urrego - Gustavo Guevara

**Fuente: Documento CEDE 2004-18 ISSN1657-7191 (Edición Electronica)-(2004)
OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC) -(2016)**

La triada entre conflicto armado, minería ilegal y cultivos de uso ilícito marcan una impronta para los Pueblos Indígenas de violencia política, destrucción territorial y presión sociocultural que, adicionalmente, aumenta la estigmatización de sus luchas, el endurecimiento de las políticas del Estado a través de la intervención militar y las fumigaciones entre otros, y propicia la profundización del conflicto armado y no armado con fuerzas legales e ilegales en sus territorios.

La poca disponibilidad de tierra de buena calidad, la incertidumbre sobre la propiedad de la misma, los efectos de la minería y los cultivos de uso ilícito, el impacto de megaproyectos energéticos y de infraestructura vial como parte y en el marco de un modelo de desarrollo inconsulto extractivista e improductivo; ligado a las dinámicas internacionales de la economía -incluidos los Tratados de Libre Comercio- y a las definiciones del Estado y el régimen político, socavan y violentan permanentemente las economías indígenas, la autonomía alimentaria y la integridad territorial, política y sociocultural, incluidas las prácticas medicinales propias y el ejercicio del gobierno en salud.

De hecho, en este contexto, según la Corte Constitucional en 2009 había 34 Pueblos Indígenas que estaban en riesgo de extinción física y cultural incluidos varios pueblos asociados en el CRIC (Nasa, Kokonuco, Yanacona, Totoró, algunas comunidades de Guambía y los Embera Siapidara), a lo que se suman otros 31 Pueblos Indígenas por su fragilidad demográfica (CEJIL, 2018).

No obstante, los Pueblos Indígenas en particular los pertenecientes al CRIC, de manera diferenciada avanzan e insisten en construir modelos de economía propia diferenciados, según las características socio-históricas y regionales de cada grupo, que se reflejan en formas particulares de transformación de la naturaleza para la generación de bienes y servicios de subsistencia, buscando la sostenibilidad ambiental, donde lo central es recuperar y fortalecer el gobierno sobre las relaciones económicas, incluidas las tradicionales de reciprocidad, redistribución y sobre aquellas que aseguran la autonomía alimentaria, el consumo básico, la producción, transformación, intercambio y/o comercialización para la generación de ingresos y adquisición de bienes complementarios y formas de ahorro familiar y/o comunitario, para solventar contingencias de salud, educación, etc. En esta dinámica, se analiza qué tipo de límites y posibilidades ha impuesto la lógica de mercado de las relaciones económicas y ambientales, y en el campo de la salud a través de la Ley 100 al proceso de configuración de las políticas de salud indígena.

Expresiones institucionales y de proceso salud-enfermedad/Armonía y Equilibrio en los Pueblos Indígenas: en cualquiera de los paradigmas que conciernen para la investigación y sobre todo en su interrelacionamiento contencioso existen expresiones -no equivalentes- de la institucionalidad en salud y de los niveles de bienestar o malestar en la sociedad. En el paradigma occidental se expresan tipos de sistemas de salud con su modelo biomédico centrado en la enfermedad de los individuos y las formas de medición de la epidemiología convencional y de la gestión del riesgo, y en los paradigmas de la alteridad o la diversidad se manifiestan igualmente en instituciones denominadas propias y modelos de salud colectivos y holísticos centrados en la armonía de las relaciones entre ser humano, naturaleza, comunidad, territorio y autoridad, e igualmente, en desarrollo de instrumentos de medición alternos que reflejen la perspectiva indígena.

Brevemente se presentan elementos tanto del modelo hegemónico en su manifestación concreta en Colombia y en su relación con los Pueblos Indígenas y luego se puntúan elementos desde el sujeto indígena.

El sistema de salud colombiano ha tenido, a lo largo de los años que comprenden la investigación, básicamente dos estructuras o modelos. A partir de 1974 se creó el sistema nacional de salud organizado en un subsector público para pobres, un subsector de seguridad social para trabajadores y un subsector privado para población con mayor capacidad de pago; centralizado, organizado por niveles de complejidad en relación de subsidiaridad y complementariedad y basado en la atención de la enfermedad individual (Decreto Ley 654, 1974, sustituido posteriormente por el Decreto Ley 056 de 1975). Aunque representaba un ejercicio de reorganización de los sectores dispersos que permitió el fortalecimiento de la infraestructura pública en todo el país y el desarrollo de un modelo de asistencia pública de oferta no ligado a la capacidad de pago en el caso de la población pobre, se terminó convirtiendo en un sistema fragmentado amenazado por las redes clientelares y la corrupción. Este modelo estuvo vigente hasta 1993, con varias reformas importantes, entre ellas la de la Ley 10 de 1990 que introdujo los conceptos de descentralización municipal, alentó los primeros pasos hacia la privatización del subsistema público y definió la gratuidad solo para quienes no pudieran demostrar capacidad de pago.

En este periodo no hay ninguna alusión estructural específica a la organización de la prestación de servicios de salud a los Pueblos Indígenas, pues se asimilaban homogéneamente a las poblaciones rurales, y es tan solo con la resolución 10013 de 1981 y el Decreto 1811 de 1990 -fruto de la movilización indígena-, que se gestan los primeros instrumentos de política en salud indígena que más que nada reflejan adecuaciones socioculturales y operativas de corte integracionista que no alteran la estructura del sistema de salud general.

En el contexto de la agenda neoliberal y el consenso de Washington –como se verá más adelante- referido a buscar la incorporación de los servicios públicos en la esfera del mercado con el argumento de la eficiencia, la austeridad del gasto público y la transparencia aprovechando el espacio que dejó la Constitución de 1991, en el sentido de entender la salud como un servicio público que podría ser ofrecido por públicos y privados, se estructuró

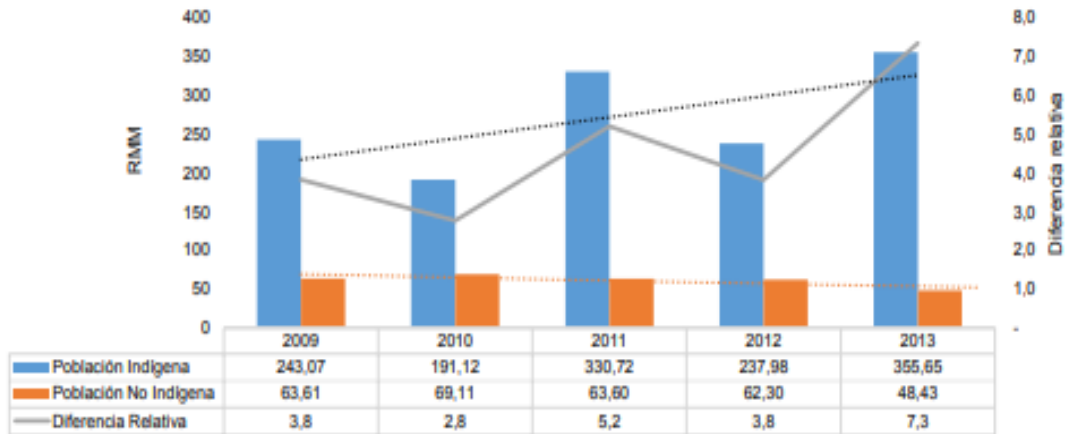
una reforma profunda al sistema de salud y seguridad social a través de la Ley 100 de 1993 que fue no fue consultada con los Pueblos Indígenas, en contra de lo dispuesto en la Constitución y en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo-OIT.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS reformó las pensiones, la salud ocupacional y la salud bajo un modelo de aseguramiento universal público individual basado en la enfermedad, el modelo multicausal y la gestión del riesgo individual, bajo la modalidad de subsidio a la demanda, privatización e intermediación administrativo financiera a través de empresas administradoras de pólizas de salud individuales -unidades de capitación- principalmente privadas, como intermediarias entre el Estado, los prestadores y los ciudadanos. Se estructuraron dos regímenes, uno contributivo para trabajadores y personas con capacidad de pago y uno subsidiado para pobres sin capacidad de pago.

En este sistema la única alusión inicial a los Pueblos Indígenas es la relacionada con considerarlos pobres sin capacidad de pago y al mismo tiempo con la oportunidad de organizar empresas administradoras de los recursos en salud. Pese a los desarrollos constitucionales de gran reconocimiento a la diversidad étnica y cultural de la nación, los Pueblos Indígenas fueron invisibilizados y luego en medio de un proceso contencioso, del que se ocupa esta investigación, fueron transitando mediante la adecuación sociocultural a lo que aquí se denomina un proceso de integracionismo de mercado, mientras en paralelo y en resistencia se fraguaba un sistema de salud propio e intercultural.

En la lógica del modelo hegemónico de modelo biomédico y de epidemiología convencional, las expresiones de enfermedad a través de perfiles epidemiológicos han mostrado progresivamente altos niveles de inequidad para los Pueblos Indígenas. Si bien estos perfiles han comenzado a transitar de reflejar la homogenización total a una visibilización parcial de la inequidad social que interpelan los impactos del SGSSS en medio de la violencia y racismo estructurales, aún no dialogan con la diversidad epistémica que representan los Pueblos Indígenas. En efecto, en indicadores trazadores se encuentra que hay una mortalidad materna entre 3,8, y 7 veces más alta en mujeres indígenas que en mujeres no indígenas, comparando el periodo comprendido entre 2009 y 2013, como se ilustra en la siguiente gráfica:

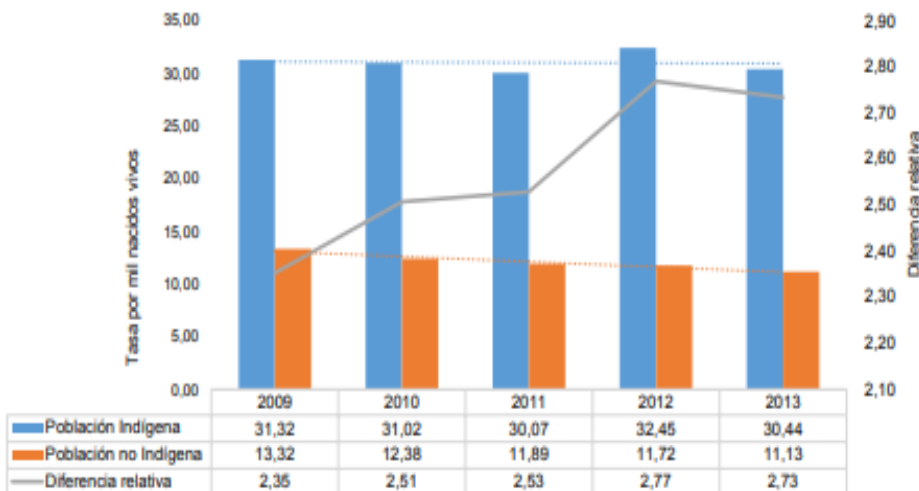
Gráfico 1: Razón de Mortalidad Materna en Población Indígena y No Indígena, Colombia 2009-2013.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos de EEV del DANE, dispuestos en el cubo de EEV, defunciones del MSPS consultado el 30/11/2015

En materia de mortalidad infantil, la situación es similar encontrándose que ésta es superior entre 2,35 y 2,75 veces en niños indígenas que en niños no indígenas (Ministerio de salud y protección social, 2016), como lo muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 2: Tasa de Mortalidad Infantil en Población Indígena y No Indígena, Colombia 2009-2013.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos de EEV del DANE, dispuestos en el cubo de EEV, defunciones del MSPS consultado el 30/11/2015

Para el año 2014 más del 90% de la población indígena estaba afiliada al SGSSS, aunque el acceso efectivo a servicios de salud, de agua mejorada, alcantarillado y educación, entre otros, mantenía altos niveles de inequidad frente a la población rural dispersa y la población general. En este sentido, en 2013 se encontraba que los Pueblos Indígenas ubicados en áreas rurales dispersas tenían un 69,3 de pobreza multidimensional, mientras que las comunidades rurales dispersas campesinas alcanzaban un 45,6%, y la población general un 24,8%; es decir, una diferencia relativa superior 1,6 y 2,6 veces con respecto a uno y otro grupo poblacional (Ministerio de salud y protección social, 2016).

En este marco se puede afirmar que en la mayoría de los indicadores la diferencia relativa es siempre el reflejo de inequidad para los Pueblos Indígenas, con respecto a la población general.

Aunque la atención bajo el actual SGSSS cuenta con un sinnúmero de normas y mecanismos que demuestran un intenso proceso de gestión/negociación con los Pueblos Indígenas, en temas como la resistencia a la cofinanciación del sistema con recursos propios, la aceptación de la afiliación colectiva en vez de la individual, la elección de la Empresa Promotora de Salud-EPS¹⁵ por parte del colectivo y no de cada beneficiario, el censo de la autoridad indígena en vez del listado de beneficiarios del municipio, la eliminación de los copagos y las cuotas moderadoras, etc. (Urrego, 2008), mantiene una lógica de mercado y de subsidio a la demanda dirigido fundamentalmente a cubrir contingencias de enfermedad bajo el modelo hegemónico.

Este modelo ha obligado a las organizaciones indígenas y a los miembros de los pueblos a transitar por dentro de la lógica del sistema, al posibilitarles la administración y gestión de instrumentos y mecanismos empresariales en salud para atender a sus propias comunidades. Al momento funcionan 6 empresas indígenas de administración de recursos en salud que han avanzado en procesos diferenciales de estructuración y consolidación técnica, jurídica, financiera y sociocultural, no obstante las graves dificultades económicas, normativas y de alta presión racializada de parte de actores públicos y privados, que

¹⁵ Empresa Promotora de Salud: Es el instrumento encargado de administrar los recursos del sistema de salud bajo el esquema de Ley 100, además de afiliar los beneficiarios, contratar los servicios y responder ante el Estado.

disputan el mercado y la afectación del conflicto armado, el clientelismo y el narcotráfico sobre las dinámicas institucionales en los territorios.

Es evidente que, pese a la cobertura casi universal del aseguramiento, a las adecuaciones socioculturales hechas al SGSSS fruto de la resistencia y movilización indígena, a los esfuerzos de las organizaciones indígenas por transitar dentro del mercado regulado de la salud impuesto por el Estado, las condiciones de vida y salud en medio de la violencia se mantienen en una situación de fuerte iniquidad para los Pueblos Indígenas. Frente a esto es necesario comprender los términos y significados de esa disputa en el proceso de configuración de la política de salud indígena en su materialidad estatal y en la construida por los Pueblos Indígenas.

Mientras el sistema de salud se movía en las dos etapas señaladas, los Pueblos Indígenas, en particular el CRIC, avanzaban en la construcción de una política indígena de salud en dos vías complementarias y en cierto modo contradictorias entre sí. El primer camino, orientado a incidir de manera contenciosa en la inclusión, el reconocimiento y la participación diferenciada dentro del sistema nacional de salud hasta 1993 y luego en el SGSSS de la Ley 100 hasta 2017. El segundo camino, igualmente contencioso, dirigido a construir un sistema de salud gobernado por el sujeto político indígena con capacidad de recuperar, actualizar y recrear instituciones, normas y acciones propias inspiradas en la cosmovisión de cada pueblo y en el marco de la Ley de Origen, Derecho Mayor y Derecho propio. Estos dos caminos, con sus propias lógicas han convivido bajo la gobernabilidad del CRIC en el Cauca y de manera diferenciada de la ONIC y otras organizaciones a nivel nacional han sido recorrida en tres grandes etapas.

En la primera entre 1971, nacimiento del CRIC y 1993 la expedición de la Ley 100 que creó el SGSSS, la organización en el seno de las luchas por la tierra demandó servicios de salud oficiales en sus territorios –en total abandono del Estado-, gratuidad sin discriminación en la atención sanitaria de los comuneros indígenas¹⁶, apoyo para contar con personal propio de salud comunitario y el respeto de la medicina tradicional, logrando con su incidencia y la del movimiento indígena nacional la expedición de las Resoluciones 10013 de 1981 y el

¹⁶ Referencia a la persona perteneciente a la comunidad indígena.

Decreto 1811 de 1990, que en el marco del asimilacionismo y el integracionismo apuntaban a garantizar tales exigencias.

Al mismo tiempo el CRIC como parte de la resistencia y movilización forjó la primera etapa de su institucionalidad con agentes comunitarios de salud, botiquines comunitarios, centros comunitarios de salud, casas de paso y la recuperación de la medicina tradicional. Este proceso tomó mayor estructuración con la creación del Programa de Salud del CRIC en 1981, que en calidad de institución propia lideró tanto el camino de exigibilidad e incidencia sobre la política de salud indígena estatal como la construcción de la política indígena propia.

La segunda etapa va desde la creación del SGSSS en 1993 hasta 2001 fecha en la cual se expide la Ley 691. Durante este periodo el CRIC y el Programa de Salud pasaron por un momento de resistencia a la privatización y las empresas de salud entre 1993 y 1997, para pasar luego en medio de luchas por la adecuación sociocultural, técnica y jurídica del SGSSS a la creación de la empresa indígena de salud del CRIC, la AIC, en 1997.

Luego de haberse creado las primeras instituciones prestadoras de servicios de salud indígena en el Cauca en 2001, se expide la Ley 691, que acumulaba todo el proceso de adecuación sociocultural subordinante al SGSSS en un cuerpo jurídico de alta jerarquía. En paralelo, el Programa de Salud del CRIC y el movimiento indígena impulsaron la creación de un Régimen Especial Indígena en Salud-REIS por fuera de la Ley 100, que aunque no prosperó, sirvió como referente para continuar el proceso de construcción de la política indígena de salud en un escenario interno y contradictorio de desventaja debido al protagonismo que tomaron la empresa y las instituciones prestadoras de servicios de salud indígena en los territorios debido al flujo de recursos, las presiones empresariales y del mercado del SGSSS, y de las comunidades por acceder a servicios de salud occidentales.

Entre 2001 y 2017 continúan en paralelo los dos caminos: el primero en la lucha por la adecuación del SGSSS que deviene cada vez en formas integracionistas de mercado y en ese escenario obtener condiciones para poder operar la nueva institucionalidad empresarial al interior de los territorios indígenas, al tiempo que se disputaban espacios para los modelos propios de salud, la formación del personal comunitario, el fortalecimiento de la

medicina tradicional y una mayor gobernabilidad de las autoridades indígenas de este proceso.

En paralelo, el CRIC y el movimiento indígena nacional continuaron en la lucha por una política propia de salud e intercultural que se convirtió en una decisión autónoma en 2010 en la primera asamblea nacional indígena de salud, que en contestación y resistencia al modelo de SGSSS incluídas sus adecuaciones parciales y subordinantes, definió crear el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI. En este marco, el CRIC tomó el liderazgo en el diseño específico de tal sistema y en conjunto los Pueblos Indígenas de Colombia lucharon por convertir el SISPI en una política indígena reconocida por el Estado.

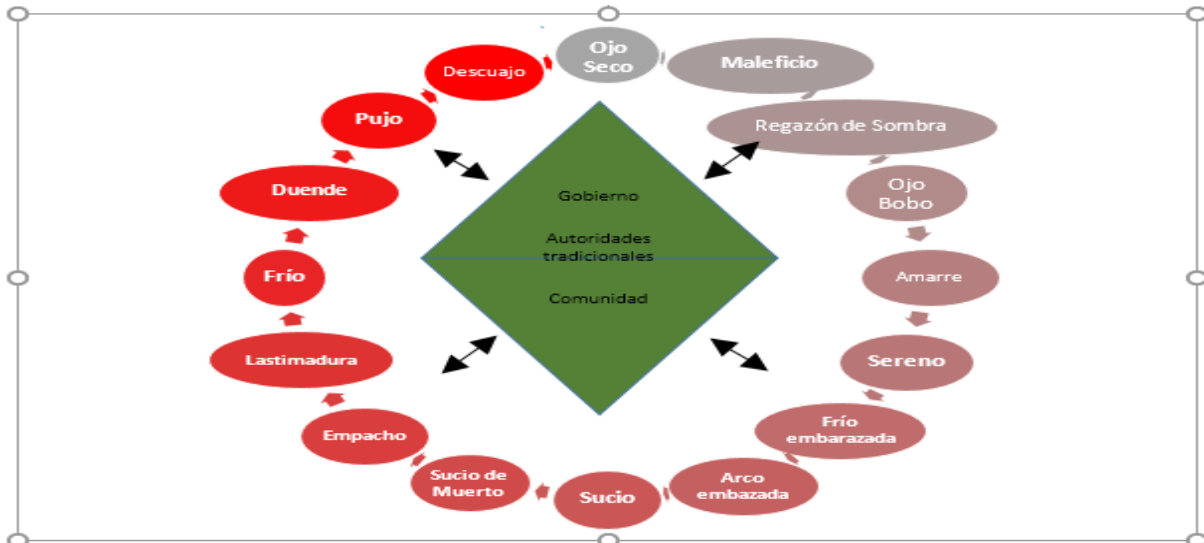
En 2014 el Estado en un marco de movilización y negociación adoptó mediante el decreto 1953 el SISPI, pero de nuevo bajo una modalidad de subordinación al SGSSS. Entre 2014 y 2017, si bien la Ley Estatutaria de Salud en 2015 ligó la realización del derecho fundamental a la salud en los Pueblos Indígenas a que las políticas públicas tuvieran como referencia el SISPI, el CRIC persistió en la necesidad de transitar a un proceso autónomo de materialización del SISPI por fuera del SGSSS y su impronta de mercado regulado.

En términos de reflejar la situación de salud con base en las lecturas propias de la misma, el CRIC ha avanzado en la construcción de un sistema único de información indígena y en salud en particular desde los años 80 implementó instrumentos que recogieran tanto las expresiones de salud y enfermedad en los términos del modelo biomético como la dinámica sociocultural propia mediante la ficha familiar. Con el desarrollo del SISPI, se viene trabajando en valorar las condiciones favorables o desfavorables para mantener, promover y recuperar el equilibrio de las relaciones del ser humano con la naturaleza, el territorio, la comunidad, el gobierno y la autoridad en línea con la diversidad epistémica y conceptual de la salud.

Esto es, ocuparse de la determinación social de la salud en términos de equidad y de condiciones para construir el buen vivir y eso implica dar cuenta de la protección o afectación de la madre tierra y todos los seres que la habitan, de los ecosistemas estratégicos, de las formas de economía y producción, del proceso de autoridad y gobernabilidad, de la ritualidad y del acogimiento de la Ley de Origen, el Derecho Mayor y

el Derecho propio. El Programa de Salud del CRIC y la AIC, vienen registrando las expresiones visibles de los desequilibrios y desarmonías y los ilustran de la siguiente manera:

Gráfico 3: Desarmonías identificadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena y el Programa de Salud del CRIC.



Fuente: Sistematización de talleres y conversatorios con Programa de Salud-CRIC, IPS-I, EPS-I, comunidades y líderes indígenas del Cauca.

Elaboración: Jaime Urrego, Programa de Salud-CRIC. 2017.

En medio de las exigencias del SGSSS para reportar la información solamente en términos de la lógica de la vigilancia epidemiológica convencional, el CRIC ha venido avanzando en la construcción de una especie de cartografía propia de la salud, más como una narrativa explicativa y dialogante que como una lista de indicadores de enfermedad que permita medir en los propios términos la situación de salud en los territorios.

En este marco situacional e histórico cabe preguntarse cuáles han sido las regularidades y las discontinuidades, los acumulados, los estancamientos o retrocesos en las disputas sobre las lógicas de organización y gobierno, de los contenidos y finalidades, y de las formas de medir y narrar del SGSSS y del Sistema Indígena de salud.

Los términos de la contienda en materia del derecho a la salud: en el marco de las diversidades epistémicas, axiológicas y praxiológicas que se revelan en las disputas de la

configuración de las políticas de salud en su versión estatal e indígenas, el derecho a la salud adquiere dimensiones particulares con un amplio nivel de reconocimiento en la jurisprudencia internacional y nacional, y en la normatividad propia de los Pueblos Indígenas.

Este carácter de derecho a la salud en el caso de los grupos étnicos, adquiere algunas connotaciones particulares que se pueden expresar así:

- 1) el derecho aplica sobre sujetos colectivos, es decir, que la comunidad es reconocida como un solo sujeto de derecho y en esa medida sin perjuicio de los individuos la interpretación y aplicación de muchas normas debe contemplar las voluntades, decisiones e implicaciones sobre el conjunto¹⁷;
- 2) el concepto de interdependencia de los derechos se presenta en que la salud para los Pueblos Indígenas es también inmediatamente territorio, ambiente, organización sociopolítica y aspectos socioculturales que deben ser garantizados como condición de realización del derecho a la salud;
- 3) el carácter de derecho fundamental de la salud la hace exigible y justiciable para el Estado, y exigible para los Pueblos Indígenas en sus propios términos como sujeto colectivo diverso;

¹⁷ Al respecto, numerosas sentencias de la Corte Constitucional ratifican y desarrollan el concepto de sujeto colectivo de derechos: "La comunidad indígena ha dejado de ser solamente una realidad fáctica y legal para pasar a ser "sujeto" de derechos fundamentales. En su caso, los intereses dignos de tutela constitucional y amparables bajo la forma de derechos fundamentales, no se reducen a los predicables de sus miembros individualmente considerados, sino que también logran radicarse en la comunidad misma que como tal aparece dotada de singularidad propia, la que justamente es el presupuesto del reconocimiento expreso que la Constitución hace a "la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana (...). La protección que la Carta extiende a la anotada diversidad se deriva de la aceptación de formas diferentes de vida social cuyas manifestaciones y permanente reproducción cultural son imputables a estas comunidades como sujetos colectivos autónomos y no como simples agregados de sus miembros que, precisamente, se realizan a través del grupo y asimilan como suya la unidad de sentido que surge de las distintas vivencias comunitarias (...) Los derechos fundamentales de las comunidades indígenas no deben confundirse con los derechos colectivos de otros grupos humanos. La comunidad indígena es un sujeto colectivo y no una simple sumatoria de sujetos individuales que comparten los mismos derechos o intereses difusos o colectivos. (...) El reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en la Constitución supone la aceptación de la alteridad ligada a la aceptación de multiplicidad de formas de vida y sistemas de comprensión del mundo diferentes de los de la cultura occidental (...). El reconocimiento exclusivo de derechos fundamentales al individuo, con prescindencia de concepciones diferentes como aquellas que no admiten una perspectiva individualista de la persona humana, es contrario a los principios constitucionales de democracia, pluralismo, respeto a la diversidad étnica y cultural y protección de la riqueza cultural" (Sentencia T-397, 2018).

4) las dimensiones del derecho incluyen la medicina tradicional indígena como fundamento, el acceso sin discriminación ni barreras de ningún tipo a servicios de salud interculturales y el gobierno, administración y ejecución de los sistemas de salud para garantizar tal derecho en el ámbito de sus territorios; y

5) el derecho fundamental a la consulta previa, libre e informada se torna en el principio ordenador de la garantía del conjunto de derechos de los Pueblos Indígenas, porque no se trata de garantizar derechos para la otredad, sino construir sus términos con la voz y el poder de la diversidad.

En este marco, se hace necesario comprender por qué existiendo una amplia normatividad a nivel nacional e internacional que reconoce las particularidades del derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, la política de salud indígena en Colombia y su desarrollo normativo no las incorpora, o lo hace parcialmente y de manera subordinada al modelo hegemónico y hegemonzante de salud del SGSSS. Así mismo, cuáles han sido los términos de la discusión en la disputa política entre Pueblos Indígenas y Estado

El cúmulo de preguntas que se han venido presentando se podrían articular en una sola: ¿cuáles han sido y cómo se explican las dinámicas, hitos y principales campos de disputa en el proceso de la configuración política de salud indígena en sus expresiones estatales e indígenas en medio de la emergencia contenciosa del sujeto político indígena y la transformación del Estado y el régimen político?

1.2 Hacia la comprensión del problema:

La construcción conceptual del presente trabajo se hizo en un ejercicio permanente de ida y vuelta entre la observación y diálogo con la realidad, y algunos de los enfoques más relevantes y pertinentes.

Siguiendo la lógica de las preguntas de investigación, es preciso plantear un marco de comprensión desde el cual reflejar los aspectos más importantes de los enfoques con los que se fue dialogando progresivamente a lo largo del trabajo. En ese orden de ideas, se analizan en primer lugar los conceptos de los sujetos comprometidos con la configuración de las políticas públicas, en este caso los Pueblos Indígenas como sujeto político y el

Estado y el régimen político, y aquellos que permitan una comprensión de los tipos de relación definitivamente contenciosas entre uno y otro a lo largo de la historia, tomando como referencia el nacimiento del CRIC, en los procesos de construcción de las políticas de salud.

En un segundo momento se trabajan los términos de la discusión y su transformación histórica, involucrados en las formas de relacionamiento entre Pueblos Indígenas y Estado, lo que remite a precisar los enfoques sobre la diferencia, la diversidad y la interculturalidad, desde la perspectiva de los aportes de los estudios de la decolonialidad y la poscolonialidad.

Se utiliza el concepto de Pueblos Indígenas para diferenciarlo de minorías, grupos o comunidades étnicas, porque su connotación está ligada a fortalecer la comprensión de lo colectivo y la noción de sujeto de derecho colectivo, con particularidades históricas, territoriales e identitarias, y sobre todo con proyectos a futuro ligados a la autonomía y la independencia (Stavenhagen, 1995).

Sujeto político, Estado y régimen político, la disputa política y las políticas públicas: es posible en el marco de la presente investigación, establecer la emergencia de un sujeto político indígena que disputa con el Estado colombiano, a través de la resistencia, la movilización y la negociación en el proceso de configuración de las políticas de salud indígena en sus expresiones normativas, institucionales y programáticas, en un marco más amplio de transformación política y cultural. Se habla de sujeto político para dar cuenta de la irrupción colectiva de los Pueblos Indígenas en la política, con la característica de hacerlo en contestación frente a la dominación y explotación colonial del poder, del saber, del ser y de la naturaleza, de matriz eurocéntrica (Quijano, 2000); pero también de la creación de un proyecto político-cultural (Alvarez, Dagnino, & Escobar, 2001) que desestabiliza poco a poco las hegemónicas forma de pensar, valorar y actuar en el mundo (Dussel, 2006).

Tal emergencia y su dinámica concreta, real e histórica es una construcción colectiva, contingente, provisional, heterogénea, discontinua y conflictiva más allá de cualquier sobredeterminación histórica, apoyada en la recuperación progresiva y afirmativa de un pensamiento propio con perspectiva emancipatoria y no solo identitaria. De todas formas, y siguiendo la teoría crítica de la decolonialidad: este sujeto político se define en tanto que

sus desafíos, a través de la lucha por la tierra y el territorio, la unidad político-organizativa y la recuperación y recreación cultural enfrentan las relaciones de dominación y explotación alrededor del mundo del trabajo, la raza y el género como ámbitos de clasificación social que han fundamentado una distribución y unas relaciones de poder subordinantes y homogenizantes, como se desarrollará más adelante (Quijano, 2000).

La emergencia de este sujeto indígena da cuenta de horizontes de disputa que, de maneras conflictivas, va desarrollando una perspectiva histórica (Chakrabarty, 2000), un proceso discontinuo donde va emergiendo una voz colectiva capaz de establecer derroteros y de enunciar la realidad desde singularidades, antes obliteradas por las formas hegemónicas de la política.

En todo caso, este proceso disruptivo comporta una dinámica contradictoria al interior del sujeto político que refleja las tensiones entre la persistencia y la resistencia a ese pensamiento eurocéntrico.¹⁸ El cual como expresión hegemónica de conocimiento y como naturalización de las asimetrías del poder, se ha incorporado en medio de la violencia racializada con sus correlatos epistémicos y políticos a través de la Iglesia y la institucionalidad, primero colonial y luego neo-colonial, en el formato republicano y en el imaginario del Estado-nación homogenizante de corte liberal.

De esto trata esta investigación, de dar cuenta sobre cómo se va estructurando de manera compleja el sujeto político indígena con referencia en el CRIC, como primera organización de su tipo en el país y en la región, al tiempo que se configura de manera contenciosa la política de salud indígena tanto estatal como aquella surgida de su proyecto político cultural.

Por su parte, la discusión sobre Estado y régimen político que trasciende los alcances de este trabajo se aborda provisionalmente con base en el enfoque estratégico relacional de Jessop, que, superando sin desestimar las dimensiones de territorio, población, seguridad

¹⁸ No sería posible explicar de otro modo, satisfactoriamente en todo caso, la elaboración del eurocentrismo como perspectiva hegemónica de conocimiento, de la versión eurocéntrica de la modernidad y sus dos principales mitos fundantes: uno, la idea-imagen de la historia de la civilización humana como una trayectoria que parte de un estado de naturaleza y culmina en Europa. Y dos, otorgar sentido a las diferencias entre Europa y no-Europa como diferencias de naturaleza (racial) y no de historia del poder. Ambos mitos pueden ser reconocidos, inequívocamente, en el fundamento del evolucionismo y del dualismo, dos de los elementos nucleares del eurocentrismo.

e institucionalidad, ofrece una herramienta de valor heurístico más que una nueva definición.

Este enfoque “desplaza la atención desde el Estado hacia el poder estatal y se apoya en la enigmática afirmación de que el Estado es una relación social” (Jessop, 2017, pág. 136) y en esta dirección propone seis ejes de análisis:

(...) (1) el ejercicio del poder del Estado (2) como la condensación mediada institucional y discursivamente (una reflexión y una refracción) (3) de un equilibrio de fuerzas que es variable, (4) y que busca influir en las formas, los propósitos y el contenido de la organización institucional, de la política y de las políticas (5) en coyunturas específicas, marcadas por una mezcla igualmente variable de oportunidades y restricciones, (6) ellas mismas vinculadas a un entorno natural y social más amplio (...). (Jessop, 2017, pág. 137)

Con lo que se sustenta, en diálogo con Foucault¹⁹, que la perspectiva de análisis del Estado nos remite más que a un sujeto, a un tipo de institucionalización dinámica y cambiante de las relaciones de poder en momentos históricos y localizaciones distintas, frente a las cuales la recomendación es:

Tomar como punto de partida, a las formas de resistencia contra las formas de poder (...) como un catalizador químico, de forma de traer a la luz las relaciones de poder, ubicar su posición, encontrar sus puntos de aplicaciones y los métodos utilizados. (Foucault, El sujeto y el poder, sf, pág. 8)

Pero esta forma de ver al Estado conduce adicionalmente a analizarlo en una de sus formas de concreción histórica, el régimen político que da cuenta de “su función estructural y estratégica al reproducir patrones más amplios de explotación, opresión y dominación en tiempos y lugares definidos y con el objeto de cuestionar, modificar o revertir estas asimetrías y sus efectos” (Jessop, 2017, pág. 52).

¹⁹ “La mayor parte del tiempo el Estado es percibido como un tipo de poder político que ignora a los individuos, que mira sólo los intereses de la totalidad, yo diría, de una clase o de un grupo de ciudadanos. Eso es bastante cierto, pero me gustaría subrayar el hecho de que el poder estatal (y esta es una de las razones de su fortaleza) es una forma de poder, al mismo tiempo individualizante y totalizante”. (Foucault, El sujeto y el poder, sf, pág. 7)

El régimen político a través y más allá de los gobiernos y formatos institucionales que adopta el Estado, en tanto organización política en los diferentes momentos históricos, da cuenta de “la articulación específica de sus modos de representación, arquitectura interna, formas de intervención, bases sociales, proyectos estatales y visiones hegemónicas” (Jessop, 2017, pág. 52).

El periodo que abarca esta investigación se caracteriza por una dinámica de modernización política del Estado, en un tránsito entre un régimen político de impronta liberal hacia uno neoliberal, en el que la violencia política, la exclusión y el racismo, primero en el marco del Frente Nacional y luego de la Constitución de 1991, en medio de un sistema político formalmente más plural, se mantienen y se renuevan mientras las élites políticas y económicas se disputan entre sí, y en contra de las mayorías, las formas de acumulación, reproducción y legitimación interna y en articulación con la dinámica económica internacional del capitalismo.

Es relevante dar cuenta del funcionamiento, intencionalidades y capacidades del régimen político a lo largo de este trabajo, para así mismo comprender en general los términos de las disputas entre Pueblos Indígenas y Estado, y en particular las políticas de salud indígena.

En este sentido, la búsqueda de los acontecimientos donde estas disputas se hacen manifiestas constituye un lugar para el entendimiento de la irrupción de un campo de conflictividad social que permite, de un modo u otro, comprender la incidencia de esa irrupción en los marcos discursivos, normativos y contextuales que son objeto de una determinada problematización. La *problematización* hace referencia, como lo señala Restrepo (2008), retomando a Foucault, a las formas en que en algunos momentos históricos ciertos sujetos pueden cuestionar el contexto, sin que por ello estén determinados por ese contexto ni tampoco se encuentren por fuera de él. En palabras del autor:

(...) Las problematizaciones no son simples derivados o expresiones mecánicas de los contextos o situaciones históricas en las que emergen, se transforman y se dispersan. Pero tampoco significa que se encuentren libremente flotantes sin ningún tipo de anclaje o amarres al contexto o situación específica en la que se despliegan. Una problematización dada es un objeto del pensamiento constituido como problema para ciertos individuos; no

es la imposición de un contexto o situación histórica mediante una especie de inconsciente colectivo. (Restrepo, 2008, pág. 127)

La problematización, entonces, debe ser entendida como el momento de la emergencia de un conflicto, de las formas en que conflicto se torna un objeto para el pensamiento y cómo este despliega y desarrolla un campo de acción que va transformando los escenarios históricos por medio de la disputa.

Pensar la disputa a partir de la emergencia de problematizaciones permite, de un lado, entender que los sujetos políticos no se constituyen a partir de condiciones históricas o contextuales, o de la ubicación en determinadas posiciones sociales, sino como una contestación a esas posiciones, lugares y condiciones, es decir, tensionando y excediendo lo existente (Neocosmos, 2016). De otro lado, pensar desde las problematizaciones permite mapear históricamente la aparición de nuevos lugares de enunciación que, en medio de los acontecimientos de los cuales se desprenden, posicionan nuevos debates en las confrontaciones y las agendas en disputa.

Al tener como objetivo caracterizar y explicar el proceso de configuración de la política pública en materia de salud de los Pueblos Indígenas, la presente investigación se propone mapear los eventos y acontecimientos que fueron sedimentando una discusión en materia de salud indígena para el país. De esta forma, se pretende puntar los momentos claves para la conformación de un sujeto político indígena capaz de disputar al Estado, y a otros actores, modos y formas de autonomía y gobierno, para así poder ver y ubicar cómo el tema de salud sale a la superficie y se posiciona como un tema central dentro de estas disputas. Lo anterior, por tanto, solo es posible verlo haciendo un análisis que tenga en cuenta la forma como las políticas públicas, y para el caso las de salud, han sido territorio de disputa de los Pueblos Indígenas, la institucionalidad, las agendas políticas y las interpretaciones de los marcos normativos y los momentos históricos.

De este modo, se entiende que las políticas públicas, sus condiciones de posibilidad y los marcos que delinean, son una suerte de punto dinamizador y al mismo una expresión de las disputas. En este sentido, como sugieren McAdam, Tarrow y Tilly (2005), el proceso de construcción de la política pública se enmarca dentro de la “acción colectiva”, la cual

combina de manera diversas expresiones de “contienda contenida”, que se mueve en los límites de los actores consolidados, y la “contienda transgresiva”, que da lugar al reconocimiento de lo no convencional, lo emergente y lo no establecido en el escenario social.

Entender las políticas públicas dentro de las dinámicas que las postulan y las hacen porosas, es decir, les permite ser un marco de acción, solo es posible si se observan las prácticas en donde dichas políticas tensionan y son tensionadas por actores concretos. De este modo, no se deben entender estas políticas como si por sí solas, definieran una realidad.

Este trabajo retoma el aporte de los estudios de la dinámica de la contienda política en tanto enfatizan la historicidad contenciosa entre actores sociales, y entre éstos y el Estado. Sin embargo, no se sigue completamente su propuesta analítica por cuanto no deja de haber una lectura hacia cierto evolucionismo y preeminencia de la racionalidad en la acción colectiva, no localiza la importancia estratégica del carácter político cultural de las luchas sociales y sus implicaciones derivadas de la diversidad epistémica, axiológica y praxiológica y su papel en la resistencia al sistema de dominación-explotación.

Aparece aquí la necesidad de leer la trayectoria de la disputa política entre Pueblos Indígenas en una lógica de *espiral²⁰ de resistencia y violencia política racializada* que, aunque se modifica en cada vuelta, al mismo tiempo, reitera los términos de las relaciones de colonialidad del poder, del saber, del ser y la naturaleza. Lo que se observa es que en esa espiral hay tramos secuenciales y complementarios marcados por la movilización y la resistencia, acompañados, generados y seguidos por la represión y la estigmatización de *un otro inferior, sin saberes válidos, sin existencia propia incluida la naturaleza*.

A este tramo de la trayectoria, siempre violento en contra de los Pueblos Indígenas, siguen momentos de negociación, acuerdo parcial y en algunos casos formalización de decisiones del Estado que van desde la ambigüedad negacionista hasta la incorporación subordinada de los términos de las demandas. Es decir, un tránsito permanente entre el asimilacionismo que anula y el integracionismo que reconoce, pero subordina homogenizando. En general

²⁰ Sucesión creciente de acontecimientos (RAE, 2018).

se siguen momentos de represión y violencia política en contra del sujeto político indígena por haber desafiado el orden y la razón de Estado, ejercicio de cooptación y sobre todo incumplimiento total o parcial, tanto porque no se ejecuta lo pactado, por cuanto parte de lo que se cumple, vuelve y juega se hace bajo las lógicas del poder y el saber oficial.

En el salto de nivel a través del tiempo, en el siguiente anillo de la espiral, se reitera el proceso anterior, pero tanto las demandas se enriquecen porque hay siempre aspectos complementarios y emergentes por parte del sujeto político, como las respuestas o las ofertas se transforman porque el Estado y el régimen político han modificado parcialmente sus lógicas.

En otras palabras, por ejemplo, las luchas por la tierra están desde el nacimiento del CRIC y el movimiento indígena, pero el sujeto político indígena no solo no ha logrado satisfacer en cantidad y calidad tales demandas, sino que ha transitado ahora a la lucha por la tierra en tanto territorio y por lo tanto exige el cese de la minería y los megaproyectos energéticos y de infraestructura, así como la consulta previa como requisito para cualquier intervención estatal. Y en esta vía, tal disputa y sus respectivas demandas todavía por tierras y territorios fuertemente insatisfechas por el Estado, recientemente ha transitado al llamado proceso de liberación de la madre tierra del modelo depredador del capitalismo. Entre tanto, miles de víctimas han padecido violaciones de derechos humanos y de violencia política.

Al mismo tiempo el Estado y el régimen político, en el marco del proceso de modernización política, incumplieron y reprimieron cuando las demandas eran por determinadas cantidades de hectáreas, y aún bajo el discurso de la reforma agraria y la sustitución de importaciones, transitaron hacia la agenda neoliberal de creación de un mercado de tierras y de apertura de mercados, con lo que los términos y los sentidos de la política estatal se transformaron radicalmente y, por lo tanto, el incumplimiento se complejiza porque no solo no se entregan las tierras exigidas, sino que los intereses del mercado en la matriz del régimen político no pasan por la redistribución y productividad de la tierra, sino justo por el extractivismo y el monocultivo industrial en el caso del norte del Cauca, de caña de azúcar.

En el hilo conductor de la espiral, lo que permanece en la disputa es la violencia política, la exclusión del régimen político y la reedición del racismo estructural, pero también la

permanente resistencia de los Pueblos Indígenas para la defensa de la vida y la integridad del territorio, el desarrollo de formas alternativas y autónomas de producción, el combate al narcotráfico, la minería ilegal y los actores armados de todo tipo; emergiendo así en todos los campos una política propia que expresa su ejercicio de autoridad y la vigencia del proyecto político-cultural. Esta espiral contribuye a explicar y recorrer la disputa política en todos los campos, pero sobre todo en educación y en salud, el objeto de este trabajo.

En el marco de análisis sobre el sujeto político indígena, el Estado, el régimen político, se asumen las políticas públicas incluidas las de salud indígena como el conjunto de decisiones y prácticas que se expresan en normas, instituciones y programas que revelan marcos de acción política más amplios y sus perspectivas epistemológicas, axiológicas y praxiológicas hegemónicas y las variantes resultados del nivel de correlación de fuerzas al interior del Estado y en relación con la sociedad y sujetos políticos concretos como los Pueblos Indígenas.

Pero también, y con el mismo nivel de importancia se analizan las políticas públicas como aquellas que el sujeto político indígena, produce y materializa en institucionalidades, normas y acciones en ejercicio de su autonomía, autoridad en el territorio y en el marco de la Ley de Origen, el Derecho Mayor, el Derecho Propio y a través de los Planes de Vida como ejercicios de prospección que desafían la planeación positivista y acrítica del desarrollo, cuyo fundamento eurocéntrico está plenamente ligado a la lógica depredadora del capitalismo global.

Unas y otras se imbrican y se disputan a cada momento el lugar dominante, sin embargo, las políticas del Estado y el régimen político, dado su poder y capacidad totalizante, su pretensión universal y eurocéntrica y su anclaje institucional, económico y legal penetran y presionan permanentemente los ejercicios de poder autónomo.

En la teoría del análisis de las políticas públicas no hay acuerdo sobre si la sociedad civil produce autónomamente políticas públicas. No obstante Roth en sus trabajos al respecto recoge una línea de trabajo al respecto, la cual siguiendo a: “Débora Stone, definió la política pública como ‘algo que las comunidades tratan de hacer en tanto comunidades’ (Stone, 2002:18) (...) [por lo cual] la política pública desborda el ámbito estrictamente

gubernamental o estatal” (Roth Deubel, 2017, pág. 21). El presente trabajo pretende dialogar con esta línea de análisis desde una perspectiva y contexto distinto, en el cual se considera que los Pueblos Indígenas construyen políticas con vocación de poder.

Sin embargo, esta investigación se sitúa en el horizonte de análisis propuesto, y por ello dará cuenta, a través de los periodos analizados, de cómo se configuran contenciosamente las políticas públicas de salud indígena desde el Estado, con su impronta de integracionismo subordinante de las demandas y las lógicas indígenas. En esta línea, se busca profundizar en cómo se han construido las políticas indígenas de salud que tienen su centro en lograr gobernar desde una institucionalidad y normatividad propias, para que las prácticas en salud en sus territorios, tanto tradicionales como occidentales, sean un ejercicio que, según se considera aquí, entren a hacer parte de las luchas por descolonizar el poder y el saber desde una diversidad epistémica y política.

Este ejercicio de análisis de las políticas de salud en una perspectiva histórica dialoga con el enfoque sociopolítico presentado por Hernández (2004) y utilizado por este autor para estudiar la historia de las políticas públicas de salud, como una herramienta que permite indagar cómo se desarrollan los procesos sociales e institucionales de transformación de las políticas públicas en el marco de análisis globales sobre el Estado y la sociedad, pero con la capacidad de dar cuenta de la dinámica particular e histórica de cada caso. En este escenario, “los actores sociopolíticos del campo de la salud son todos aquellos que compiten por este capital simbólico y material al que denominan salud, y que están dotados de intereses y capacidades específicas” (Hernández, 2004, pág. 69), y “(...) que les permiten defender modelos de organización sectorial que supone una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en él” (Belmartino y Bloch en Hernández, 2004, pág. 69).

Los términos de la discusión en la construcción de las políticas de salud indígenas y estatales: hacia una interculturalidad de relaciones de poder y saber no asimétricas.

Para el caso de las políticas en salud para Pueblos Indígenas, caso donde existe una escasez de trabajos (Hernández, 2003), es necesario entender que las tensiones que dinamizan estas políticas están atravesadas por una obliteración política e histórica del

saber indígena sobre el cuerpo, el territorio, la enfermedad, la cura, la vida, la muerte, las formas de relación con la naturaleza y las prácticas culturales e identitarias.

Esta obliteración ha sido definida por Foucault como aquellos “contenidos históricos que fueron sepultados o enmascarados dentro de coherencias funcionales o sistematizaciones formales” (Foucault, 1992, pág. 22). Los esquemas de salud hegemónicos están diseñados dentro de una matriz de normalización, como sugiere Foucault (2005), es decir, a partir de la regulación, la predicción y la intervención sobre la población como un cuerpo –como, por ejemplo, la salud pública hace en general– y la disciplina e instituciones que se instauran en el seno de cada cuerpo dentro de la sociedad –como por ejemplo las relaciones medico/paciente–. Esta matriz establece dentro del campo social la validez o invalidez de ciertos saberes, así como también de ciertos sujetos que son jerarquizados, en un intento de estandarizar la heterogeneidad social y de prescribir la realidad política.

En términos de Aníbal Quijano (2000), la matriz sobre la que se da esta desigualdad en América Latina y las formas de normalización de sujetos y saberes está ligada a una episteme colonial que instaura una forma de clasificación social racializada y de ejercicio de esa *colonialidad*. Retomando a Wallerstein (2003), para quien las dinámicas societales no se dan como internos a una sociedad, sino que estas solo se pueden entender a partir de procesos sociales mundiales, como la conquista de América, lo que instaura un sistema mundo-moderno, Quijano (2000) propone que a partir del colonialismo europeo sobre América deviene un *patrón de poder global capitalista*. Para el autor, este patrón de poder es ejercido a partir de cinco ámbitos de clasificación social:

(...) (1) el trabajo y sus productos; (2) en dependencia del anterior [el trabajo y sus productos], la “naturaleza” y sus recursos de producción; (3) el sexo, sus productos y la reproducción de la especie; (4) la subjetividad y sus productos, materiales e intersubjetivos, incluido el conocimiento; (5) la autoridad y sus instrumentos, de coerción en particular, para asegurar la reproducción de ese patrón de relaciones sociales y regular sus cambios. (Quijano, 2000, pág. 345)

Dicho patrón de poder global, como sugiere el autor, es una forma de administración y gestión de la diferencia, de las formas en cómo deben ser gobernadas las subjetividades y

cómo estas son reducidas a posiciones sociales racialmente marcadas, a partir de una geopolítica de los cuerpos, los recursos, los territorios, la naturaleza y los saberes.

Este planteamiento se articula con el trabajo de Wallerstein (1974-1989), alrededor del concepto de “moderno-sistema-mundo”, el cual hace referencia a que este tipo de relaciones por primera vez en la historia reúnen tres elementos de globalidad: articulación de todas las relaciones sociales, hegemonía institucional sobre esas relaciones sociales, interdependencia de las relaciones sociales y cobertura sobre la totalidad de la población del planeta. De esta manera la colonización con base en lo étnico se ha instalado a nivel global.

No obstante, autores como Mignolo, Quijano, Walsh, Maldonado y Escobar, entre otros, pertenecientes a la corriente crítica social latinoamericana, han acuñado los conceptos de: colonialidad del poder²¹ –*inferiorización fenotípica y sexual*–; colonialidad del saber – *universalización epistémica de conocimientos situados, histórica y geográficamente, dentro del marco colonial europeo*–; colonialidad del ser²² –*imposibilidad de existencias distintas con poder*–; y colonialidad de la naturaleza²³ –*recurso explotable*–. Estos conceptos han sido acuñados en el marco del análisis decolonial para dar cuenta de cómo la colonialidad es una matriz de sometimiento de subjetividades y materialidades que trasciende la época colonial en América, África y Asia. Esta matriz, claro, se presenta bajo nuevos formatos en la fase neoliberal de las relaciones de dominación y explotación del capitalismo global y sus procesos de clasificación social. Por lo que, para la perspectiva decolonial, más allá y retomando los aportes de los estudios poscoloniales, está pendiente:

²¹ Implica que la clasificación social sobre la jerarquía racial y sexual ha esencializado y racializado la existencia de identidades sociales de superior a inferior como blancos, mestizos, indios, negros bajo la hegemonía del capital (Walsh, 2008).

²² “La colonialidad del ser, un tercer eje, es la que se ejerce por medio de la inferiorización, subalternización y la deshumanización: a lo que Frantz Fanon (1999) se refiere como el trato de la «no existencia». Apunta la relación entre razón-racionalidad y humanidad: los más humanos son los que forman parte de la racionalidad formal –la racionalidad medio-fin de Weber que es la racionalidad de la modernidad concebida a partir del individuo «civilizado»–. Es a partir de esta racionalidad que se piensa el Estado nacional, históricamente haciendo que los pueblos y comunidades indígenas aparezcan como los bárbaros, no-modernos y no-civilizados, y los pueblos y comunidades negras – más que todo en la región andina– como no existentes o, en el mejor de los casos, extensión de los indígenas” (Walsh, 2008, pág. 138)

²³ Encuentra su base en la división binaria naturaleza/sociedad, descartando lo mágico-espiritual-social, la relación milenaria entre mundos biofísicos, humanos y espirituales, incluyendo el de los ancestros, la que da sustento a los sistemas integrales de vida y a la humanidad misma (Walsh, 2008, pág. 139).

(...) la segunda descolonización —a la cual nosotros aludimos con la categoría decolonialidad— tendrá que dirigirse a la heterarquía de las múltiples relaciones raciales, étnicas, sexuales, epistémicas, económicas y de género que la primera descolonización dejó intactas. Como resultado, el mundo de comienzos del siglo XXI necesita una decolonialidad que complemente la descolonización llevada a cabo en los siglos XIX y XX. Al contrario de esa descolonización, la decolonialidad es un proceso de resignificación a largo plazo, que no se puede reducir a un acontecimiento jurídico-político. (Castro Gómez & Grosfoguel, 2007, pág. 17)

En este orden de ideas, la decolonialidad implica un camino hacia “una radical reconceptualización de la teoría y política en América del Sur, que actualmente está ocurriendo en Ecuador y Bolivia, países envueltos en la labor de re-fundar el Estado e interculturalizar, plurinacionalizar y descolonizar sus estructuras e instituciones” (Walsh, 2008, pág. 135). Lo que se plantea en este trabajo es que los aportes de la perspectiva decolonial contribuyen a la comprensión de la emergencia política y epistémica del movimiento indígena colombiano y en particular del CRIC, muy a pesar del reduccionismo existente en los discursos del Estado y la sociedad sobre el carácter de minorías poblacionales que se asigna de manera racializada a los Pueblos Indígenas y Negros.

Para los intereses de este trabajo, vale la pena detenerse en la colonialidad del saber, la cual, siguiendo a Walsh (2005), es la represión de otras formas de producción del conocimiento que escapan a las lógicas eurocéntricas, reduciendo estos conocimientos, en la mayoría de los casos, a saberes primitivos o atrasados bajo una naturalización de la raza. La producción de la diferencia, en tanto que gestión y administración de las subjetividades y las identidades, termina por producir sujetos, territorios y saberes como marginales y periféricos bajo líneas de negación. A estas líneas de negación Boaventura de Souza Santos (2009) las llama líneas abismales, líneas en las cuales se plantea una relación especular que permite afirmar un orden. Mignolo (2005) define estos espacios como lógicas que, si bien no están por fuera del sistema mundo-moderno colonial, han sido producidas como exteriores.

En este sentido, la racionalidad estatal, marco sobre el cual se concreta esta forma de gobierno, parece establecer como plano de inmanencia de su control los márgenes que traza como límites de esta negación. En última instancia, lo que se pone en juego es la

gestión de la vida desde formas de extracción de valor y privilegio, que son colocadas en detrimento de ciertos cuerpos ubicados socialmente de manera identitaria. La medicina, como señalan (Das & Poole, 2008), es uno de los lugares privilegiados para pensar esos márgenes, puesto que, de un modo u otro, tiene el papel de definir lo normal o la norma.

Las matrices de normalización y de naturalización de las identidades, como políticas de la identidad (Mignolo, 2008), entonces, excluyen al tiempo que pretenden gobernar ese espacio de exclusión, lo que abre un eje negativo de existencia que siempre es objeto de disputa. Este eje de disputa es, a consideración de esta investigación, el lugar donde emerge la capacidad de enunciar un saber propio que el sujeto colectivo indígena reclama como una episteme válida y necesaria para atender sus problemas de salud, y que es transversal a sus formas de gobierno y planes de vida. El hecho de que este eje negativo de existencia sea el contexto de emergencia de dicho sujeto colectivo no significa, como se dijo anteriormente, que se reduzca a él. Por el contrario, el sujeto colectivo indígena surge en contestación a esta matriz, ya sea impugnándola, modificándola, o ampliándola.

De este modo, la disputa sobre las formas de entender la salud ha estado marcada por una relación desigual entre una forma hegemónica de conocimiento y otras matrices de saber sobre el cuerpo, el territorio, la comunidad y la pertenencia. Dicha relación desigual, en el contexto latinoamericano, ha estado marcada por formas de racialización, de control y de gobierno de las poblaciones indígenas y de otros grupos considerados minoritarios en relación con el grueso poblacional.

Las dinámicas de diferenciación y reconocimiento dentro de estos escenarios han puesto en práctica diversas estrategias desde los diferentes sujetos inmiscuidos en la disputa, moviéndose entre las normatividades, los marcos de racionalidad estatal y las reivindicaciones por la autonomía y las formas propias de gobierno de los Pueblos Indígenas. Es decir, ha sido un proceso de lucha y negociación que ha incidido sobre las matrices en las cuales se ha entendido la salud.

Es en medio de este proceso de lucha y negociación en donde se entiende la emergencia de un sistema de salud intercultural, es decir, un sistema de salud donde lo que está en juego es el reconocimiento mutuo de saberes y prácticas en salud, pero que de ninguna manera se da de forma mecánica, sino en medio de relaciones desiguales de poder que

deben ser desestabilizadas para que el sujeto político emerja con un saber propio, en el marco de un ejercicio autonómico de la autoridad basada en la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio en los territorios: es decir, asumiendo la diversidad epistémica, axiológica y praxiológica ya mencionada.

Para hablar de interculturalidad deben considerarse dos aspectos importantes, según lo que se ha desarrollado hasta aquí. El primero de ellos implica que, de las políticas de la identidad, es decir de la gestión de los cuerpos a través de una matriz colonial, se pasa por medio de la lucha de los grupos que han sido culturalizados, a una disputa de identidades en política. Es decir, a una desnaturalización de los marcos de dominación:

No hay, pues, la necesidad de argumentar que la política de la identidad se basa en la suposición de que las identidades son aspectos esenciales de los individuos [...] La identidad en política es relevante no solamente porque la política de la identidad permea [...] todo el espectro de identidades sociales, sino porque el control de la política de la identidad reside, principalmente, en la construcción de una identidad que no parece más como tal, sino como la apariencia natural del mundo. (Mignolo, 2008, pág. 289)

En este sentido, la interculturalidad se encuentra justo en oposición al multiculturalismo, que es el segundo punto que interesa en este tema. La multiculturalidad supone un marco de reconocimiento de la diferencia siempre y cuando esta diferencia sea dócil a la matriz colonial del poder y no desestabilice la forma de gestión de la heterogeneidad, de la diferencia y de la atribución de identidades o no ponga en cuestión ciertas autoridades y conocimientos. El multiculturalismo celebra la diversidad, pero solo si esta es capaz de esencializar y normalizar las relaciones de subordinación bajo una idea falsa de tolerancia al otro. Para Catherine Walsh (2002), por el contrario:

Más que apelar a una tolerancia del otro, la interculturalidad [...] busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes: una interacción que reconoce y parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales para que el "otro" pueda ser como sujeto con identidad, diferencia y agencia [...] se trata de impulsar activamente procesos de intercambio que, por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas, permitan construir espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. (pág. 205)

Para la autora, entonces, la interculturalidad más que un acto pasivo de aceptar al otro constituye procesos de incidencia de formas de pensamiento otros, de sus voces, sus saberes y sus prácticas, más allá de cualquier matriz de normalización, pero sin olvidar las desigualdades en las que estas formas otras deben abrirse paso. La interculturalidad, en este sentido, significa el espacio de la tensión y disputa de las identidades en políticas y las políticas de la identidad, en donde las formas de conocimiento, como base para el entendimiento de una cierta realidad social o corporal, están puestas siempre en cuestión, aunque no se trate de deslegitimar ninguno de esos conocimientos como falso, sino como menos adecuado a ciertas realidades concretas.

De otra forma, entender la interculturalidad como relaciones de poder asimétricas “(...) no sigue una simple división binaria entre dominadores y dominados sino que es rizomático, constituyendo una densa filigrana que se dispersa a través del cuerpo social atravesando cuerpos, produciendo subjetividades, individualizando, regulando y normalizando” siguiendo a Foucault (Restrepo, 2004, pág. 88).

Esto último es de vital importancia para comprender los resultados netos en las expresiones normativas, institucionales y programáticas de la actual política pública de salud indígena, pues fruto de la disputa en las relaciones de poder en cada momento histórico, adquieren una configuración compleja, contradictoria con resultados que implican nuevas y particulares asimetrías en las relaciones de poder para los diferentes actores sociopolíticos involucrados.

Con el fin de redondear el marco heurístico de esta investigación, sobre todo en lo relacionados con los términos de la disputa entre Pueblos Indígenas y Estado, se hacen necesarias unas notas de precisión sobre etnicidad, raza y racismo estructural.

La producción alrededor de la etnicidad es abundante y compleja. Restrepo (2004) en su cartografía de los estudios de la etnicidad plantea que las tensiones más gruesas se encuentran entre los planteamientos esencialistas tanto de tipo ontológico biológico, cultural y de determinismo estructural, como reduccionista de tipo culturalista frente a las tendencias constructivistas y posteriores al constructivismo, ligadas a las teorías de la postcolonialidad,

las cuales reivindican la singularidad e historicidad de cada proceso particular, sin renunciar a contextualizaciones integradoras y diversas.

La etnicidad se considera una forma renovada y particular de dominación porque:

(...) se ejerce mediante una estrategia de 'otrerización' eurocentrista, constituyente de la metafísica occidental, e involucrando la producción de un marcado Otro en contraste radical e insalvable con una no marcada Mismidad. La teoría postcolonial es una intervención que, mediante la historización del locus de enunciación, desestabiliza esa estrategia de otrerización, implosionando la dicotomía de la alteridad propia del pensamiento metafísico colonial. (Restrepo, 2004, pág. 25)

La evidencia histórica indica que con base en lo étnico y lo racial se han naturalizado múltiples procesos de dominación/explotación de unos grupos sociales sobre otros, lo cual ha hecho parte de la estructuración de sociedades divididas en clases y de relaciones internacionales de subordinación, donde el poder blanco-mestizo-masculino ha estado casi siempre imbricado dentro de las clases dominantes de los países centrales y en los pequeños grupos de poder que articulan la dominación en los países pobres. Al mismo tiempo, las poblaciones afro, indígenas y de otros grupos étnicos/raciales dominados y explotados han estado en las clases subordinadas de las sociedades ricas y mayoritariamente en los países pobres.

Una comprensión de este fenómeno requiere la superación de las concepciones naturalizadas de etnia y raza, y la asunción de un planteamiento más dinámico e histórico en el que éstos conceptos se consideran construcciones sociales que hacen alusión, en el caso de la raza, a las marcas fenotípicas (Hopenhayn & Bello, 2001); y en el de etnia, a la superación del determinismo biológico que pretendió asignar a cada tipo de rasgos fenotípicos, ya no solo condiciones supuestamente distintas de capacidad, sino perfiles de comportamiento sociocultural inmanentes, y casi siempre despreciables para el poder hegemónico, cuando de negros o indios se trataba. Es decir, expresiones de la colonialidad del poder y del saber.

La etnia como construcción social es un campo activo de elaboración histórica y cambiante de contenidos de identidad sociocultural con fundamento en formas tradicionales de ver el mundo, mitos de origen, de linaje, prácticas religiosas, lengua e institucionalidades propias

(Smith, 1997). Adicionalmente, lo étnico es un campo de relaciones de poder entre distintos, que asume formas de resistencia, negociación e integración subordinada o de liberación, en palabras de Dussel (2006): ante la dominación, y por lo tanto, es ante todo un campo de acción política que depende de los niveles de conciencia y de la ubicación social y material dentro de la estructura de clases de los grupos que asumen las distintas pertenencias.

En síntesis, se plantea que es necesario asumir lo étnico como un campo complejo, diverso y en movimiento; que debe superarse cualquier tipo de esencialismo que dé estatus de verdad a una supuesta inmanencia biológica o cultural, o que consagre como dado un cierto determinismo social e histórico; que lo étnico es una construcción social e histórica en la que es definitivo caracterizar y entender las relaciones de poder y de saber. En fin, que es un campo de disputa en donde los grupos subordinados construyen procesos de resistencia y el conjunto de los grupos e institucionalidad hegemónica reproducen y amplían relaciones de dominación, en el marco del proceso de constitución y desarrollo del capitalismo, bajo una impronta de patrones ideológicos ligados a la profundización de la colonialidad del poder eurocéntrica que tuvo la capacidad de reificar la etnia y la raza. Y a partir de allí, dar mayor contenido a las relaciones de dominación y explotación que constituyen buena parte de la matriz de inequidad actual. El concepto de raza se asume como estructural y estructurante porque en las nuevas y refinadas formas de la colonialidad del poder, del saber, el ser y la naturaleza, aparece de manera permanente e inequívoca una vocación profunda del Estado, el régimen político y la sociedad en general de discriminación, segregación, violencia política y usurpación cuya distribución profundamente inequitativa se superpone sobre la cartografía de las diversidades.

Desde tal perspectiva, en este trabajo se insistirá en leer críticamente el concepto de grupos étnicos, por cuanto en general revela una lectura de profunda racialización de la diferencia, de una ratificación de la existencia naturalizada de una *otredad, de la alteridad*, que en el marco de la constitución política tiene pleno reconocimiento, siempre que su voz y su decisión esté en el marco subordinado de las definiciones de la fase neoliberal de la hegemonía en términos de organización de la sociedad, del Estado y las políticas públicas de salud, pero también de pensar y actuar en salud. Frente a esta forma de leer el proceso de configuración de las políticas públicas, este trabajo pretende dar cuenta de un sujeto

político que irrumpe, que emerge recuperando y construyendo un proyecto emancipatorio que tiene profundas raíces en una diversidad epistémica, axiológica y praxiológica.

Siguiendo las pistas aportadas por Quijano en relación con los ámbitos donde se da la confrontación de las relaciones de poder alrededor de procesos de explotación, dominación y conflicto, se estarían configurando tres escenarios de gran relevancia para el presente análisis: el de la confrontación en las formas de pensar y actuar en salud; el de la naturaleza y el mundo del trabajo; y el de la autoridad y la institucionalidad de reproducción de dichas relaciones, atravesados todos por las relaciones de género. Estos planteamientos tienen cercanía con los aportes desde la epidemiología crítica de Breilh (2003) para quien la etnia es una categoría especificadora dentro de una jerarquía donde la base ontológica primordial de todo poder es la acumulación de la riqueza. La etnia, según Breilh, daría cuenta de la división del trabajo y de las relaciones de poder con base en la clasificación racial como proceso sociobiológico y se reproduce en forma de relaciones económicas y procesos ideológicos y políticos.

Finalmente, en esta perspectiva y con intencionalidad metodológica, se retomará el concepto de “formación discursiva” de Foucault (1999), referido a la práctica social del discurso, aquel que materializa las intencionalidades en este caso en los diferentes momentos de la disputa política que representa la configuración de las políticas de salud indígena desde el Estado y desde los Pueblos Indígenas y su perspectiva intercultural como lucha de poderes y saberes (Restrepo, 2004).

1.3 El desarrollo metodológico

En este trabajo, se ha partido de considerar el objeto de investigación como de naturaleza subjetiva, concreta e histórica, por lo tanto, no está predeterminado y no existe independiente en la realidad. Epistemológicamente, el investigador hace parte de la realidad de la investigación y en el mundo del objeto en una relación permanente de transformación mutua. Como se mencionó, el Investigador ha hecho parte del proceso de construcción de la política de salud indígena, en particular desde el Cauca a partir de 1988, por lo que ha sido testigo de excepción de varios de los acontecimientos y momentos culminantes en el proceso de disputa entre Pueblos Indígenas y Estado. En esa medida, se

hará un esfuerzo metodológico por hacer consciente la carga afectiva y valorativa propia de la experiencia compartida con el CRIC, pero sobre todo por presentar la mayor documentación empírica posible sobre los hechos y el problema estudiado.

Desde el punto de vista de métodos, se asumió la investigación como cualitativa en concordancia con las asunciones ontológicas, epistemológicas y axiológicas plasmadas. La investigación se ubica en la teoría crítica latinoamericana y asume en su dinámica la práctica investigativa como una práctica social con perspectiva transformadora, con carácter flexible e interdisciplinario.

A continuación se presentan las principales fuentes primarias y su abordaje, que sirvieron de fundamento para el desarrollo de la investigación; los hitos de política pública y política indígena de salud que marcaron su construcción contenciosa con algunos de los aspectos contextuales más importantes a nivel de régimen político, dinámica internacional durante los cinco periodos estudiados; y una relación de las principales fuentes documentales trabajadas según cada sujeto e instancia relevante en la disputa política.

Las voces habladas y escritas más relevantes sobre la construcción de la política de salud indígena

Se llevaron a cabo 17 entrevistas a profundidad en la ciudad de Popayán, el municipio de Toribío y en Bogotá. Se seleccionaron hombres y mujeres que participaron prácticamente en todos los hitos de construcción de la política de salud desde el CRIC, el Pueblo Arhuaco y algunos como colaboradores durante diferentes etapas del proceso. Algunos de ellos han estado también en cargos públicos a nivel nacional y regional y como administradores de hospitales en el Cauca. Las preguntas orientadoras de las entrevistas, con algunas variaciones dependiendo del perfil y temporalidad de participación en el proceso del entrevistado, giraron alrededor de indagar los cambios en relación con los conceptos de salud y medicina tradicional, la historia del Programa de Salud y de toda la institucionalidad indígena en salud en los componentes político-organizativo, administración-gestión, formación e investigación y cuidado de la salud; finalmente sobre la participación y caracterización de los momentos de resistencia, movilización y negociación frente al Estado en materia de derechos y salud indígena, y también la operación y gestión de acciones

propias de la organización o de las instituciones públicas cuando había lugar. En la siguiente tabla se resume el perfil de los entrevistados:

Tabla 1: Resumen de Entrevistas.

Nombre	Caracterización básica
Alcibiades Escué	Indígena Nasa. Licenciado en Ciencias Sociales. Exagente comunitario de salud, primer coordinador del Programa de Salud del CRIC (años 80), gerente de la Asociación Indígena del Cauca- AIC-EPSI, (década del 2000), actual alcalde de Toribío.
Betty Bustamante	Enfermera colaboradora del Programa de salud del CRIC en los años 80 y actualmente profesional de la Asociación Indígena del Cauca-AIC-EPSI.
Manuel Sisco	Indígena Nasa. Sabedor Ancestral, Antropólogo. Miembro del programa de educación del CRIC actualmente docente de la Universidad Autónoma Indígena Intercultural UAIIN.
Francisco Rossi	Médico miembro de equipo de salud en Tierradentro en los años 80.
Jesús Piñacué	Indígena Nasa de Tierradentro. Abogado, Exgobernador de Calderas, Expresidente del CRIC años 1995-1997, Exsenador de la República 1998-2002. Ponente del Proyecto de Ley 691 de 2001.
Angélica Aguilar	Enfermera colaboradora del CRIC desde inicios de los años 80, coordinadora del Programa de Salud del CRIC, Exgerente de la Asociación Indígena del Cauca-AIC, gerente del Hospital de Toribío.
Marciana Quirá	Indígena del Resguardo de la Gaitana, con ancestros del Pueblo Guanaca. Exagente Comunitaria de salud, expromotora de Salud, excoordinadora del Programa de Salud del CRIC, exgerente de la Asociación Indígena del Cauca.
Hugo Portela Guarín	Antropólogo Universidad del Cauca, experto en antropología de la salud y en la medicina tradicional Nasa.
Alba Mery Rivera	Indígena Nasa. Exagente Comunitaria de salud, Exencargada de atención de pacientes en el Programa de Salud del CRIC, miembro de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPSI de Toribío.
Luz Ángela Palacios	Antropóloga colaboradora del Programa de Salud del CRIC desde los años 90, coordinadora de la escuela de etnosalud de la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca-ACIN, década del 2000.
Aida Quilcué	Indígena Nasa de Tierradentro, expromotora de salud, exgobernadora de Pickwe Tha Fiw, exconsejera mayor del CRIC 2007-2009.
Belkis Izquierdo	Indígena Arhuaca. Abogada, exgerente de la Empresa Promotora de Salud-Dusa Kawi del Pueblo Arhuaco.
David Curtidor	Administrador. Miembro de la UTL del Senador Piñacué en el periodo 1998-2002. Impulsor del Régimen Especial Indígena-REIS y asesor del Proyecto de Ley 691 de 2001.
Alcides Muse	Indígena Nasa. Administrador Público. Expromotor de salud indígena, exgerente de la Asociación Indígena del Cauca-AIC, excoordinador del Programa de Salud del CRIC, delegado de la ONIC en la Subcomisión Nacional de Salud.

Funcionario Ministerio de Salud y Protección Social	Experiencia de más de 15 años en trabajo en salud con comunidades indígenas desde el Estado.
Henry Caballero	Colaborador del CRIC, exmiembro del movimiento Quintín Lame, exasesor de paz de la Gobernación del Cauca. Asesor actual de proyectos del CRIC.
Edgar Otavo	Indígena Pijao. Líder de salud del Consejo Regional Indígena del Tolima-CRIT y miembro de la Subcomisión Nacional de Salud.

Un análisis general de los discursos presentes revela la profunda convicción de que lo que está en cuestión en materia de salud indígena son los términos de la conversación con el Estado, el régimen político y la sociedad, y no solo los contenidos, como lo señalan las teorías de la decolonialidad.

Es decir, la lucha por una salud desde los Pueblos Indígenas ha sido un ejercicio que inicia por poner los términos de diversidad epistémica y política sobre la mesa, para pasar en medio de la discriminación y la violencia política, material y simbólica, a negociar cómo adecuar parcialmente contenidos dentro de las matrices primero de corte liberal y luego neoliberal, colocadas desde la institucionalidad estatal y biomédica. Es una larga lucha de explicarle al que *no se piensa sí mismo, que es el que enuncia al otro* –el funcionario, el médico, el cura, el operario, el profesor, el policía, el gerente– que hay otras existencias y formas de ver.

Los entrevistados participantes del proceso explican cómo se resiste apropiando lo impuesto por el Estado y el modelo biomédico, al tiempo que se generan alternativas desde la comunidad, la organización y la medicina tradicional, siempre en un eterno proceso de transición en el que se busca ganar capacidad de gobernar, en el territorio, tanto lo hegemónico como lo propio en salud.

Una segunda fuente la constituyó la revisión de los Periódicos del CRIC, Unidad Indígena, que cubrió exhaustivamente el total de los números producidos y disponibles en el centro de documentación de la Universidad Autónoma Indígena Intercultural (UAIIN). En total se analizaron 106 números que abarcaron el periodo comprendido entre enero de 1975 y diciembre de 1993, es decir, 18 años de historia. Adicionalmente se revisaron dos ediciones especiales de 1986 en la conmemoración de los diez años del periódico y un boletín extra

en 2005. Esta revisión se hizo bajo una matriz de búsqueda ordenada de los acontecimientos y los discursos presentes alrededor de hitos de las luchas indígenas (movilizaciones, tomas de carreteras, paros, bloqueos, etc.), las recuperaciones de tierras y los registros sobre los Congresos del CRIC y de otras organizaciones indígenas, y los procesos de alianzas con otros sectores sociales con énfasis en identificar los tipos de demandas y motivaciones en materia de salud, medicina tradicional, la organización del CRIC y del movimiento indígena en salud, así como los procesos de capacitación. Igualmente, se buscaron los hechos de negociación con el gobierno, las declaraciones de actores clave como los terratenientes, la Iglesia y los funcionarios que tienen injerencia sobre los Pueblos Indígenas y sobre la salud. De manera complementaria, se desarrolló un respaldo fotográfico de las noticias, titulares, columnas y entrevistas que resultaban relevantes para el trabajo. En el periodo cubierto por los números revisados se encontraba al menos una noticia mensual de alguna forma de movilización, resistencia, negociación e incidencia e igualmente al menos una sobre violación grave de derechos humanos.

En nueve de las movilizaciones se encontraron alusiones directas a salud y medicina tradicional, sin que eso signifique, como se verá, que en todas estuviera presente como parte de las luchas por la tierra, la unidad y la cultura.

Se presentan aquí tres ejemplos de noticias que registran el proceso de profunda disputa entre Pueblos Indígenas y Estado en medio de la violencia política y la discriminación del que se ocupa esta investigación como arena y medio en la que se forjan las políticas públicas en general y de salud indígena en particular.

Fotografías de periódicos de Unidad Indígena del CRIC



En el primero se observan las agresiones combinadas entre terratenientes y fuerza pública, típicas del patrón de represión de los años 70 para enfrentar procesos de recuperación de tierras (izq. Superior-Julio 1976-Paniquitá-Cauca); la interrelación del CRIC con las luchas sociales generales del país como, por ejemplo, en la participación en el paro cívico nacional de 1977 (Der. Superior-octubre 1977); y la articulación con el movimiento indígena global y la incidencia en Naciones Unidas, frente a la Organización Internacional del Trabajo-OIT para influir en lo que se convirtió en el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas que se convertiría casi una década después en el Convenio 169 (Inf. Abril de 1989).

Con el fin de reconocer las particularidades del discurso de la prensa privada y comercial a nivel local y nacional, se procedió a hacer la búsqueda y análisis de noticias sobre los Pueblos Indígenas, con énfasis en sus procesos de movilización y resistencia y en la respuesta y acción estatal.

Este proceso se realizó en especial con base en los descriptores de indígenas, Pueblos Indígenas, grupos étnicos, indios, aborígenes; y se seleccionaron noticias y artículos privilegiando la identificación de los conceptos o visiones *sobre y desde los indígenas*, la

situación y los conceptos sobre salud indígena, las luchas indígenas (movilizaciones, protestas, tomas de carreteras, paros, bloqueos, etc.), las demandas políticas y jurídicas en general y en particular alrededor de la salud. También se analizó el proceso organizativo indígena (congresos, encuentros y asambleas) en cuanto a estructura, plataformas de lucha e institucionalidad y salud, hechos de política pública en general y salud (decretos, leyes, instituciones, programas), y violencia y conflicto como eje transversal.

Para ello, se seleccionó el diario El Liberal²⁴ de la ciudad de Popayán, por ser el más constante, el referente más importante en el Departamento del Cauca y por representar en su línea editorial la visión de los sectores de poder regional. Se revisaron números entre los años 1972 y 1978, con el objetivo de captar la visión del CRIC en los primeros años de emergencia, además en un momento en que el periódico local tenía una gran importancia por la relativa restricción en la circulación de los medios nacionales. En total se encontraron veinticinco noticias relacionadas con el objetivo de análisis y aunque no se puede hablar de invisibilidad, llama la atención la poca cobertura y la profunda visión racializada de los Pueblos Indígenas, evidenciada en que los procesos de recuperación de tierras, en todos los casos fueron narrados como ‘invasiones’ y la pretensión de legalidad siempre fue tratada como una suposición, engaño o ingenuidad indígena. Las noticias sobre salud fueron escasas y siempre se referían a *acciones oficiales para los indígenas*.

A nivel nacional y regional se trabajó con la base de datos del Archivo Digital de Prensa del Centro de Investigación y Educación Popular-CINEP, que contiene información social, económica, política, ambiental y cultural sobre Colombia desde 1979 hasta 2014, obtenida a partir de 400.000 registros procedentes de 10 fuentes de prensa de circulación nacional y regional (El Espectador, El Tiempo, El País, El Herald, Vanguardia Liberal, El Mundo, El Colombiano, El Siglo, Voz y La República). En esta base el descriptor de entrada fue indígenas, el cual hace parte de la subcategoría Grupos étnicos y culturales, y ésta a su vez de la categoría Sociedad y Cultura, encontrándose 9.728 artículos, el 18% del total de registros de la base de datos.

²⁴ El Liberal: Diario de la Mañana al Servicio del Cambio Social, es un periódico local de Popayán que existió desde el año 1938 e informaba acerca de las noticias de interés del Departamento del Cauca, es por lo que, se decidió hacer una revisión del mismo, al ser el periódico que podría informar más de cerca la situación de los indígenas de la región.

De este universo de registro se seleccionaron 140 artículos, que fueron revisados privilegiando los discursos presentes alrededor de los conceptos o visiones *sobre y desde los indígenas*, la situación y los conceptos sobre salud indígena, las luchas indígenas (movilizaciones, demandas jurídicas y administrativas) en general y en particular alrededor de la salud; el proceso organizativo indígena (congresos, encuentros y asambleas) en cuanto a estructura, plataformas de lucha e institucionalidad y salud, hechos de política pública en general y salud (decretos, leyes, instituciones, programas); y violencia y conflicto como eje transversal.

Como se verá en el desarrollo de los capítulos, lo que resalta es que los términos de la disputa a través del discurso que permea la prensa escrita comercial sobre los Pueblos Indígenas, su lucha y la salud, siguen la trayectoria de la espiral descrita para explicar la configuración de las políticas indígenas. Es una trayectoria que va y viene, pero que en cada salto de nivel reitera, enriqueciendo y sofisticando, pero manteniendo la justificación racializada para la exclusión, la integración subordinante y la violencia.

Se trata de un discurso *sobre lo indio* que tiene momentos de reconocimiento de la diferencia, eso sí, siempre como *otredad*, que en el mejor de los casos tiene derechos y a veces solo tiene *privilegios*; y muchas veces es *un otro* inferior, pretencioso o ignorante que es presa ingenua de los actores armados, el narcotráfico, la minería etc., como el menor de edad que postula la Ley 89 de 1890, que debe ser reducido en tiempos neoliberales a *la civilización del mercado*. En materia de salud lo que prima es informar lo que el Estado hace por y para la otredad, sin contar con ellos la mayoría de las veces, en un lenguaje conciliador y medroso; y algunas veces cuando se hace referencia a las medicinas tradicionales, igualmente se proyecta la sospecha, cuando no la incredulidad, bajo términos siempre racializados sobre las capacidades de *un otro inferior* o por lo menos *exótico*.

Una tercera fuente fue la relacionada con el estudio a profundidad del desarrollo de la Asamblea Nacional Constituyente, siguiendo en todas y cada una de las gacetas constitucionales que dan cuenta de los debates, nuevamente la disputa epistémica y política, de saberes y poderes presente en todos los temas y etapas de la discusión, incluido el texto final de la Constitución. Con el apoyo de Atlas Ti, se procesaron variables

relacionadas con indígena, aborígenas, pueblos, tierra, territorio, salud, medicina, educación, etnia, diversidad y cultura, entre otros, para luego constituir dos grandes grupos de información; la relacionada con indígenas y la otra sobre salud. En el capítulo 3 se desarrolla específicamente este trabajo que arroja una gran visibilidad de la discusión étnica e indígena y una débil controversia alrededor de la salud.

De la primera surge la configuración de la diversidad étnica y cultural de la nación y la obligación de protección en un nivel de reconocimiento de una otredad con derechos; y de la segunda surge la apertura a la privatización de la salud que se considera servicio público y no todavía derecho fundamental. Como se observará en el trabajo, una y otra en la perspectiva del régimen político son funcionales y funcionalizables, por cuanto la diversidad como otredad no riñe con el paradigma del mercado, la disputa queda planteada en los términos estrechos de la adecuación sociocultural subordinante de las lógicas y las políticas públicas para garantizar derechos diferenciales. Esto en el caso colombiano marcado por una extrema y racializada violencia política contra la sociedad organizada y contra los Pueblos Indígenas.

Una cuarta fuente la constituyó la revisión normativa producida por el Estado, como una de las expresiones de la configuración de la política de salud indígena. Esto incluyó el análisis de la Resolución 10013 de 1981, el primer hito de política de salud indígena del Estado, pasando por la Ley 10 de 1990 y el Decreto 1811 de 1990 en la etapa previa al proceso constituyente del 91. En el periodo que va entre 1991 y 2001, que corresponde al capítulo 4, se hace una revisión y análisis de la Resolución 5078 de 1992 sobre medicina tradicional, la primera en su género, la Ley 100 de 1993 que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, y de más de 200 acuerdos –actos administrativos– del Consejo Nacional de Seguridad Social-CNSSS, órgano rector del SGSSS, privilegiando aquellos que buscan la adecuación jurídica, técnica y sociocultural del nuevo sistema a la jurisprudencia existente sobre Pueblos Indígenas y a las demandas contenciosas de los Pueblos Indígenas.

Se culmina este periodo con el análisis del proceso de trámite y disputa de la Ley 691 de 2001, que representa en la historia normativa la primera norma de jerarquía superior que

acumula y sistematiza todo el proceso de adecuación subordinante del SGSSS y su modelo de pluralismo estructurado y mercado regulado.

A continuación durante el periodo 2002-2010 presente en el capítulo 5 se hace un análisis del proceso de reforma permanente del SGSSS en crisis financiera, técnica y de legitimidad, en particular la Ley 1122 de 2007 y la dinámica de adecuación de dicho sistema a través de nuevos Acuerdos del CNSSS que llegaron a un número superior a 400, dentro de los que resalta en materia de salud indígena el Acuerdo 326 de 2005 que formaliza los compromisos con una adecuación sociocultural del CNSSS más sistemática y con la promesa de financiamiento adicional para las acciones de salud especiales desarrolladas por los Pueblos Indígenas. Se hace una lectura especial de la sentencia T-760 de 2008 que integra toda la jurisprudencia para modular el funcionamiento del SGSSS en función de la garantía del derecho a la salud.

Finalmente, en el capítulo 6 entre 2010 y 2017 se analiza la continuidad de la reforma del SGSSS expresada en la Ley 1438 de 2011, el decreto 1953 de 2014 que regula provisionalmente la administración de los territorios indígenas incluidos el sistema educativo indígena SEIP y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI, además de algunas consideraciones en materia de agua y saneamiento básico. Se analiza la Ley Estatutaria de 2015 que reglamenta el derecho fundamental a la salud, lo cual incluye el reconocimiento del SISPI como referencia para la garantía de tal derecho para los Pueblos Indígenas.

Este análisis normativo se hace contextualizando permanentemente los hechos más relevantes en la dinámica estatal y del régimen político con especial atención en las improntas político-programáticas de todos los gobiernos del periodo de estudio, así como de actores internacionales como la Organización Internacional del Trabajo-OIT en su tránsito entre el convenio 107 de 1957 de corte asimilacionista y el convenio 169 de 1989 en la línea del integracionismo de derechos. Especial atención se presta al análisis de la declaración universal de los derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas de 2008 y a la profunda disputa política para su adopción parcial bajo el gobierno de Álvaro Uribe Vélez en 2009.

Una quinta fuente sistemática para este trabajo fue la recopilación y análisis de los mandatos y resoluciones consignados en los 15 congresos del CRIC –máxima instancia decisoria– desde su fundación en 1971 hasta 2017, año en que ordena la transición hacia la puesta en marcha del SISPI y la salida paulatina de la Ley 100 en sus territorios. En particular son relevantes la Resolución 01 de 2011 que orienta los primeros lineamientos de construcción del SISPI y la que detalla en 2017 el proceso a seguir para la fase de transición mencionada. Igualmente, se estudian las conclusiones de los 9 Congresos de la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC, en tanto documentos político-normativos. En estos documentos se hace una lectura del contexto político que rodea los congresos, la persistente estructuración y ajuste institucional y normativa que dan cuenta de la configuración de políticas públicas propias en materia de educación, economía, formación política, derechos humanos, mujer y familia y en salud en particular desde el sexto congreso del CRIC en 1981, fecha en la que se crea el Programa de Salud del CRIC. Especial atención se otorga al análisis del mandato de la Primera Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas de Colombia en Villeta-Cundinamarca en 2010, donde se determina iniciar la construcción del SISPI a nivel nacional.

Una sexta fuente de gran valor fue la ubicación y análisis de los contenidos de actas, memorias, informes que dieran cuenta de los acuerdos o de los desarrollos contenciosos de las negociaciones como fruto o surgidas en medio de las luchas directas de los Pueblos Indígenas, el Estado y el régimen político alrededor de la plataforma del CRIC y de la política de salud. Esto incluye el análisis de las normas que surgieron como fruto de los acuerdos y negociaciones. El trabajo sobre esta fuente combinado con el procesamiento de toda la información permite identificar hitos de movilización, resistencia, represión, negociación, incumplimiento y nuevo ciclo en lo que aquí se ha propuesto denominar la dinámica de espiral que reitera, avanza y retrocede permanentemente con saltos de calidad a relaciones contenciosas siempre más complejas.

En esta espiral se identifican momentos culminantes donde el CRIC y el movimiento indígena logran, como fruto directo de la movilización, la creación de instancias para tramitar las demandas, que en general no han funcionado (Comité Asesor de Política Indigenista-CAPIC-1985; Mesa Permanente de Concertación-MPC-1995; Decreto 982 que crea una comisión mixta en el Cauca; y Decreto 1811 de 2017 que mantiene y fortalece el

perfil de la comisión mixta). Esta secuencia está intercalada de cientos de movilizaciones, fruto de las cuales se consiguen actas de compromisos que mayoritariamente se han incumplido.

De especial importancia fue la revisión y análisis de las 20 actas del total de reuniones de la Subcomisión Nacional de Salud –conformada por el gobierno y delegados de las organizaciones indígenas nacionales– creada mediante el Decreto 1973 de 2013, fruto de las exigencias y acuerdos con el gobierno en varios escenarios de movilización. Estas reuniones celebradas entre 2014 y 2017 constituyeron una unidad de observación clave dentro de la investigación porque permitieron enriquecer la visión de la trayectoria de la espiral que se ha planteado con su componente de simultaneidad de las arenas de lucha y negociación. En efecto mientras se adelantaban las reuniones, la reforma al SGSSS continuaba sin consultar a los Pueblos Indígenas, se incrementaban las movilizaciones en las regiones, así como la represión y la violencia; e igualmente, los Pueblos Indígenas seguían gestionando sus empresas administradoras de salud o prestando servicios de salud y al mismo tiempo continuaba la construcción de la política propia.

Todo este acervo documental, más la revisión de material gris en bibliotecas personales y de fuentes secundarias y bibliográficas, permitió construir un rico y abundante conjunto de documentos, con base en el cual esta investigación espera contribuir en la construcción del conocimiento sobre la configuración contenciosa de la política de salud indígena en su expresión estatal y de los Pueblos Indígenas.

La estructura general de los capítulos contiene dos ejes narrativos y explicativos. En primer lugar, las transformaciones del sujeto político indígena que transita de la invisibilidad al liderazgo de un proyecto político cultural que representa la emergencia de una diversidad epistémica y política en su relación contenciosa con un Estado y régimen político racializado, excluyente y violento que igualmente, y de manera contradictoria, a su interior pugna por avanzar en un largo proceso de modernización política y económica primero bajo una impronta liberal hasta la Constitución del 91 y luego de corte principalmente neoliberal.

Derivado y en relación con este eje, se relatan y analizan las transformaciones del sistema de salud colombiano en tanto expresión política, programática, institucional y práctica que

porta unas formas de ver y hacer ancladas en la hegemonía del modelo biomédico, las dinámicas del mercado en salud, y el tránsito entre un sistema de oferta pública hasta 1993 a uno de pluralismo y mercado regulado a partir de la Ley 100 de 1993 y su Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

Se hace énfasis en mostrar de qué manera la dinámica de transformación de este sistema invisibiliza y visibiliza, incluye y excluye, entre momentos de homogenización y asimilación y momentos de integración subordinante de derechos y de mercado. Al mismo tiempo, se da cuenta de cómo el sujeto político indígena lucha en tres vías contenciosas, complementarias y parcialmente contradictorias para incidir en la política de salud indígena del Estado y para desarrollar su propia política de salud. Para la incidencia y dependiendo de la correlación de fuerzas, el sujeto indígena lucha por la incorporación dentro del SGSSS en condiciones de adecuación sociocultural, técnica, financiera y jurídica. Para el desarrollo de lo propio el sujeto político indígena por un lado busca un régimen especial por fuera del SGSSS, el cual dada la naturaleza excluyente del régimen político no resulta viable aunque marca los horizontes de la disputa; y por otro construye con grados diversos de autonomía y en el marco de la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio su institucionalidad y normatividad en salud siempre buscando gobernar en sus territorios tanto el modelo biomédico como el tradicional.

Se presenta cómo, en todo caso en medio de este desplazamiento que no es lineal ni acumulativo, lo que se va configurando es una disputa por gobernar tanto el SGSSS como el sistema propio en los territorios, y de esta manera avanzar en un desarrollo intercultural que se fundamenta en desestabilizar sobre todo las relaciones de poder para así negociar en mejores términos las relaciones asimétricas de saber.

El trabajo muestra cómo a través del tiempo, el CRIC construye una política indígena de salud que, a través de instituciones y normas propias en cabeza del Programa de Salud, lidera las relaciones con el Estado y la acción en salud en las comunidades en el seno de las luchas por la tierra, el territorio, la vida y la cultura, y en medio y a pesar de las transformaciones del sistema de salud colombiano. Se analiza cómo la política indígena de salud en particular del CRIC, estructurada en los componentes político-organizativo, de cuidado de la salud, de formación e investigación y de medicina tradicional, va adoptando

cambios en cada periodo que le permiten contenciosamente transitar por dentro del SGSSS, desafiarlo permanentemente y construir hacia adentro un sistema propio.

2 De la invisibilidad indígena a su emergencia (1971-1990)

Este capítulo presenta la primera etapa (1971-1990) del proceso contencioso entre Pueblos Indígenas y Estado alrededor de la configuración de las políticas de salud indígena en Colombia.

Son 20 años que inician con el surgimiento de la primera organización indígena del país, el Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC, lo cual de manera progresiva desata una ola de movilización, exigibilidad y contienda con el Estado, los poderes locales de la tierra y la Iglesia, así como con los actores armados; al tiempo que deriva en el nacimiento de decenas de organizaciones indígenas regionales, nacionales, incluidos partidos indigenistas, con lo que el movimiento indígena se constituye en un sujeto político destacado en la dinámica sociopolítica colombiana.

Se recorrerá este camino mostrando cómo se configura el sujeto político, con referencia en el CRIC en tanto protagonista de tal construcción y de lo que fue emergiendo como política pública en salud indígena en un proceso contencioso de estructuración de lo propio hacia dentro del movimiento indígena y de propuesta, demanda y negociación frente al Estado; en medio de la recuperación de tierras, la movilización social y el diálogo político que, desafiando las improntas racistas, coloniales e integracionistas del régimen político, logra respuestas de incorporación subordinada y/o modificada o de rechazo parcial o total en los instrumentos de política pública de salud.

Tal proceso contencioso se describe y analiza dando cuenta de aspectos clave de la transición del régimen político del frente nacional, la crisis del modelo de bienestar y de la nunca lograda sustitución de importaciones hacia las políticas de ajuste y el surgimiento del modelo neoliberal en medio del escalamiento y la transformación permanente del conflicto armado y la violencia política con efecto importante frente a los Pueblos Indígenas en particular del Cauca. Igualmente, se presentan las relaciones entre la emergencia de un movimiento indígena continental y la transformación normativa e institucional regional y

global en materia de derechos humanos, Pueblos Indígenas y salud con la dinámica indígena y en salud en Colombia.

En esta lógica, en una primera sección (1971-1981), se abordan los primeros elementos de una política indígena de salud autónoma con agenda, sujetos específicos, e institucionalidad propia materializada en el Programa de Salud del CRIC y la expedición de la Resolución 10013 del Ministerio de Salud como primera expresión de política de salud indígena desde el Estado.

En una segunda sección (1982 y 1990), se recorren los desarrollos contenciosos de la arena política instalada en la década precedente, que culminan en la promulgación del Decreto 1811 de 1990, que representa una actualización integracionista de la política estatal y con la consolidación del Programa de Salud del CRIC. Se finaliza con un balance del periodo que refleja los acumulados y las tensiones que se moverán dentro del siguiente durante el proceso constituyente.

Para estos fines, tendrán especial importancia en este periodo los congresos del CRIC y la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC, las luchas por la recuperación de la tierra y las movilizaciones como momentos de cristalización de la construcción y transformación permanente del sujeto político, enfrentando la estigmatización, la represión y el racismo estructural.

2.1 Primeras políticas indígenas y estatales en salud: El Programa de Salud del CRIC y la resolución 10013 del Ministerio de Salud (1971-1981)

Esta sección se concentra en los antecedentes y procesos de emergencia del sujeto político indígena y su plataforma de lucha en 1971, para avanzar en la reflexión sobre el rol de las luchas por la recuperación de las tierras, el cabildo, la educación y la economía como fundamento en la construcción del territorio, el gobierno, la cultura y la *salud propia*²⁵ que se convierten en la matriz para el nacimiento de un Programa de Salud del CRIC, mientras

²⁵ En la medida en que la define el Sujeto Político Indígena.

que el Estado, en el desenvolvimiento de su indigenismo integracionista, configura la Resolución 10013 como el primer instrumento de política de salud indígena en el país. Finalmente, se examinan de manera puntual las dinámicas internacionales de la configuración del movimiento indígena en el continente y de la normatividad e institucionalidad internacional y de su interacción con el proceso indígena y de salud en Colombia.

2.1.1 Surgimiento del sujeto político indígena: El CRIC y su plataforma de lucha

Las luchas de resistencia indígenas contra la conquista, el exterminio físico y cultural y las necesidades de control, de asimilación, mano de obra y legitimación de la corona española durante la colonia dieron origen a la figura del resguardo como tierra de propiedad y dominio comunal, no enajenable. El resguardo siempre estuvo en tensión con los poderes coloniales, eclesiásticos y criollos, lo que llevó a que a finales del siglo XVIII se prohibiera la constitución de nuevos resguardos y los existentes se fueran integrando a los espacios territoriales de las parroquias (Semper, 2006).

Si bien mediante el Decreto 4330 de 1820 Bolívar ordenó la devolución a los "(...) naturales como propietarios legítimos, todas las tierras que formaban los resguardos según sus títulos, cualquiera que sea el que aleguen para poseerlas los actuales tenedores" (Decreto 4330, 1820), esto bajo un marco todavía colonialista. Muy pronto la Ley 11 de 1821 fijaría las bases para un nuevo ordenamiento de la propiedad de la tierra bajo el principio de que los indígenas eran libres e iguales. Ordenó la distribución de los resguardos y la repartición de las tierras, lo que llevó a un acelerado proceso de despojo y desplazamiento en los márgenes de la colonización territorial al lado de economías campesinas empobrecidas y marginales (Villa & Houghton, 2005). A propósito de los albores de lo que será la visión de lo indígena en la vida republicana, el líder Nasa y exsenador de la república Jesús Piñacué comenta:

(...) ese salto a la vida republicana no tiene un contenido nuevo, sigue siendo dominador, ignorante de la realidad existencial de estos sujetos de derecho, es un pensador del Estado, de la sociedad y de la política, que no cree en un actor que tiene una visión distinta, aquí el eurocentrismo es completamente determinante, mucho más que el propio europeo, porque el criollo en el afán de parecerse al español y tener pocos márgenes de dignidad que podría

concederles, era mucho más radical defensor del eurocentrismo y aún lo es. (Piñacué, Entrevista No. 5, 2018, pág. 2)

Entre 1821 y la Constitución de 1886 el proceso de configuración violenta, fraccionada y compleja del territorio y del Estado, con algunas fluctuaciones, apuntó en medio de una ideología profundamente colonial y racista -aún en los periodos liberales²⁶- a la extinción, eliminación, asimilación y despojo de las tierras de los indígenas²⁷ en favor de la estructuración de un gran poder terrateniente. De hecho, se destaca que, entre 1870 y 1880 se emitieron títulos de propiedad sobre 33 millones de hectáreas (cerca del 30% del total nacional) a favor mayoritariamente de latifundistas (Figueroa, 2016).

La Constitución de 1886 de orientación conservadora y centralista, alineada con las ondas ideológicas de la regeneración, estructuró un Estado confesional al reposicionar a la Iglesia católica en un pacto con las élites políticas y económicas en la dirección de la sociedad y la participación directa en el manejo de la educación, entre otros aspectos. Todo esto se ratificó en el Concordato del 88 y sentó las bases para el espíritu colonialista y racista de la Ley 89 promulgada en 1890:

La legislación general de la República no regirá entre los salvajes que vayan reduciéndose a la vida civilizada por medio de Misiones. En consecuencia, el Gobierno, de acuerdo con la Autoridad eclesiástica, determinará la manera como esas incipientes sociedades deban ser gobernadas. (Ley 89, 1890, pág. 1)

²⁶ El libertador en 1828 expide el decreto del 15 de octubre de ese año en el que, entre otras cosas, confía en la Iglesia procesos de atención en salud: “Notificar con oportunidad a los curas cuando algún indígena se halle enfermo de gravedad, para que pueda ser socorrido con los auxilios espirituales (...) y [junto con los protectores] estimularán a los indígenas por los medios más suaves a trabajar en común una porción suficiente de tierra”. (Decreto del 15 de octubre de 1828, 1989)

²⁷“Los derechos políticos fueron extendidos a los españoles (art. 44), aunque negados a los raizales indígenas. La segunda Constitución fue creada en 1842 (Constitución Política de la República de la Nueva Granada), y aunque protegiese el derecho a la propiedad de todos los neogranadinos (art. 193), no hacía nada para detener la creciente apropiación de las tierras indígenas de los resguardos. Por simpatía o lástima de los indios, en 1832 el congreso limitó la enajenación de las tierras de los resguardos, y en 1843 la cláusula de inalienabilidad de esas tierras fue renovada por veinte años más (Colombia, Ley de 23 de junio de 1843: art. 1), protegiendo a los indígenas de la voracidad del mercado y de la avidez de los estafadores”. (Figueroa, 2016, pág. 44) No obstante, esto duró hasta 1850 cuando se suspendió la inalienabilidad y, en las constituciones de 1853 y 1863 con acentos diferenciados, se invocaba la no reducción a la vida civil o la incapacidad para justificar la intervención extincionista y racializada sobre las tierras indígenas y los supuestos baldíos.

No obstante, esta norma restablecía el resguardo, la propiedad colectiva de la tierra, la autoridad del cabildo y sus competencias en la jurisdicción del territorio en materias de distribución de tierras, censo y resolución de conflictos internos entre otras. En 1898, mediante el Decreto 74 del Gobernador del departamento del Cauca (Gobernación del Cauca, 1989), se hizo una amplia reglamentación de la Ley 89, que estuvo dirigida en más de 160 artículos a debilitar el núcleo duro sobre la propiedad y el gobierno colectivo de la tierra, es decir sobre la integridad de los resguardos y los cabildos. Esto se hizo por la vía de las excepciones, los procedimientos y los requisitos y sobre todo por el poder de intervención y decisión otorgado a las autoridades territoriales no indígenas y a la Iglesia. En este marco, con la llegada del siglo XX las presiones liquidacionistas de los resguardos aumentaron a expensas de terratenientes, colonos e Iglesia, con el respaldo del Estado que perseguía a los indígenas y legalizaba el despojo violento, con el reconocimiento de escrituraciones espurias (Vasco Uribe, 2008).

Manuel Quintín Lame, indígena Caucaño de Polindara, lideró un proceso de lucha por la defensa de los resguardos durante la primera mitad del siglo XX que apostaba a la recuperación de las tierras usurpadas y ante el fracaso de la vía legal se tornó en un proceso orientado a combatir el terraje²⁸ y posteriormente a la liberación de los indígenas, lo que implicaba una organización más allá de los cabildos (cooptados por los poderes terratenientes, eclesiales y del gobierno), un pensamiento propio²⁹ y un gobierno propio que denominaba “chiquito” para enfrentar el “grande de los blancos” (Vasco Uribe, 2008, pág. 378). En este marco se configuró entre otras acciones colectivas el levantamiento indígena en el Cauca entre 1915 y 1917, que avanzó en la recuperación de tierras, toma de pueblos que buscaba incluso la expulsión de los blancos de ciertos territorios y que enfrentó una fuerte represión, que se acompañó de normas como los Decretos 162 y 357 de 1920 de la Gobernación del Cauca (1989) en los que se regulaban aún más las condiciones desde el

²⁸“(…) el terraje fue hasta hace unos treinta años una relación de carácter feudal, servil, según la cual un indígena debía pagar en trabajo gratuito dentro de la hacienda el derecho a vivir y usufructuar una pequeña parcela, ubicada en las mismas tierras que les fueron arrebatadas a los resguardos indígenas por los terratenientes, relación que subsistió hasta que fue barrida definitivamente por la lucha indígena que comenzó a desarrollarse a partir de 1970.” (Vasco Uribe, 2008, pág. 373).

²⁹ Cuando se habla del pensamiento propio indígena se suele hacer referencia al pensamiento tradicional, a la cosmovisión, a las historias propias y otros elementos similares. Pero aquí quiero dirigir la atención hacia una forma de pensamiento que, si bien es propio, no es tradicional ni viene de siglos; es el pensamiento de liberación que expresó ya hace casi 100 años Manuel Quintín Lame (Vasco Uribe, 2008).

poder departamental y municipal las funciones del cabildo y las reglas sobre el dominio y la repartición de las tierras en los resguardos y en sus cercanías.

En un segundo momento, y valorando la desventajosa correlación de fuerzas, la oposición interna y diferencias con líderes como José Gonzalo Sánchez que definieron orientar las luchas ligados a las orientaciones del naciente partido comunista, Quintín Lame “(...) abandona el pensamiento de «liberación indígena» para retomar el de «resistencia indígena», dentro de los marcos del sistema y de la ley, en particular de la Ley 89 de 1890” (Vasco Uribe, 2008, pág. 380), y estructura una agenda política que persiste en la recuperación y ampliación de los resguardos, el no pago de terraje, la defensa de la lengua, la historia y las costumbres, y la necesidad de formar profesores indígenas (DNP, 2004).

Este proceso no significó dejar la lucha organizada y el trabajo en minga (trabajo colectivo). De hecho, Quintín Lame direccionó la reconstitución del resguardo de Ortega Chaparral en el Huila en 1937, y otros procesos contenciosos de lucha por la tierra que enfrentaron la violencia terrateniente y que obligaron a dar paso a una estrategia con mayor peso en la exigibilidad jurídica.

Todo esto en un contexto de apertura del régimen político en cabeza del presidente liberal López Pumarejo (1934-1938), quien en el marco de un proceso de modernización de la sociedad y el Estado, busca resolver las tensiones entre colonos y terratenientes y la presión sobre los baldíos a través de la Ley 200 de 1936, con la que si bien se reconoce los derechos sobre la tierra de los primeros, en la práctica: “(...) reforzó las aspiraciones de los grandes terratenientes y contribuyó así a implantar estructuras de tenencia de la tierra que hasta la fecha prevalecen en el territorio colombiano (...)” (Legrand, 1988, pág. 19). Bajo este talante, el gobernador del Cauca expide el decreto 700 de 1936 que regula el cargo de síndico o tesorero del cabildo, y de esta forma la institucionalidad externa y la Iglesia aumentarán su poder sobre una figura que hace contrapeso al cabildo y que maneja los recursos económicos; y el Decreto 50 de 1937 que aumenta las regulaciones sobre el dominio de las tierras de los resguardos, haciendo progresivamente más difícil el manejo con autonomía por parte de los cabildos (Decreto 700 1936 y 50 1937).

Los cambios legislativos, la avanzada colonizadora y terrateniente, la crudeza de la violencia social y política de los 50, las limitaciones organizativas de las comunidades indígenas discriminadas y en proceso de asimilación permanente a expensas de la Iglesia y los terratenientes, produjeron un mayor debilitamiento de la territorialidad indígena y de los resguardos existentes.

Colombia durante los años 60 había entrado en el llamado Frente Nacional, expresión del régimen político de democracia restringida bajo la modalidad de alternancia en el control del Estado entre liberales y conservadores, excluyendo otras formas de pensamiento y participación en la vida sociopolítica, a pesar de haber sido invocado como el remedio a la violencia de los 50. Al convertirse en un pacto de las élites, el país comenzaba a enfrentar una nueva etapa de la violencia ahora con la presencia de las guerrillas (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, Ejército del Pueblo-FARC-EP, Ejército de Liberación Nacional-ELN, Ejército Popular de liberación-EPL, entre otras) con predominio en las zonas rurales.

Todo lo anterior como parte de un contexto regional de tránsito hacia la implementación de la “Alianza para el progreso” impulsada por los Estados Unidos, la instalación del discurso y las estrategias del paradigma del desarrollo, la planeación centralizada, la reforma agraria y la sustitución de importaciones como mecanismos de legitimación, estabilización social y modernización que permitieran enfrentar los efectos de la Guerra Fría y la Revolución cubana, pero también articular de mejor manera la economía a las dinámicas del capital a nivel internacional.

La Reforma Agraria de 1961 (Ley 135) que buscaba responder a “(...) los efectos de la concentración de la propiedad agraria en la inestabilidad política y en los conflictos armados (...)” (Fajardo, 2013, pág. 148), si bien apuntaba a la redistribución de la tierra y la dotación de servicios básicos, estaba encaminada a articularla a la gran producción y el mercado, en medio del rechazo frontal de sectores de las élites políticas y económicas ligadas al latifundio improductivo y la violencia.

El Gobierno Liberal de Lleras Restrepo (1966-1970), buscando apoyo político para la modernización del aparato productivo y la desactivación del conflicto por la alta inequidad³⁰ en la distribución de la tierra, por un lado, impulsó la Ley 1ª de 1968 con la que ajustaba la reforma agraria en la dirección de supeditar el acceso a la tierra a la productividad y la articulación de mercado; y por el otro, aprovechó la alta movilización social campesina para conformar la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos-ANUC en 1968, como instrumento de apoyo a la implementación de la reforma.

En medio de la oposición de los dueños de la tierra, la frustración por el poco avance de la reforma y el modelo que condenaba las pequeñas explotaciones campesinas a su desaparición por la presión de modernización, la ANUC inicia un proceso de ruptura con el gobierno y desata más de 2000 acciones de tomas de tierras a lo largo y ancho del país. El régimen político bajo el gobierno de Pastrana (1970-1974) reprime y estigmatiza el movimiento campesino, y en el acuerdo de Chicoral-Tolima en 1972 consolida un pacto con los latifundistas para poner en marcha una contrarreforma mediante las leyes 4ª y 5ª de 1973 que marginalizaban la redistribución y buscaban convertir a los terratenientes en empresarios.

En este contexto, en los años 60 de fuerte movilización campesina, de la herencia de Quintín Lame, de los procesos indígenas de la zona norte y oriente del Cauca y las figuras de algunos líderes como Trino Morales -entre otros-; utilizando formas organizativas del movimiento campesino y yendo más allá del cabildo como autoridad cooptada³¹ por los poderes constituidos en ese periodo, los indígenas retoman las luchas por la recuperación

³⁰ La ANUC, con base en trabajos de Kalmanovitz publicados en la revista DANE 253-254 de 1972, destaca cómo en 1960 el 76,5% de las explotaciones totales de tierra, eran menores de 10 hectáreas y cubrían un 8,5% de la tierra, mientras que el 6,9% de las explotaciones totales eran de más de 50 hectáreas y cubrían el 75,5% de la superficie (ANUC, s.f.).

³¹ “(...) utilizamos la táctica de no atacar al Cabildo para no entrar en contradicción y que se desacreditarán estas instituciones. Porque era enfrentar dirigentes con una autoridad. Más tarde cuando conseguimos los títulos que decían que el Chiman era de los guambianos y que los hacendados los habían engañado y habían conseguido títulos por encima de la autoridad India creamos una organización (la cooperativa) diferente para conseguir más gente y enfrentarnos a los que tenían las tierras del resguardo en el Chiman y para abajo junto con algunas personas del resguardo los terrajeros, los arrendatarios y otros grupos indígenas con más vecinos de otros resguardos, fue cómo nos organizamos para demostrar que nosotros teníamos fuerza y que podíamos enfrentar la recuperación del resguardo, la recuperación de la tierra, el no pago del terreno, ese era nuestro objetivo. Operar de esa forma sin tocar al Cabildo. Porque en ese entonces el Cabildo que era la autoridad del lugar no nos entendía no estaba en ese campo ellos no querían negociar con el Incora cuando planteamos la política de la recuperación” (Gros & Morales, 2009, pág. 80).

de las tierras, que rápidamente tomaron distancia en el método y el enfoque de las luchas campesinas y de las motivaciones de las fuerzas de izquierda del momento, pues se trataba de concebir la tierra como un territorio colectivo de apropiación individual³² y no de propiedad privada con significaciones socioculturales ligadas a procesos de identidad:

Si yo tengo diez, veinte hectáreas y usted viene y dice que no están trabajadas, cuando yo las tengo descansando, usted me las va a quitar (...) ¡No se puede! (...) Miren las diferencias: Primero, nosotros tenemos un lugar, tenemos un resguardo, una tierra, un título en común y no estamos parcelados; no tenemos pedacitos cada uno por un su lado. Si bien es cierto que cada cual tiene su pancoger, ninguno tiene título de propiedad individual porque somos comunidad. Segundo, nosotros hablamos una lengua y tenemos un gobierno interno. Ustedes tienen al papá y la mamá como gobierno, nosotros si tenemos un gobierno colectivo. Esas son las diferencias que nos tienen que reconocer los campesinos. (Gros & Morales, 2009, pág. 166)

En efecto, venía emergiendo un nuevo sujeto político a partir de la recuperación de tierras de manera todavía aislada: "Antes de constituirse el CRIC, habían comenzado las luchas de los terrajeros de Chimán y del Credo, en tierras de los resguardos de Guambía y Tacueyó, arrebatadas por terratenientes" (CRIC, 1981, pág. 9). Estos procesos iban ligados a la lucha por eliminar el terraje, y es propiamente en El Credo que "(...) partió la consigna del no pago de terrajes y fue con esta bandera que allí comenzó la lucha que ha llevado a este grupo de unas 100 familias a recuperar la hacienda en que vivían" (CRIC, 1981, pág. 15).

Esta fuerza, que hasta el presente no se detiene, jugó un papel definitivo para que el 24 de febrero de 1971 en el municipio de Toribío del Departamento del Cauca se reunieran en una gran asamblea más de 2.000 delegados indígenas provenientes de los cabildos de Toribío, Totoró, Guambía, Pitayó, Jambaló, San Francisco, San José, Tacueyó, Quisgó y Quichaya. También, asistieron los sindicatos de Agricultores del Oriente Caucaño, el

³²Desde la Ley 89 de 1890 se ratifica que el cabildo distribuye los predios del resguardo de manera individual y familiar, para su uso y desarrollo de la vida productiva y reproductiva, sin que esto signifique escrituración privada. Por lo tanto, la familia se apropia de la tierra, pero no se adueña, de manera que no se puede comercializar. Sin embargo, todo aquello que signifique una mejora del predio, podrá ser reconocido o cuantificado en caso de intercambio, que debe ser con acuerdo del cabildo.

Comité de Recuperación de Tierras de Silvia y la Federación Social Agraria de Corinto (CRIC, 1973).

Es importante resaltar que quienes estuvieron presentes en dicho encuentro provenían de las zonas con más fuerte impacto de los terratenientes, en donde la mayoría de los resguardos habían sido invadidos y transformados en haciendas de terraje. Por tanto, terrajeros y comuneros del Norte y del Oriente del Cauca, Paeces y Guambianos se congregaron con el objetivo de discutir públicamente sus derechos y compilar las luchas de indígenas y campesinos, relacionadas principalmente con la recuperación de tierras y la terminación del pago de terrajes. Fue en este contexto donde se creó el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) que proclamó los puntos constituyentes de su plataforma inicial:

1° No pagar terraje. 2° Exigir al Incora [Instituto Colombiano de la Reforma Agraria] la expropiación de las haciendas que han sido de los resguardos y se entreguen tituladas en forma gratuita a las familias indígenas. 3° Ampliación de los resguardos en los casos en que existen minifundios, a través de la Ley de Reforma Agraria en su parte de concentración parcelaria. 4° Modificación de la Ley 89 de 1890 en la parte que trata de la minoría de edad ya que somos colombianos y ciudadanos de la República. 5° Participación del sector indígena en la modificación de esas leyes ya que somos los que conocemos nuestros problemas y sus soluciones. 6° Eliminación de la División de Asuntos Indígenas ya que la consideramos inoperante. (CRIC, 1981, págs. 10-11)

Este hecho constituyó un hito dentro de la configuración del movimiento indígena colombiano, porque se estructura la primera organización indígena del país con carácter social y político; y porque en su primera plataforma de lucha desafía la normatividad y el imaginario imperante desde la Ley 89, según la cual los indígenas eran menores de edad³³ que debían ser reducidos a la civilización. Surge una agenda de acción colectiva enfocada en la recuperación de la tierra y el fortalecimiento de autoridades propias como parte de un proceso de preservación cultural (Galvis, 2014).

³³ Ley 89, "Artículo 40. INEXEQUIBLE. Los indígenas asimilados por la presente Ley a la condición de los menores de edad, para el manejo de sus porciones en los resguardos (...)" (Ley 89 de 1890, 1890).

Luego del primer Congreso se desató una intensificación tanto de los procesos de recuperación de tierras en la región como de la respuesta represiva de los terratenientes y el Estado que ocasionó dificultades en el funcionamiento del primer Comité Ejecutivo creado en el Congreso. En este escenario, se destaca la recuperación de tierras para ampliar el resguardo de Paniquitá, ubicado en el centro del Cauca, con lo que la comunidad buscó cesar la migración forzada por falta de territorio para vivir y trabajar, luego de muchos años de negociación infructuosa con el INCORA decide avanzar por el occidente hacia Morales, Cajibío y Suárez en los territorios de San Antonio y la Concordia (CRIC, 1981).

Al mismo tiempo se desplegó un gran proceso de debate entre las comunidades indígenas sobre la plataforma de lucha. Esto ocasionó que en el mismo año (6 de septiembre de 1971), en La Susana Tacueyó Toribío - Cauca, se llevará a cabo el Segundo Congreso del CRIC con delegados de las mismas zonas del anterior encuentro, acompañados ahora de delegaciones de Paniquitá, Poblazón, Puracé, Río Blanco, Alto del Rey y Guachicono, de las zonas centro y sur del departamento.

En este segundo congreso se modificó radicalmente la plataforma de lucha conservándose tan solo el punto relacionado con el no pago de terraje, puesto que los demás fueron modificados así:

1° Recuperar las tierras de los resguardos. 2° Ampliar los resguardos. 3° Fortalecer los cabildos indígenas. 4° No pagar terrajes. 5° Hacer conocer las leyes sobre indígenas y exigir su justa aplicación. 6° Defender la historia, la lengua y las costumbres indígenas. 7° Formar profesores indígenas para educar de acuerdo con la situación de los indígenas. (CRIC, 1973, págs. 26-32).

En el centro de la discusión estuvo que la organización consideró que la primera Plataforma estaba muy influenciada por las leyes del Gobierno –en especial por la de Reforma Agraria– teniendo en cuenta, además, que en el primer congreso participaron funcionarios del INCORA, quienes en esta época tenían los programas de arrendatarios y aparceros (CRIC, 1981).

Por otra parte, consideraron que la primera Plataforma estuvo marcada por una forma de organización idéntica a las de las organizaciones campesinas, dejando de lado la necesidad de organizarse de acuerdo con la dinámica propia de las comunidades indígenas: “(...)

nadie pensaba que lo nuestro servía para organizar. Nosotros mismos creíamos que ‘ser indio’ no era bueno y que para echar adelante había que copiar lo que venía de afuera” (CRIC, 1981, pág. 12). El líder Trino Morales, plantea en su autobiografía que se trataba de creer en sí mismos y en su propia fuerza:

No poniendo la queja a un juez, o poniendo a un alcalde, ¡no poniendo a nadie! Mostrando que nosotros si podemos, que tenemos cabeza y que sabemos pensar y que lo podemos hacer presentándonos y peleando pa’ que nos respeten esos derechos que a nosotros nos están violando. (Gros & Morales, 2009, pág. 76)

Aunado a lo anterior, se generó una discusión sobre los medios con los cuales la organización podría lograr sus objetivos, referidos a la posición que los indígenas tomarían frente a la Ley 89, que en el Primer Congreso había sido de absoluta oposición a esta; sin embargo, en el Segundo Encuentro se consideró que eran mayores los beneficios de hacerla conocer y aplicar, que de buscar su modificación, pues como lo relata Trino Morales en la línea de Quintín Lame: “(...) esa Ley autoriza la creación de resguardos y la creación de los cabildos, como autoridad máxima entre las comunidades indígenas (...)” (Gros & Morales, 2009, pág. 138), y eso se releyó como una ventaja y en ese contexto:

(...) [en] el Segundo Congreso del CRIC, se definieron los puntos del programa político cuyas exigencias constituyeron el eje de nuestro movimiento y se retomaron enseñanzas de líderes como La Gaitana, Juan Tama y Manuel Quintín Lame, con lo cual las comunidades indígenas fortalecimos nuestras luchas bajo la exigencia de lograr la aplicación de la Ley 89 de 1890. (CRIC, s.f)

Desde este momento se pone en evidencia una tensión permanente que ha acompañado las luchas indígenas que es la de controvertir y al mismo tiempo utilizar la normatividad vigente en un movimiento en parte contradictorio y en parte pragmático, que busca siempre crear y renovar de acuerdo con lo propio, al tiempo que se funciona con lo posible y con lo existente, siguiendo el legado en particular de Quintín Lame en el marco del desarrollo de un pensamiento propio.

Igualmente, el nacimiento del CRIC y su plataforma de lucha pone en evidencia que la lucha por la tierra es el eje vertebrador de todo su proceso organizativo, pero ya no como un

medio de producción, tal cual lo venían reivindicando las organizaciones campesinas en todo el país y los partidos políticos de izquierda o de tendencia de izquierda, sino como el fundamento de la pervivencia cultural.

Es entonces cuando la lucha por la tierra, expresada en su recuperación y la ampliación de los resguardos, es inmediatamente la lucha por territorio³⁴ en sus dimensiones materiales e histórico simbólicas y sus diversos grados de interrelación (Orozco, Paredes, & Tocancipa-Falla, 2013) con lo que el proceso alcanza una integralidad innovadora frente a los movimientos sociales no indígenas, que incluye: el gobierno propio, por eso se plantea fortalecer los cabildos; rebelarse contra la forma semiesclava de relación con la tierra —el terraje— que impedía vivir el territorio; erigirse como sujeto político de derecho en relación con el Estado, por lo que se harán conocer las leyes sobre indígenas y exigir su justa aplicación; defender la historia, la lengua y las costumbres en un territorio propio y con un gobierno propio, constituyéndose una agenda sociocultural y política que incluye de manera implícita los saberes propios en salud³⁵, denominados medicina tradicional³⁶ y finalmente, en esta misma línea apropiarse y desarrollar un proyecto educativo que termine de consolidar toda la agenda.

En el nivel nacional, la ANUC se ha dividido en la línea Armenia -más afín al gobierno-, y la línea Sincelejo, que retoma una postura más radical e independiente que dará continuidad

³⁴ Para algunos líderes e investigadores Nasa, pueblo mayoritario dentro del CRIC, retomados por Orozco, Marisol et al (2013), el territorio es : “(...) una casa integral, compleja, completa, ajustada para todas las necesidades, donde sus cordilleras se convierten en ventanas y puertas para que los rayos de tay —sol—y a’te —luna— puedan entrar suavemente siendo controlados por tâaph —las nubes— y nasa puede sembrar y cosechar sus semillas para su alimentación con la orientación de la madre luna, “espacio donde en plena luna llena pueden engendrar la semilla para la descendencia, pero al mismo tiempo es la casa grande donde el pensamiento y conocimiento se mantienen por la complicidad de la lengua nasa” (Orozco, Paredes, & Tocancipa-Falla, 2013).

³⁵ Aunque en ninguno de los idiomas de los Pueblos Indígenas existe un concepto de salud como tal o una equivalencia con las definiciones hegemónicas ligadas a la dimensión biomédica, en el seno de lo político se ha venido aceptando la existencia contenciosa y dinámica de dos perspectivas que pueden resultar complementarias para apuntar a ese bienestar, equilibrio o armonía integral. Por lo que al final la disputa se instalará en qué tanto la gobernabilidad en el territorio garantiza el disfrute de las condiciones que hacen posible tal armonía en el territorio y del territorio, incluyendo el acceso a servicios de salud en condiciones de dignidad y autonomía.

³⁶ Se precisa que el uso del concepto de medicina tradicional es contencioso en la medida que refleja una postura política y sociocultural del pensamiento propio que, establece una polaridad y un campo de negociación y autoreconocimiento permanente, pero que no refleja necesariamente una equivalencia en los Pueblos Indígenas con la medicina occidental, porque su fundamentación epistemológica, praxiológica y ontológica es completamente distinta.

a la lucha social por la tierra. En 1972 en el marco del segundo congreso de la ANUC en Sincelejo, se crea la Secretaría Indígena bajo la dirección de Trino Morales³⁷, quien era vicepresidente del CRIC (García & Caballero, 2012), con lo que se articulaba con protagonismo desde el Cauca el trabajo de expansión nacional de la dinámica indígena, no obstante la emergencia progresiva de las diferencias de enfoque y de método en las luchas campesinas e indígenas.

2.1.2 Recuperación de tierras, cabildos, educación y economía: bases para territorio, gobierno, cultura y salud propios

El sujeto político continúa su estructuración en medio y en resistencia frente a la violencia gamonalista del régimen político (Villa & Houghton, 2005). Mientras avanzaban las recuperaciones de tierras, aparecía imperativo en el marco de la plataforma de lucha del CRIC recuperar la figura del cabildo como estructura de gobierno, la educación bilingüe y formas autogestionarias de economía como dimensiones culturales claves para la construcción de territorio, pensamiento propio y fundamentando lo que sería una política de salud indígena propia y en relación con el Estado. En esta sección se observa cómo se desarrolla este proceso entre el III (1973) y V (1978) congreso del CRIC, haciendo énfasis en el posicionamiento de la medicina tradicional como eje estructurador de dicha política que se materializará en un primer hito en 1981 con el nacimiento del Programa de Salud del CRIC.

La recuperación de tierras tiene una metodología, una simbología y un lenguaje que implica preparación, trabajo conjunto y ritualidad que se basa en la certeza de la legalidad y legitimidad ancestral asociada a la propiedad colectiva y la apropiación individual de la tierra; y en esa medida, la necesidad imperiosa de superar la usurpación material y cultural

³⁷ Trino Morales hace la lectura del surgimiento de la Secretaría: "(...) como ya nosotros habíamos demostrado que, si estábamos organizados, entonces nos tuvieron en cuenta. Nos presentamos como una organización con cuerpo y contenido que ya había reflexionado y luchado como indígenas. Presentamos los problemas que tuvimos, sobre todo el problema de la tierra y de los resguardos. Ellos desconocían la Ley 89 de 1890. Explicamos que los que la manteníamos era exclusivamente los indígenas del cauca que la utilizamos y que no nos daba vergüenza reclamar. Ahí es donde optaron por conformar una secretaría indígena de la ANUC (...). Así empezó la secretaría indígena y después con la marcha y el reconocimiento del CRIC, coge más fuerza la secretaría y se hace conocer en todo el país" (Gros & Morales, 2009, pág. 134)

como hecho violento, discriminatorio e ilegal, en una lógica permanente de resistencia y persistencia.

En este sentido, la recuperación de tierras es construcción de territorio y de las condiciones para la búsqueda de la armonización, el equilibrio de individuos, familia, naturaleza, comunidad y autoridad; lo que va estructurando la postura y la perspectiva desde donde los Pueblos Indígenas construirán progresivamente una política propia que, como ejercicio de negociación siempre permanente, se denominará salud. Manuel Sisco, sabedor y maestro Nasa, refiere: "(...) en mi niñez ese concepto significaba vivir sabroso, entenderse usted mismo, usted mismo respetarse, ser crítico sobre su relación con todos los demás seres vivientes, pero también la búsqueda del bienestar suyo y también de la naturaleza, el territorio" (Sisco, Entrevista 3, 2018).

En este proceso, la medicina tradicional ha jugado como soporte espiritual y cultural, poniendo su concurso material y simbólico para determinar la justeza, los modos y los momentos de las acciones, así como para asegurar las formas de protección ante los peligros y los riesgos, constituyéndose en un aspecto diferenciador de otras luchas sociales por la tierra, y en una razón más para la discriminación y desconocimiento de la otredad:

Principiamos a plantear cosas claras de la cultura indígena y del respeto que debía. ¿Qué llaman brujería a la medicina de nosotros, y brujos a nuestros médicos? Bueno, lo que algunos llaman así es parte del arte, de la cultura nuestra y por eso no nos pueden atacar (...). (Gros & Morales, 2009, pág. 167)

Un ejemplo emblemático que pone de presente la recuperación de la tierra como proceso de construcción de territorio, escenario de aprendizaje y convocatoria de muchas comunidades y organizaciones del Cauca, del país, de sectores estudiantiles y populares; fue la recuperación de la hacienda Cobaló, la cual a pesar de estar en el centro del Resguardo de Coconuco (Municipio de Puracé-Cauca), había sido usurpada desde finales del siglo XIX, y luego de pasar por muchas manos terminó bajo el dominio del arzobispado de Popayán.

Lo que se recupera en la “recuperación” es el mundo de la vida y del trabajo, más allá de un supuesto contenido expropiatorio, lo cual también es un cuestionamiento a la tierra improductiva de las haciendas ociosas del Cauca:

El 13 de noviembre de 1972 entró un grupo por primera vez a trabajar en Cobaló y desde entonces más de 30 veces otros grupos, grandes o pequeños, volvieron a la carga, hasta que la hacienda se entregó el 5 de diciembre de 1973. (CRIC, 1981, págs. 20-21)

Esta acción colectiva involucra siempre a toda la comunidad:

Ningún miembro de la comunidad, compuesta de 517 familias, se quedó sin poner su granito de arena: hombres, mujeres y niños desafiaban al agua y al sol, los golpes de la policía o las vejaciones de las autoridades, para participar de la lucha común. (CRIC, 1981, pág. 21)

En el marco de contar con una organización regional, como el CRIC, con un amplio nivel de convocatoria y reconocimiento, estas acciones progresivamente se convertían en escenario de solidaridad y trabajo conjunto con otras fuerzas de la sociedad:

Lo más importante fue la solidaridad ideológica. Campañas de denuncia se organizaron en barrios y veredas, sindicatos y universidades, a través de todos los medios posibles: conferencias, mesas redondas, hojas volantes, periódicos, emisiones de radio, etc. Los compañeros de Coconuco eran llamados de distintas ciudades del país para exponer su lucha y, hasta donde pudieron cumplieron con su asistencia. (CRIC, 1981, pág. 22)

La fuerza, la consistencia, la legalidad y la legitimidad de estas acciones desestabilizaban de fondo las estructuras de poder alrededor del Estado, la Iglesia³⁸ y los propietarios y por

³⁸ 30 de mayo de 1974. Sobre el caso de “Cobaló”, en carta de respuesta del arzobispo de Popayán al periodista Germán Castro Caicedo del Tiempo de 9 de abril de 1974: “En el referido artículo se presentan dos casos que tienen que ver con la Arquidiócesis de Popayán y a los cuales me refiero: Dizque los indígenas dicen que el Hospital de Popayán que depende de la Arquidiócesis les ha robado una finca perteneciente al Resguardo de Jambaló por allá en el año 1700 y que hace siglos están pagando el terraje. La verdad es esta: El señor José María Cañadas, falleció en Quito el 1 de abril de 1895, hizo legados testamentarios a los hospitales de Buga, Cali, Palmira y Popayán. A este último le asignó dos quintas partes de la hacienda llamada ‘Zumbico’, en el hoy municipio de Jambaló. No sabría yo decir si cuando fue otorgado el testamento de Cañadas ya la hacienda estaba ocupada por indígenas, pero lo cierto es que el Hospital de Popayán nunca tuvo posesión material de la hacienda, nunca cobró terraje y se contentó con recibir un pequeño arrendamiento que llegaba a la modestísima suma de \$150.00 anuales, como reconocimiento del dominio de la entidad hospitalaria sobre el referido predio. ¿A cuáles indígenas ha despojado el Hospital de la Hacienda de ‘Zumbico’ si los indígenas han vivido siempre allí? El Hospital de Popayán es una persona jurídica independiente de la Arquidiócesis, la cual nada tiene que ver en el asunto de ‘Zumbico’. Lo demás es un cuento, muy ingenuo o muy indígena”. (El Liberal, 1974, págs.

ello de manera variable al sentirse derrotados, intentaban construir formas de deslegitimación que disminuyeran el daño sobre lo establecido: “En el momento apropiado, el señor Arzobispo recibió la ‘autorización del Papa’ y resolvió ‘regalar’ la hacienda a los indígenas para contribuir a solucionar el problema social” (CRIC, 1981, pág. 22).

En esta forma de acción colectiva, se estructuraba una proyección económica y productiva a través de las empresas comunitarias para el beneficio de todas las familias, no solamente de aquellas con escasez de tierra y siempre bajo la autoridad del cabildo. En la línea de lo planteado, al recuperar la tierra se convertía en territorio a medida que se recobraba también la autoridad y la posibilidad de fortalecer lo que luego sería llamado un Plan de Vida.

En Cobaló se ha constituido una empresa comunitaria para cumplir con algunas especificaciones, pero dicha empresa está sometida a la autoridad del Cabildo y desde el principio se fue muy claro al establecer que la tierra recuperada no iba a beneficiar tan sólo a 20 ó 30 familias sino que iba a estar al servicio de toda la comunidad. (CRIC, 1981, pág. 22)

Esta acción colectiva distinta a las luchas no indígenas por la tierra comporta al menos dos dimensiones: por un lado la legitimación del trabajo familiar y colectivo con un rol protagónico de las mujeres; y por otro, la existencia de una perspectiva cultural distinta con eficacia material y simbólica para asegurar un mejor vivir y para desafiar los poderes establecidos, que en el caso de salud significaría la legitimidad de la medicina tradicional como soporte de la recuperación de la tierra y construcción de territorio y como determinante de la resistencia y la negociación con tales poderes de las formas de acceder a servicios de salud.

Cobaló sirve de referencia para la lucha por la tierra en el Cauca y en todo el país. A la fecha:

(...) el movimiento campesino indígena del Cauca había logrado recuperar más de 5.000 hectáreas de tierra, parte de muy buena calidad. Contrasta esto con las aproximadamente 8.000

1,8). Como puede observarse conflictos de legalidad, racismo y estigmatización dominan el lenguaje y la posición de un poder corporativo como la Iglesia.

hectáreas de mala calidad que el INCORA en sus 10 años de funcionamiento había negociado y que sólo se podían incrementar con la buena voluntad de los latifundistas locales. (CRIC, 1981, pág. 21)

No obstante, este proceso es escenario de una fuerte disputa política, ideológica y conceptual con la sociedad en general y los terratenientes en particular, cuya lectura, muchas veces naturalizada por los medios de comunicación, no es la de recuperación, sino de *invasión* la cual repercute en represión, estigmatización y violación de derechos humanos:

En la penitenciaría Nacional de esta ciudad se encuentran desde antier 18 indígenas, entre ellos cinco menores, sindicados de una invasión al predio Cobaló, sobre el cual la Curia de Cauca alega título de dominio, en tanto que el Resguardo Indígena de esa región, afirma que son tierras pertenecientes a él. El predio, de 400 hectáreas, está ubicado en jurisdicción del Municipio de Puracé y dedicado por la Curia a la ganadería y a la agricultura. (El Liberal, 1973, págs. 1,8)

En julio de 1973 se realizó el *Tercer Congreso* en Silvia (municipio ubicado al oriente del departamento del Cauca) en el que se avanza en la profundización de la plataforma de lucha alrededor de los siguientes aspectos: el Cabildo es base de las luchas y el Comité Ejecutivo junto con la Junta Directiva deben llevar la dirección organizativa; devolución de las tierras usurpadas a los resguardos; reconstitución de los resguardos ilegalmente extinguidos y de todos aquellos donde la mayoría de la comunidad desea reconstruirlos; aplicación de la ley sobre adquisición de tierras para ampliar resguardos; supresión definitiva del terraje y entrega de la tierra a los que la trabajan; apoyo a la cultura indígena, sobre todo mediante la formación de profesores de las propias comunidades y promoviendo la investigación de la historia y tradiciones indígenas, también con la conservación de la coca como elemento clave de la medicina tradicional, la enseñanza de la música y la lengua indígena; reconocimiento y garantías a la libre organización de los indígenas en el plano local, regional y departamental; y planeación conjunta de todo programa con la organización indígena correspondiente al nivel respectivo (CRIC, 1981).

Este evento, a diferencia de los dos primeros congresos, rompe el cerco de invisibilización y homogenización de las luchas sociales en el país, en medio de un mosaico discursivo de estigma y racismo y de prevención por parte del gobierno:

[mientras el gobierno se prepara] (...) el Alcalde don Jorge E. Rengifo, han tomado las medidas del caso para garantizar el orden público. (El Liberal, 1973, págs. 1,8) (...) y la gobernación del Cauca cuenta con el total respaldo del señor Presidente de la República (...) para preservar la tranquilidad (...) (El Liberal , 1973, págs. 2,7) [el evento es noticia] (...) los medios de comunicación de Bogotá, Cali, Medellín, Manizales, y, desde luego, de esta ciudad [Popayán]. Camarógrafos de la televisión llegaron anoche para trasladarse hoy a Silvia con el objeto de captar detalles de este acontecimiento nacional (...) (El Liberal , 1973, págs. 2,7); (...) [terminado el evento, la sorpresa racista] (...) Después de acampar bajo una hermosa noche de luna y dialogar sobre sus necesidades en reuniones sectoriales, 2.000 indígenas de ocho regiones del país descendieron de Las Delicias, en un vistoso desfile matizado con el colorido de trajes típicos y pancartas alusivas al tercer encuentro regional indígena y primera asamblea nacional (...) Guardia cívica conformada por los mismos naturales controlaba la posible propagación de folletines politiqueros o de agitación. (El Liberal, 1973, págs. 2,7)

A lo que responde Julio Tunubalá, dirigente del CRIC:

Cuando se ha visto que los indígenas salimos a echar piedra en las calles, a los indígenas solo se nos ha visto bajando desde el monte a pleno sol y agua, la cebolla, la yuca y la papa para que el pueblo coma. Esto es lo que no nos admiran. Por qué en vez de llamarnos subvertidores del orden, no nos preguntan de dónde traemos el trigo, el maíz o el plátano. No es sino que empecemos a hablar durito. Que necesitamos un pedazo de tierra apta para trabajarla, escuelas y puestos de salud, para que sintamos los efectos de la represalia. (El Liberal, 1973, págs. 2,7)

En ese momento el CRIC es una organización de referencia a nivel regional y nacional y tras dos intensos años de procesos de recuperación de tierras y de mayor articulación entre el Comité Ejecutivo y los cabildos indígenas, se va consolidando una plataforma que se mantiene sin modificación, pero que se enriquece en la dimensión política y sociocultural alrededor de la lengua, la educación y el proceso organizativo. Aquí el contenido de salud como demanda hacia el Estado es marginal, y se expresa en exigencia de puestos de salud, mientras que hacia adentro los médicos tradicionales juegan un papel fundamental, porque en su rol de autoridad ancestral con funciones de armonización entre los seres humanos y entre estos y la naturaleza, y en la de orientación del proceso global de lucha y movilización, están presentes de manera casi imperceptible hacia afuera, entre otras cosas porque las

fuerzas antagónicas al CRIC, entienden que estos deben ser cooptados o eliminados para menguar la contundencia del movimiento.

Esto último ha sido una constante dentro del proceso de *reducción a la civilización*, que el Estado clerical confió a la Iglesia a través de la Ley 89. Con esto se genera una conjunción del *poder de Dios con el poder del Estado*, para configurar un orden homogéneo y subordinante, que combina la violencia con las herramientas jurídicas, políticas e ideológicas; frente a las cuales se ha estructurado un proceso de resistencia a lo largo de la historia, con connotaciones políticas y socioculturales. En este escenario la medicina tradicional se ha mantenido como patrimonio propio y como alternativa ante la ausencia de las instituciones públicas:

A pesar de que el gobierno y las misiones, han atacado tanto a nuestros médicos, todavía existen y tenemos formas de curar, porque las instituciones tampoco han asumido la responsabilidad que les corresponde en atender a las comunidades indígenas en cuanto a salud se trata. (Unidad Indígena, 1977, pág. 7)

La dinámica nacional indígena, todavía en articulación con la ANUC y en el marco de su Tercer Congreso Nacional en 1974 en Bogotá, se fortalece con la realización de la Asamblea Nacional Indígena a la que asistieron el CRIC, el Consejo Regional Indígena del Vaupés (CRIVA) -creado en 1973-, los Arhuacos, los Guahibos, los Tunebos, los Sibundoyes, los Sionas, los Cofanes, los indígenas de Nariño, Caldas, Chocó y algunos Motilones. Estas representaciones deciden avanzar en la construcción de un organismo nacional coordinador de las luchas indígenas, aspecto que el CRIC entendía sustancial para poder avanzar en la defensa de los derechos de los Pueblos Indígenas en la perspectiva de la *Unidad Nacional del Movimiento Indígena* (CRIC, 1981) y la creación del periódico *Unidad Indígena* en cabeza del CRIC, el cual vería la luz en 1975 (García & Caballero, 2012), en la perspectiva de construcción de un sujeto político indígena a nivel nacional.

En medio de estos congresos, la movilización indígena se acrecienta, las recuperaciones de tierras, la reconstitución y renovación de los cabildos, la realización de asambleas regionales en diferentes puntos del territorio, el acompañamiento a otras luchas por dentro y por fuera del Cauca se vuelven el quehacer cotidiano de la organización:

Nuestras primeras movilizaciones constituyen denuncias fundamentalmente locales en contra de las autoridades, los terratenientes, el clero, los intermediarios, y demás enemigos. Denunciamos la represión, el despojo de la tierra, la miseria, la falta de educación, salud, carreteras y demás servicios, lo mismo que la opresión cultural (...). Mediante las movilizaciones los indígenas experimentamos la sensación de respaldo de la masa de "nuestra gente", en momentos en que el proceso de descomposición nos tiene desperdigados. Comprendemos la posibilidad de poder triunfar, sobre los enemigos. Incluso llegamos, en algunos casos, a una posición triunfalista que la represión se encarga de moderar. La expresión de nuestra rebeldía frente a los enemigos y el empleo público de nuestra lengua contribuyen al rescate de una personalidad por mucho tiempo negada. (CRIC, 1981a, pág. 55)

Este proceso, que incluye la visibilidad del accionar de los indígenas del Cauca no solo dentro del departamento sino a nivel nacional, se instala y se mantiene en los medios de comunicación que, de manera variable en cobertura, enfoque y lenguaje, lo incorporan en su agenda noticiosa con relevancia particular en periódicos como el Liberal del Cauca, cuya orientación está en sintonía con intereses ligados a los poderes locales:

Los indígenas del Cauca que asisten al Congreso Nacional de Usuarios Campesinos expresaron hoy sus peticiones al gobierno del presidente López Michelsen las cuales consisten en que, según ellos, gran número de hectáreas de esa región les deben ser devueltas porque pertenecieron a sus antepasados. Los voceros de los indígenas caucanos se muestran muy informados y con pleno dominio del problema. (El Liberal, 1974, pág. 6)

Aparece en el discurso la disputa permanente entre reconocimiento y deslegitimación en medio de la visión colonial del otro como *incapaz*.

En enero de 1975 la comunidad indígena de Puracé protesta contra Industrias Puracé, una empresa dedicada a la explotación del azufre. En este caso se demandan medidas de seguridad industrial para los trabajadores, disminución de los impactos sobre el medio ambiente y mayor vinculación de personal indígena a la misma (Unidad Indígena, 1975), con lo que el movimiento indígena en alianza con otros sectores irrumpe y lidera causas más amplias ligadas al mundo del trabajo asalariado, el ambiente y la salud de los trabajadores.

La actividad de recuperación de tierras es muy intensa en 1975, así como la estigmatización y la confrontación por parte de terratenientes y el Estado, lo que genera además confusión sobre el carácter de las luchas indígenas y tensiones con sectores campesinos de la región.³⁹ En febrero, tras varios hechos de recuperación en el Norte, Oriente y Centro del Cauca, interpretados como desafío al Gobierno Nacional y ante el anuncio de nuevas acciones, la prensa local difunde información según la cual las *invasiones* vienen “siendo instigadas no por personas pobres o mendicantes, como pudiera pensarse (...) sino por personas [que] pertenecen a la burguesía terrateniente del departamento (...)” (El Liberal , 1975, págs. 1,8) con lo que la confusa representación de los hechos combina el racismo y la ilegalidad para referirse a los *incapaces* y conserva la dimensión política y de dirección de los hechos para los poderosos de la región.

El fenómeno se extiende por Puracé, Totoró y Tierradentro,⁴⁰ y en abril, a seis meses de firmado un acuerdo entre el Incora y los Pueblos Indígenas para el estudio de antiguos títulos que demostraban la propiedad sobre varios predios y la respectiva titulación y ante el incumplimiento del mismo, la prensa afirma que los indígenas de Caldon, Toribío, Silvia y Páez programan: “invasiones a distintas fincas, hurto de ganado y saqueos de casas ‘de los blancos’ como protesta (...) [pues] los aborígenes estimándose burlados, han comenzado a programar una serie de actos para alterar el orden público” (El Liberal , 1975, págs. 1,8).

³⁹ “12 de agosto de 1975. Surge Consejo Nacional Agropecuario del Cauca. Frente a ciertas amenazas que se profirieron en esta localidad contra propietarios de predios rurales, se informó que en Inzá las gentes amenazadas fundaron un organismo que se denominará “Consejo Consultivo Regional Agropecuario del Cauca”. La finalidad de este organismo será la de oponerse a las invasiones ilegales de tierra planeadas por los indígenas y dirigidas por el CRIC. Varias reuniones se han efectuado del nuevo organismo agropecuario de defensa, circunstancia que precisa una mayor vigilancia del gobierno sobre estas regiones para evitar enfrentamientos graves” (El Liberal , 1975, págs. 1,10).

⁴⁰ “19 de febrero de 1975. Invaden nuevas fincas caucanas. Otras dos propiedades fueron invadidas en los últimos días por los indígenas al oriente de este departamento. Se trata de la hacienda de Juan Valencia en el municipio de Puracé y de la de Marquita de Simmonds en el municipio de Totoró. Decenas de aborígenes se han apoderado de extensas parcelas en esos predios dedicándose a la ‘tumba’ de montaña y preparación de la tierra para sembrar. De otro lado se informó que en la hacienda Los Jazmines, de Rodolfo Medina en el municipio de Páez (Tierradentro), la situación continúa igual. Ese predio fue invadido hace más de 3 semanas por 120 indígenas que amenazan ahora otras propiedades vecinas” (El Liberal , 1975, págs. 1,8).

Como se verá a lo largo de este trabajo, el escenario contencioso estará marcado por la reiteración sistemática de los incumplimientos del gobierno,⁴¹ que expresa una combinación entre incapacidad institucional, racismo, exclusión y la existencia de pactos del Estado con los poderes regionales para mantener el latifundio, los privilegios y las respectivas representaciones coloniales sociopolíticas y culturales que a su vez justifican el uso de la fuerza, el desconocimiento fraudulento de la ley y el desprestigio permanente:

Napoleón Vivas, alcalde de Caldoño explicó que el gobierno hace varios años terminó con los resguardos indígenas y los parceló de tal forma que sus propietarios pudieran negociarlos, ‘Los terrenos que ahora reclaman fueron vendidos por antepasados a bajos precios a particulares. Muchos no quieren entender el asunto y se creen todavía propietarios de esos predios y otros desean comprar a precios irrisorios’ dijo el funcionario. (El Liberal, 1975, págs. 1,8)

Todo esto sin duda demarcará no solo la lucha por la tierra, sino aquella por todas las reivindicaciones presentes en la plataforma del CRIC, incluida la de la prestación de servicios médicos.⁴²

De forma complementaria, el CRIC establece en su agenda política y en concertación con la administración regional del INCORA, la realización del primer censo indígena que revela la existencia de más de 100.000 indígenas en todo el Cauca, con lo cual se buscaba: desvirtuar el argumento racista de su marginalidad cuantitativa; construir el concepto de que es el cabildo indígena el que puede determinar la pertenencia étnica; y poner sobre la mesa las expectativas de tierras a recuperar o a ampliar y por esta vía afianzar en términos de poder y saber la disputa social y política en el Cauca por tierra, unidad y cultura.

⁴¹ Ya en estos años se prefigura un argumento permanente en los momentos de negociación con el Estado que combina lo mencionado sobre el racismo, la incapacidad y la exclusión, con los compromisos del gobierno siempre ceñidos a limitaciones presupuestales. Lo que hasta el día de hoy aparece como una constante en todas las negociaciones y que precede, acompaña y vuelve a aparecer luego de las acciones de presión como la recuperación de tierras, los bloqueos de vías, manifestaciones, etc.: “[El Gobernador Irigorri Hormaza hablando ante la gran concentración indígena de este municipio dijo]: “hemos venido a ver qué le pasa al indígena y a hacer justicia con él. Vamos a atender sus solicitudes en orden de prioridades para no incurrir en promesas que por falta de dinero no se pueden cumplir. El gobernador del Cauca ofreció desarrollar un plan de educación, salud y vivienda en el menor tiempo posible. Los indígenas reclamaron carreteras, puestos de salud, redes de alcantarillado y líneas de electrificación”. (El Liberal, 1975, págs. 1,8)

⁴² “(...) mejoramiento de la carretera Caldoño-Pueblo Nuevo, dotación de servicios públicos y prestaciones de servicios médicos” (El Liberal, 1975, págs. 1,8).

Hasta aquí se ha profundizado sobre el carácter de los procesos de recuperación de tierras, que en los primeros años alimentaron de forma estratégica la constitución del sujeto político. En paralelo, pero cada vez más urgente después del II Congreso del CRIC, debía avanzarse en la recuperación de formas de organización, gobierno y autoridad dentro de los resguardos, es decir de los cabildos que habían sido capturados por el establecimiento.

En efecto, como se ha planteado, el nacimiento del CRIC obedece también a una necesidad objetiva de que se genere un proceso organizativo que pueda superar la cooptación ideológica y política de los cabildos en las últimas décadas a manos de terratenientes, Iglesia y gobierno. De hecho, en 1971 son más los terrajeros, líderes, organizaciones comunitarias diversas, algunos intelectuales y funcionarios comprometidos con las causas populares⁴³, los comprometidos en las recuperaciones de tierras y la creación del CRIC, que los mismos cabildos, que en algunos casos están en contra.

No obstante, había claridad de no crear nuevas formas organizativas, ni diluirse en las existentes como sindicatos agrarios, ni estar marginales en las de la ANUC; a menos que fuera necesario desafiar a los cabildos cooptados, era imperativo avanzar en el proceso de recuperarlos para que "(...) asumieran el papel histórico que les correspondía: respaldar, orientar y, aún más, ponerse al frente de sus luchas" (Jaramillo, 2011). Ante el éxito de las primeras etapas y el recrudescimiento de la represión, la unidad, la defensa de lo alcanzado y la sostenibilidad dependían de que el CRIC tuviera en los resguardos autoridades que fueran progresivamente convirtiéndose en verdaderos gobiernos para la construcción de territorio, recuperación cultural, incluida la medicina tradicional y lo que será la política indígena de salud.

En medio de la ampliación de la agenda y del escalamiento del conflicto por la tierra, se realiza el IV Congreso del CRIC entre el 7 y 9 de agosto de 1975 en Tóez-Tierradentro, con

⁴³ Al respecto hay varias discusiones sobre el papel de lo que en el CRIC se denominaron como *colaboradores*, refiriéndose a intelectuales de varias tendencias políticas que confluían alrededor de nuevas discusiones sobre territorio, autoridad, cultura e identidad y a funcionarios sobre todo del Instituto Colombiano de la Reforma Agraria-INCORA, quienes en muchas regiones asumieron un rol proactivo con las luchas campesinas e indígenas, aprovechando el clima favorable del gobierno de Lleras Restrepo, interesado en la modernización del aparato productivo y la contención de las luchas sociales.

la participación de más de 3.000 indígenas⁴⁴, y a través, de las comisiones de Organización, Tierras, Ligazón con otras luchas populares, Defensa contra la represión, Entidades oficiales, Cultura y Educación, se ratificó que el Cabildo es la base de la organización indígena y su fortalecimiento es una de las tareas fundamentales que el CRIC tiene que asumir.

El cabildo debe impulsar organizaciones económicas en cada resguardo, en la medida de lo posible independientemente del gobierno. Por tanto, deben continuar las adjudicaciones comunitarias que ya se están haciendo por parte de varios Cabildos y formar cooperativas y empresas comunitarias autónomas. En este momento el CRIC, a pesar de las diferencias políticas que van surgiendo con la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos-ANUC a nivel local, departamental y nacional, orienta mantener el trabajo conjunto (CRIC, 1981).

Se observa que, aunque se mantiene la plataforma de lucha, la agenda del Congreso hace énfasis en el fortalecimiento del cabildo como autoridad en el territorio, que debe dinamizar con la comunidad el conjunto del proyecto socioeconómico y cultural del CRIC, tanto hacia adentro como hacia afuera en relación con el Estado.

El cabildo, en coordinación y con el acompañamiento del CRIC, iniciará la labor de referente en el relacionamiento con el Estado. De hecho, en el congreso se abre una comisión de entidades oficiales en la que las comunidades y sus autoridades establecen un diálogo crítico con las entidades del Estado, en el que se explicitan las demandas y sus sentidos, construyéndose un proceso de interlocución entre el gobierno propio (Cabildo-CRIC) y el gobierno nacional (Instituciones) pero en el marco de un proceso organizativo y una agenda política a diferencia de la dinámica previa al año 1971.

Esto refuerza y da inicio a un eje permanente en el método del CRIC, denominado relaciones con el Estado, que se va forjando como una arena específica de contienda a

⁴⁴ “31 de julio de 1975. Indígenas de todo el país en Tóez. Un redactor de El Liberal tuvo informes ayer de que a Tóez viajarán unos siete mil indígenas de todas las parcialidades del país. El viaje de los indígenas viene siendo coordinado por el “Cric”, por parlamentarios y por universitarios (...) el permiso para la reunión del congreso de indígenas ya fue otorgado directamente por el Ministro de Gobierno, doctor Cornelio Reyes. A las autoridades del Cauca solo les resta poner en vigencia algunas medidas de seguridad para que los indígenas puedan deliberar en forma tranquila”. (El Liberal, 1975, pág. 8)

través de diferentes tipos de acciones colectivas como movilizaciones, recuperaciones de tierras, congresos y otro tipo de iniciativas, en las que se desata una espiral contenciosa e intercultural de poderes y saberes en los que se alcanzan acuerdos que se cumplen parcialmente o se desconocen por parte de la institucionalidad estatal. Esto da origen a nuevas acciones colectivas, que a su vez enfrentan la represión y la violencia hasta un nuevo momento de acuerdo parcial. Todo esto, en un escenario cambiante de las condiciones internacionales, el régimen político y sus dinámicas económicas e institucionales y del sujeto político indígena. En este escenario, las demandas y acuerdos parciales se incumplan en unos momentos históricos; y se reinterpretan nuevamente a cada momento en la dirección de la correlación de fuerzas en disputa.

En este marco, salvo alusiones marginales a la demanda de servicios de salud que van apareciendo en las movilizaciones y anteriores congresos, el tema en clave de medicina occidental no aparece todavía con fuerza; mientras que, en la perspectiva propia en el escenario de la comisión de Cultura y Educación del cuarto congreso, se avanza en posicionar dentro de la política indígena unas instancias y unas funciones de la medicina tradicional:

Realizar una junta con nuestros médicos para los siguientes fines: a) Que entre ellos discutan su ciencia y recuerden lo que han olvidado; que unan sus fuerzas para poder trabajar más efectivamente. b) Que con sus conocimientos nos colaboren en la preparación de nuestras luchas: advirtiendo los peligros, previniendo los males, protegiendo los compañeros (...) Los médicos instruirán a los Cabildos sobre los peligros y problemas y aconsejarán sobre la buena conducta de los miembros de los Cabildos como representantes de la autoridad indígena. Pedirles a los médicos que enseñen la botánica a la comunidad (...). (CRIC, 1981b, pág. 44)

Se advierte de manera específica una convocatoria a la unidad y al ejercicio de diálogo para la recuperación y dinamización del conocimiento ancestral por parte de los médicos tradicionales, y demandan de ellos la colaboración para la protección de sus luchas sociales y para la orientación de los cabildos, de tal forma que puedan ejercer armoniosamente su tarea como autoridades. Finalmente, hacen un llamado a que estos agentes desarrollen labores de pedagogía alrededor del reconocimiento y uso de las plantas como recurso propio. Se destaca que el emerger de la política propia en salud tenga un lugar en el seno

de un ámbito como la educación y la cultura, ligado al ejercicio del gobierno a través del cabildo, la protección del territorio y de la vida.

Por otro lado, resulta muy relevante el espíritu del IV Congreso de construir la unidad con otras luchas populares, por lo que denota una inspiración política que va más allá de lo indígena y se instala en lo popular, configurando mayor solidez a la relevancia al CRIC como líder en la lucha política frente al Estado, no solamente en el Cauca sino a nivel nacional:

También se participa en las movilizaciones y diferentes eventos de otras organizaciones populares, por ejemplo: con los obreros de Puracé y trabajadores del fique (agosto/76), solidaridad con trabajadores de Riopaila (1975), Congreso de la USO, Barranca (1977), encuentro de fiqueros en El Peñol, Antioquia, Semana de solidaridad con las luchas campesinas e indígenas en Medellín (oct. 8-12/73), Semana de Solidaridad de la Universidad con las luchas indígenas (mayo 28/76) en Manizales y en diferentes reuniones programadas por la ANUC: Reuniones de Junta Directiva en Popayán (1974), Bogotá (1975) y Cartagena (1976), 2° Congreso en Sincelejo (1973), 3er Congreso en Bogotá (1974) y 4° Congreso en Tomala (1977). (CRIC, 1981a, pág. 57)

Esta intensidad en la movilización tiene su contraparte en la represión y la violencia política que durante buena parte de los 70, según Villa & Houghton (2005), corresponde a un tipo gamonalista en la que los poderes terratenientes determinan y direccionan el poder político y sus prácticas, al punto que luego del IV Congreso del CRIC en agosto, se realiza una "(...) Asamblea de Terratenientes en septiembre presidida por el Ministro de Gobierno Cornelio Reyes, en la cual se declaró la guerra a los indígenas del Cauca (...)" (Villa & Houghton, 2005, pág. 87).

Tan solo entre 1974 y 1975 se produce un total de 97 casos de violencia política contra los Pueblos Indígenas en el país, de los cuales el 90% son en el Cauca, siendo las detenciones arbitrarias (35 casos) y el asesinato político (21 casos) el 58% del total de hechos de violencia política. De estos, el Estado es el responsable en el 100% de las detenciones arbitrarias y del 10% de los asesinatos políticos, mientras que el 90% restante se atribuye a los terratenientes (Villa & Houghton, 2005).

Esto coincide con el mayor pico de represión en general contra las luchas sociales en Colombia entre 1975 y 2015 (Archila Neira, 2019).

No obstante, en 1976 se destaca la manifestación de 1.500 indígenas en conjunto con obreros, campesinos y población urbana, demandando cambios en las políticas económicas del gobierno para que no permita que empresas extranjeras exploten recursos no renovables como el azufre, y se proteja la industria del fique la cual va camino a la quiebra por la sustitución con otros materiales, llevando a la ruina a miles de familias indígenas y campesinas cuyos ingresos dependen de este (Unidad Indígena, 1976). De manera relevante, el CRIC junto con sectores urbanos, estudiantiles, maestros y trabajadores a nivel nacional e incluso con el apoyo de sectores del Partido Conservador, participó del Paro Cívico Nacional de 1977, la mayor movilización social entre 1958 y 1990 (Archila Neira, 2018).

Este Paro representaba el punto culminante de un periodo de altas movilizaciones sociales que desafiaban la incapacidad del régimen político bajo el gobierno de López Michelsen (1976-1980); luchando al mismo tiempo por no satisfacer las demandas de modernización capitalista del país, la presión gamonalista de sectores terratenientes e improductivos y el crecimiento de la ocupación territorial por actores ligados progresivamente al narcotráfico; y reivindicar las luchas sociales urbanas y rurales por tierra y derechos sociales.

El CRIC se vincula en la agenda política del Paro, pero hace énfasis en la lucha por la desmilitarización de los territorios, con lo que el sujeto político mantiene una articulación estratégica con el movimiento social y las causas populares y énfasis relacionados con las dinámicas particulares (Unidad Indígena, 1977).

En el ámbito nacional, durante el tercer Congreso del Consejo Regional Indígena del Vaupés (CRIVA) en Villa Fátima, entre el 19 y 20 de enero 1976, se plantea que la prestación de servicios de salud (médicos) es un derecho, no una limosna, y se exige el derecho de tener un médico ambulante permanente para recorrer las zonas del río Vaupés y el Papurí. Igualmente, informan del riesgo en las comunidades indígenas del Vaupés por muertes debidas a la tuberculosis, fiebre amarilla, paludismo y *parasitismo* (Unidad Indígena, 1976). Se evidencia cómo, muy tempranamente, una organización en los

llamados territorios nacionales en el mayor de los aislamientos, en menos de tres años ya ha realizado tres congresos y en su discurso aparece la salud como un derecho y una demanda clara de servicios que deben ser itinerantes.

El CRIC logra, en poco tiempo, que en medio de las luchas sociales los cabildos respondan a la nueva dinámica del movimiento indígena y sean los protagonistas progresivamente de la construcción del sujeto político, del territorio y de los primeros esfuerzos por contar con los esbozos de una política indígena de salud, que en sus comienzos se basa en la medicina tradicional, el uso de plantas medicinales, esfuerzos autogestionarios en salud que se analizarán más adelante, e inserción de demandas de servicios de salud occidentales, todavía aisladas en las luchas generales con el Estado.

Ligado a los procesos de recuperación de tierras y de la figura del cabildo como autoridad y gobierno en el territorio, los desarrollos en materia de educación y economía propias se convierten en un tercer puntal para la configuración de la política indígena de salud en estos primeros años.

En el Resguardo Coconuco, del 10 al 14 de marzo de 1978 se realizó el V Congreso del CRIC, en medio de la expectativa nacional y regional, así como del estigma permanente⁴⁵. La Plataforma del CRIC en este congreso se enriquece con la creación del Programa Económico en la perspectiva de que la construcción del territorio estaba ligado a formas de producción y comercialización colectiva como las cooperativas, las tiendas y las empresas comunitarias, con la orientación de generación de ingresos para mejorar las condiciones de vida y para sostener el proceso organizativo, incluidas iniciativas como los botiquines o el apoyo al desplazamiento de pacientes desde comunidades remotas a hospitales en las cabeceras municipales o departamentales (CRIC, 1981c).

⁴⁵ “11 de marzo de 1978. Tranquilidad en congreso de indígenas colombianos. En medio del orden anunciado por sus organizadores, el Quinto Congreso Nacional Indígena fue instalado ayer en Coconuco bajo un clima de tranquilidad y estricta vigilancia militar. Más de 1.500 indígenas de todo el país se congregaron en el municipio de Coconuco para entrar a deliberar sobre la problemática indígena tema principal del evento. Las delegaciones analizarán cada uno de los aspectos que competen directamente con el núcleo indigenista nacional como es la tenencia de tierras, la persecución del blanco, la desatención oficial y la represión en general” (El Liberal, 1978, págs. 1,8).

Igualmente, como paso estratégico se crea el Programa de Educación Bilingüe para desarrollar el 7° punto de la plataforma de lucha: *formar profesores para educar de acuerdo a la situación de las comunidades indígenas y en su propia lengua*, esto para el fortalecimiento organizativo, cultural y político como fundamento de la autonomía y un proyecto educativo acorde con los intereses y necesidades de los pueblos (CRIC, 2009, pág. 27).

El Programa de Educación Bilingüe, se convierte en un hito para la construcción de la institucionalidad propia, por cuanto ya surge más allá de los cabildos y el Comité Ejecutivo del CRIC un órgano especializado que va a impulsar principalmente el proyecto cultural de los Pueblos Indígenas del Cauca, destinado a formar personal docente propio y por esta vía: a) iniciar procesos pedagógicos con las comunidades desde la perspectiva indígena; b) recuperar las lenguas de los diferentes pueblos que hacen parte del CRIC, principalmente la etnia Nasa, con lo cual inicia de manera central la reconfiguración cosmogónica y cosmológica de las comunidades indígenas que poco a poco les permitirá reafirmar, recrear y expresar su pensamiento propio y reconstruir la historia de los pueblos, para ser contada, interpretada y proyectada con su propia voz; c) fortalecer la medicina tradicional entendida como un campo integral del saber ancestral y colectivo para proteger y armonizar las relaciones entre ser humano y territorio más allá de un supuesto campo de equivalencia con la salud hegemónica; y d) disputar a la Iglesia la arena de la formación y reproducción del saber en las comunidades, con lo que inicia, en una relación de poder distinta, la confrontación entre el paradigma civilizatorio tanto de católicos como evangélicos y una narrativa propia del mundo, la espiritualidad y la ritualidad.

Alcibiades Escué, Agente comunitario salud del CRIC en los años 80, primer coordinador del Programa de Salud en 1981, hoy (2018) alcalde de Toribío, resalta el rol de la medicina tradicional en este periodo y el significado de que el CRIC la asumiera dentro de su plataforma de lucha:

En ese momento los médicos eran perseguidos por la iglesia, los políticos, la subversión; pero entonces el CRIC empieza a visibilizar a los médicos y también al interior de la comunidad se empiezan a visibilizar, por eso la mayor ganancia está en cómo resurgió el conocimiento ancestral vía CRIC, porque se sentía un nivel de protección. Se puede decir que los médicos sintieron el

apoyo de una organización, del cabildo y eso se puede considerar como uno de los mayores resultados (Escué, 2018, pág. 4).

En la Sierra Nevada de Santa Marta, a propósito del significado de la medicina tradicional, en un artículo en el periódico Unidad Indígena recogiendo lo que dicen los Arhuacos al presidente Betancourt se le manifiesta que:

No se tuvo en cuenta nunca que para nosotros el médico tradicional es la máxima autoridad de las comunidades, que es el que da los consejos, la orientación y vela por la salud, cuida de las cosechas para que haya buena comida, se encarga de hacer los bautizos, los matrimonios y lo más importante mantiene unida a la comunidad. (Unidad Indígena, 1977, pág. 7)

En la línea de construir más ampliamente el sujeto político, este V Congreso convoca y congrega a la Comisión Indígena Nacional con delegaciones del Putumayo, Caquetá, Sur del Tolima, Nariño, Caldas y Antioquia, ya como una instancia fundamentalmente indígena en el seno del Congreso, a diferencia de lo sucedido en 1974, cuando dicha Comisión había sesionado en Bogotá, pero como parte del Tercer Congreso de la ANUC. Esto se explica porque las tensiones políticas entre campesinos e indígenas se fueron acrecentando en estos años por la diferencia en las formas organizativas, los métodos de trabajo y sus objetivos.

En 1976 la dirección de la ANUC opta por la conformación de una organización política a partir de una organización campesina. El CRIT [Consejo Regional Indígena del Tolima], el CRIC y otras comunidades participantes, nos retiramos definitivamente del aparato político, manteniendo nuestra decisión de seguir teniendo relación con los campesinos organizados. (ONIC, 2013g, pág. 43)

Esto parte la historia de la relación entre comunidades indígenas y campesinas que, aunque han tenido momentos de confluencia, desde estos años, inician caminos distintos. El lema de la ANUC, “La Tierra para el que la trabaja”, marca una filosofía distinta, ligada a la propiedad y apropiación privada de la tierra y la visión de ésta como un recurso, muy distinto al discurso de la tierra colectiva y la construcción de territorio de los indígenas. En materia de salud, las comunidades indígenas y sus organizaciones desde los inicios van configurando poco a poco una agenda política, organizativa y de exigibilidad frente al

Estado con un nivel de estructuración frente a lo propio y a los servicios de salud occidentales, mientras que los movimientos campesinos incorporaron la salud fundamentalmente como demanda de servicios y en un lugar secundario del programa de lucha.

Todos estos procesos se libran sin que cese la fuerte movilización y los procesos de recuperación de tierras, que cada vez tienen un manejo más militar por parte del Estado y que son representados por los poderes económicos y políticos de la región, según lo revela la prensa local de manera reiterada, que las señala como estrategias comunistas contra la propiedad privada:

12 de julio de 1978. Invasiones en el norte del Cauca. Dentro del plan que se han trazado organismos de extrema para esta región del Departamento del Cauca, se han producido invasiones a las fincas de propiedad del doctor Luis Anaya y de otros ciudadanos que las tenían en plena producción. Los daños causados en esos predios son de gravedad por cuanto se están talando bosques vecinos a los ríos de este Municipio. Los afectados piden que, conforme a la Constitución vigente que no ha sido derogada por ningún comité o sindicato comunista, se ampare la propiedad privada, máxime cuando le está prestando servicio a la comunidad. (El Liberal , 1978, págs. 1,8)

Estos procesos se desenvuelven en medio de la creciente operación armada de grupos como las FARC-EP, que refuerzan la mirada antisubversiva del establecimiento sobre la organización indígena, matizando de esa manera la defensa a ultranza de la estructura de propiedad de la tierra y el racismo en nombre de la defensa de la democracia y las instituciones.

En este contexto, si bien el CRIC ha posicionado la medicina tradicional como el eje de lo que será la política indígena de salud, requiere afrontar en todo caso las demandas por servicios de salud básicos para los problemas que no pueden ser resueltos desde los saberes propios; y además, acompañar las luchas por la recuperación de tierras y la resistencia frente a la represión gamonal y estatal.

Por lo anterior, con el liderazgo de los cabildos y el apoyo de organizaciones internacionales solidarias, desarrolla una iniciativa alrededor de los llamados *botiquines comunitarios* en 1976, que en esencia son dispositivos comunitarios informales conformados por personal voluntario propio de la comunidad; que combinando conocimientos de plantas medicinales, medicamentos básicos, procedimientos curativos sencillos e identidad con las luchas de sus resguardos y del CRIC, prestan servicios de salud en el ámbito de sus dinámicas comunitarias. Una enfermera colaboradora del CRIC desde 1986 relata:

Lo que yo conocí del nacimiento del programa fue que se creó para poder atender a las personas que estaban heridas por la lucha que se tenía por la recuperación de las tierras que era bastante fuerte, como sabemos eso fue lo que sucedió en los años 70, se necesitaba personal propio que viviera en la zona y que pudiera atender a la gente que iba a ser afectada por estas agresiones. (Bustamante, 2018, pág. 3)

De esta forma, la disputa política del movimiento indígena, sus razones y sus condiciones generan condiciones que presionan la gestación de iniciativas propias que desde muy temprano vinculan de manera indisoluble la lucha por la tierra y el territorio con la lucha por el derecho a la salud.

Se encuentra información que revela que en octubre de 1976 en la zona de Tierradentro (Municipios de Páez e Inzá en el oriente del Cauca) en el Resguardo de Potrero del Barro, se reúnen los botiquines comunitarios de varios resguardos de Páez para hacer seguimiento a la línea de acción relacionada con el fomento de la medicina casera y el fortalecimiento de dichos botiquines, que están sostenidos por iniciativas económicas comunitarias tipo cooperativas de producción y/o comercialización bajo la figura de tiendas comunitarias (Unidad Indígena, 1977, pág. 5). Obsérvese la fuerza que el concepto de lo zonal va tomando en la organización indígena del Cauca que combina acciones regionales y luego va creando procesos a nivel zonal como Tierradentro y local en los resguardos.

En el marco de este proceso, se documenta una actividad denominada *cursillo de salud* celebrada en Paniquitá Cauca en 1977, que reunió a 80 participantes de 27 delegaciones de todo el Cauca indígena: "(...) ya han organizado botiquines o se van a organizar, por lo general dependientes de la tiendas comunales, Empresas Comunitarias (...)" (Unidad

Indígena, 1977, pág. 5). Se observa cómo se va construyendo un tejido por parte del CRIC en salud en el seno de su plataforma de lucha y que asocia las iniciativas organizativas y económicas al financiamiento de iniciativas de salud de beneficio comunitario, puesto que:

(...) son numerosos los compañeros que diariamente mueren por diarreas, gastroenteritis, gripas, hemorragias, etc. y en la mayoría de los casos por no haberles prestado un servicio a tiempo pues casi no se dispone de servicios de salud o en los hospitales y puestos de salud sólo atienden a los que tienen plata (...). (CRIC, 1977, pág. 5)

En una afirmación permanente de análisis crítico, autogestión y, como se observa en todo el hilo de esta investigación, de exigibilidad de derechos al Estado y en este periodo para acompañar junto con la medicina tradicional los procesos de recuperación de tierras y enfrentar la precariedad y discriminación de los servicios de salud occidentales no solo por razones económicas sino por racismo. Un médico que trabajó a comienzos de los 80 en el Resguardo de Vitoncó en Tierradentro afirma:

No es que uno sea romántico ni defensor, ni nada de eso, pero la gente que prestaba servicios [de salud] tenía prejuicios, le parecía que los indios eran sucios y solapados, pero en ese contexto el personal de salud quería hacer su trabajo, trataba de hacer su trabajo (Rossi, 2018, pág. 1).

La capacitación permite no solo el intercambio sobre problemas, necesidades y propuestas basadas en los remedios caseros y plantas medicinales, las cuales no solo reconocen como eficaces y más económicas, sino en obtener conocimientos de la medicina occidental como en medios para prevenir y curar enfermedades, y en el aprendizaje de aplicación de inyecciones y prestación de primeros auxilios.

El cursillo resulta en un ejercicio de construcción de una especie de programa mínimo de acción en salud, que contiene los siguientes ejes de acción presentados a manera de conclusiones del evento:

1. Apoyarnos en nuestros propios esfuerzos y promover y reforzar la medicina casera;
2. Investigar sobre las enfermedades más comunes en cada región y tomar nota de los remedios que se utilicen;
3. Fomentar el cultivo de las plantas medicinales;
4. Organizar botiquines en los sitios que no existen y mejorar los servicios de los que ya están funcionando y
5. Celebrar

reuniones zonales con un delegado de cada botiquín con el fin de discutir los problemas, recoger información y determinar lo necesario para seguir adelante en este aspecto (Unidad Indígena, 1977, pág. 5).

Esta es quizá una de las primeras iniciativas del CRIC para hacer realidad en el campo de salud un trabajo intercultural donde se recupera lo propio y se apropia lo externo, en el que se establecen alternativas para ir resolviendo los problemas propios de la comunidad y en forma estructurada generar los núcleos por zona de organización de lo que será el camino de una institucionalidad y un programa propio de salud. Los botiquines pueden ser la primera institución propia creada por el CRIC para hacer frente a la problemática de salud y un puntal importante al lado y de forma complementaria de la política indígena de salud.

Prueba de que se trataba de un proceso en junio de 1977, también en Tierradentro, se realiza el primer encuentro de tiendas comunitarias de la zona en el que se acuerda que dichas organizaciones deben vender los medicamentos al precio de costo, hacer aportes para los botiquines comunitarios y en casos donde algún integrante de la comunidad tenga problemas de salud urgente debe aprobar un préstamo o un aporte (Unidad Indígena, 1977, pág. 5).

En otras regiones del país, por esta misma época, en el III Congreso de las Comunidades Indígenas de Vaupés y Vichada se concluye que “(...) hay necesidad de cada caserío envíe a alguien a estudiar enfermería, que se vuelva a utilizar la medicina propia y la construcción de un puesto de salud en Anaven, Buenavista” (Unidad Indígena, 1977, págs. 6-7), con lo que en otras regionales del movimiento indígena, se evidencia la línea de trabajar alrededor de formar personal propio, fortalecer la práctica de la medicina propia y contar con servicios de la medicina oficial.

Terminado 1978, tres elementos estructurantes de la política indígena de salud se han ido instalando desde la plataforma del sujeto político indígena: las luchas por tierra, la recuperación de los cabildos y la fundamentación cultural y económica que, articuladas con la medicina tradicional y las primeras iniciativas comunitarias interculturales en salud, van construyendo territorio, gobierno y los contenidos de un pensamiento propio, fundamentales

para la estructuración de una institucionalidad propia e intercultural en salud en los siguientes años.

2.1.3 El Programa de Salud del CRIC y la Resolución 10013: hitos en la disputa en salud indígena en medio del Estatuto de Seguridad

En 1981 se completa una década de la emergencia del CRIC y de crecimiento del movimiento indígena colombiano. Al mismo tiempo es el año en el que, en el marco del VI Congreso del CRIC, se crea el Programa de Salud que se convierte en el instrumento dinamizador de la política propia en salud hasta la fecha. Mientras tanto, el Ministerio de Salud expide la resolución 10013 (Ministerio de Salud, 1989), primer instrumento de política de salud para indígenas en Colombia, todo en un escenario de fuerte disputa ideológica y política entre el movimiento indígena y el Estado, en el marco del gobierno de Turbay (1978-1982).

En primer término, aparece el contexto contencioso y de resistencia del movimiento indígena a las políticas autoritarias del gobierno para pasar a analizar el surgimiento y estructuración tanto del Programa de salud del CRIC como de la Resolución 10013 señalando la relación con las dinámicas internacionales sobre Pueblos Indígenas y sobre la salud.

Mientras las luchas indígenas avanzaban por todo el país y se gestaba un congreso nacional indígena para unificar y potenciar el movimiento según lo acordado en el V Congreso del CRIC, inicia el gobierno de Turbay, durante el cual el régimen político adopta un talante autoritario y represivo para enfrentar la crisis derivada de las presiones por la modernización económica, la integración internacional, los intereses de los terratenientes, el narcotráfico y el acenso de la insurgencia, principalmente en cabeza de las FARC-EP y del Movimiento 19 de Abril M-19, todo en un contexto de intensa protesta social.

En este marco, Turbay adopta el Estatuto de Seguridad en septiembre de 1978 en el marco de la doctrina de seguridad nacional extendida por todo el continente, en el que además de

recortar las libertades democráticas, entre otras cosas asimila “(...) todas las luchas agrarias como acciones de corte subversivo y dependiente de los programas guerrilleros (...) con lo que entre 1979 y 1982 todos los actos de violencia política son registrados en esta doble lógica de la guerra por la tierra y guerra contrainsurgente” (Villa & Houghton, 2005, pág. 88), transitándose de una violencia de los terratenientes respaldada por el Estado, a una violencia del Estado respaldada por estos. De hecho, al observar la documentación de 33 hechos de violencia política contra Pueblos Indígenas ocurridas en este periodo, solo durante 1980 se encuentra que el 48% de los casos se producen en el Cauca, seguido de Chocó, Tolima, Valle, Antioquia y Cesar en menor proporción. Con esto, aunque la mayoría de los casos sucede en el Cauca, ya el proceso de lucha y de violencia política se ha ampliado a otras regiones del país y se encuentra que ahora el actor responsable de las detenciones arbitrarias, torturas y ejecuciones extrajudiciales es el Estado en un 100%. Mientras que la participación de los terratenientes es mucho menor con respecto a lo observado en 1974-1975.

Tras el robo de armas del M-19 al ejército en el Cantón Norte de Bogotá en diciembre de 1978 - y a nombre de encontrar a los responsables - se desató una oleada de violencia en todo el país que afectaba a los Pueblos Indígenas de manera sustancial, “(...) el presidente y otros miembros del Comité Ejecutivo del CRIC, varios asesores y más de un centenar de líderes comunitarios, fueron detenidos y torturados por el Ejército acusados principalmente de hacer parte del M19 o de ser su base de apoyo” (Villa & Houghton, 2005, pág. 88).

Por otra parte, el gobierno propone la expedición del Estatuto Indígena, el cual planteaba desintegrar las comunidades organizadas y convertir los cabildos en juntas de acción comunal, acabar con la propiedad colectiva de los resguardos y acabar con la Ley 89 de 1890 (Eusse, 2013).

Ante esta oleada de violencia, represión y la amenaza de destrucción del núcleo duro del movimiento indígena, el Comité Coordinador Indígena Nacional creado en el V Congreso del CRIC y con el liderazgo del Cauca y el Tolima convoca el Encuentro Indígena Nacional de Lomas de Ilarco-Tolima entre el 8 y el 12 de octubre de 1980, para rechazar frontalmente las políticas del gobierno y para seguir adelante con la organización del I Congreso Indígena Nacional donde se fundaría la ONIC.

Este encuentro de Lomas de Ilarco, sesionó en cuatro comisiones: 1. Organización y finanzas. 2. Estatuto indígena y proyecto alternativo de ley. 3. Tierra, cultura y trabajo. 4. Actitud de los indígenas frente a los programas oficiales. De allí resultaron conclusiones como:

Rechazamos todo intento que busque hacer desaparecer nuestras organizaciones, tradiciones culturales y todos aquellos valores que, como indígenas poseemos, rechazamos también toda acción que lleve a despojarnos de nuestras tierras base de nuestra existencia (...). Rechazamos la política integracionista del gobierno colombiano que a través de las diferentes instituciones y entidades religiosas buscan destruir nuestras luchas que por nuestros justos derechos venimos adelantando. (Eusse, 2013, pág. 92)

Como puede observarse, los acumulados de toda la década del 70 en términos organizativos, se concretan en la iniciativa de conformar la primera organización nacional indígena como estrategia de unidad y de fuerza para resistir los embates contra la emergencia de este inusitado movimiento social que en tan pocos años copa distintos espacios de la vida nacional.

En particular, hay que destacar en este periodo el surgimiento del grupo armado Quintín Lame en el Cauca, "(...) que para 1980 ya recorre los resguardos, para regular el territorio, detener las masacres de líderes, apoyar las recuperaciones, entre ellas la Hacienda López Adentro -ubicada en el norte del departamento del Cauca, en tierras cálidas planas dedicadas a la agroindustria- y negociar con los demás grupos en guerra que penetraron en sus resguardos." (Espinosa, 1996, pág. 23). Si bien no es una decisión del CRIC, esta expresión del conflicto por la tierra y la defensa de unas luchas que ponen en cuestión el orden económico y político del Cauca puede leerse como una respuesta que encuentra razón de ser en algunos territorios indígenas amenazados tanto por terratenientes y Estado, como por las FARC-EP.

Durante el VI Congreso realizado del 30 de marzo al 4 de abril de 1981 en Toribío -Cauca, desde el punto de vista programático, surge el 8° punto de la Plataforma de Lucha:

'Fortalecer las organizaciones económicas comunitarias', lo cual refleja el creciente interés por construir territorio a partir de generar instituciones económicas y productivas propias para articular y resistir desde la comunidad el embate de las formas económicas predominantes que solo dejan deterioro territorial, social y menoscabo a las condiciones de vida. En la misma línea se crea el programa de recursos naturales indicando las tempranas preocupaciones por las amenazas ambientales en concordancia con la visión del territorio.

En la línea de ampliar la construcción del sujeto político indígena, este Congreso da seguimiento a los acuerdos de Lomas de Ilarco y fortalece el proceso preparatorio de lo que será el I Congreso de las Organizaciones Indígenas a nivel nacional y del que nacerá la Organización Indígena Nacional de Colombia (ONIC). Este Congreso, también contribuye a lo que será el surgimiento del CRIT, y los ejecutivos de relaciones con otras comunidades serán enviados a otras regiones del país con el fin de promover la organización indígena (CRIC, 2009).

En la perspectiva de construcción de la institucionalidad propia en educación, aumentan las escuelas ligadas a los procesos de recuperación de tierras, y por ello, a las escuelas de Chimán (Silvia) –una de las primeras recuperaciones del CRIC– El Cabuyo-Tierradentro, Vitoyó-Jambaló y La Laguna-Caldono. Se anexan las Delicias en Buenos Aires, Potrerito en Toribío, Piñuelos en Munchique, los Tigres en Santander de Quilichao y Canelo en Popayán (CRIC, 2009). Este proceso muestra la vitalidad del eje de educación por su capacidad de crecimiento para llevar progresivamente la oportunidad de un modelo educativo propio a las comunidades indígenas del Cauca.

Sin embargo, el hecho más trascendente para el objeto de este trabajo es la creación del Programa de Salud, el primero en su género a nivel nacional en el mundo indígena "(...) para fortalecer la medicina tradicional y se reflexiona acerca del sistema occidental de salud" (CRIC, 2009, pág. 34).

Las razones para su creación, en parte ya planteadas a lo largo del capítulo, en palabras de Alcibiades Escué, consisten en generar respuestas frente a la precaria presencia de los servicios de salud del Estado, que además escasamente se ubicaban en áreas urbanas⁴⁶ de los municipios en un escenario de

(...) discriminación, racismo, exclusión, negación, digamos todos esos matices de desconocimiento de la existencia misma del sector indígena que era un asunto mucho más político, entonces en términos de servicios eso se desconocía y esa era la razón de peso para no planear ni siquiera cobertura. (Escué, 2018, pág. 2)

Lo que producía, y al mismo tiempo, se potenciaba porque según Escué,

(...) la población indígena no tenía mucha perspectiva de acudir a las prestaciones básicas (vacunación, asuntos de enfermedades que se salían de los conocimientos ancestrales) no había la costumbre ni veían la necesidad de acceder a los niveles de prestación del servicio así fueran básicos. (Escué, 2018, pág. 3)

En un círculo perverso de negación de derechos, violencia, ausencia de recursos económicos y servicios en medio de lo cual no existía la noción sobre la existencia de derechos para los Pueblos Indígenas (Escué, 2018).

Angélica Aguilar, enfermera colaboradora del CRIC desde 1986 y coordinadora del Programa de Salud en los años 1995 y 1996, complementa lo anterior argumentando sobre el papel de resistencia que significaba crear con urgencia un instrumento propio de gestión en salud:

Habían recuperaciones de tierra y teníamos compañeros indígenas que en el proceso de recuperación resultaban heridos o cuando ya estaban asentados en la recuperación empezaban los problemas de salud típicos de un asentamiento nuevo: diarrea, infecciones respiratorias (...) entonces, a raíz de eso ellos decidieron que tenían que tener personal de salud formado desde sus mismas comunidades para poderlos atender, porque si los sacaban a un hospital los podían

⁴⁶ “(...) de 15 mil habitantes, el médico que llegaba a Toribío era rural y estaba el miércoles y sábado para atender, entonces todo era una enfermera jefe o escasamente un auxiliar de enfermería con unos promotores ubicados como en tres sitios; eso quería decir que la capacidad de respuesta de la época en el tema de salud era prácticamente urbanizada, el resto de la población en esas condiciones estaba desprotegida por no decir abandonada, esto ocurría en todos los municipios que hacen parte del departamento del Cauca y donde estaba asentada la población indígena. En conclusión, el sistema de salud de la época en el Cauca era precario” (Escué, 2018, pág. 2).

judicializar, los metían en la cárcel, entonces ellos tenían que autoatenderse para evitar salir hacia afuera, por eso empieza a salir el Programa. (Aguilar, 2018, pág. 3)

El Programa de Salud creado en el Congreso retoma las líneas de acción que se construyeron en la práctica durante los 70 y en las orientaciones desde el Programa de Educación, y las amplía para fortalecer la medicina tradicional, además incorpora la necesidad de procesos de gestión, exigibilidad e incidencia frente al Estado en materia de salud en el marco de lo que el CRIC ha llamado *relaciones con el Estado*; facilitar y acompañar el proceso de atención de pacientes que salen del territorio y promover los procesos de formación de personal propio y atención básica a problemas de salud combinando los saberes propios y la medicina occidental, todo alrededor del fortalecimiento político organizativo de los cabildos en las diferentes zonas del Cauca.

Se observa un cambio cualitativo en materia de la visión sobre la salud, por cuanto ya no solo se trata de fortalecer la medicina tradicional, sino que se reconoce que la gente requiere y de hecho asiste a los hospitales y a los médicos cuándo está enferma, sea que haya sido tratada por el médico tradicional y aún requiera los servicios institucionales, o porque por razones religiosas o por el tipo de padecimiento defina acceder directamente. La organización entonces consciente de esta realidad inicia el proceso de reflexión que se extiende hasta el presente sobre la medicina occidental, pero que en la práctica se traduce en:

- Autoreconocerse como sujeto con voz propia para interlocutar, demandar, incidir y movilizarse por la salud frente al Estado, a partir de la visión de exigir un derecho y en este marco tender puentes de coordinación para lograr que los servicios de salud oficiales puedan llegar de manera adecuada y concertada a las comunidades allí donde sean necesarios.
- La necesidad de garantizar un acompañamiento a las personas que salen en búsqueda de atención médica en los hospitales y que son discriminados por el racismo que prima en las instituciones de salud, y que se logra en parte enfrentar porque el “paciente” va con un comunero bilingüe y con una articulación comunitaria que tiene una autoridad reconocida, el Cabildo, que estará poco a poco presto a

reclamar por malos tratos, por conductas discriminatorias o de negación de servicios. En síntesis, esta línea de “acompañamiento a pacientes” logra, en el marco de la construcción del sujeto político, cristalizar un ejercicio de poder para negociar, para exigir y para reconocer, que el “indio no está solo, es una comunidad”;

- Debe impulsarse la formación de personal comunitario propio preferiblemente bilingüe que organice en su comunidad, junto con la autoridad, el proceso de fortalecimiento de la medicina tradicional y la revalorización de las plantas medicinales; que preste cuidados básicos desde la medicina occidental para aquello que no puede resolver la medicina tradicional; que medie entre el sistema médico occidental y las percepciones, visiones y prácticas de salud de las comunidades, incluida la medicina tradicional y promueva formas de organización en la comunidad para actuar en salud entre otras.
- En el marco de lo anterior, se desarrollarán redes de atención básica que combina los saberes propios con la medicina occidental y que venía tomando la forma de botiquines comunitarios y evolucionará en diferentes formas autogestionarias de atención.
- El Programa de Salud deberá promover formas de organización propia en salud en las zonas indígenas para ir construyendo una institucionalidad propia y descentralizada, que vaya haciendo frente a todos los retos en salud y en general que tiene el CRIC.
- El Programa de Salud debe impulsar la investigación para tener una visión propia de los problemas y de las soluciones, pero también para recuperar, difundir y ampliar la medicina tradicional.

Estos lineamientos irán configurando un espacio de poder en salud autogestionario y autónomo alrededor de gobernar en salud, construyendo territorio a partir de un pensamiento propio y en relación con el poder y saber hegemónico en salud. Esta plataforma soporta la capacidad contenciosa a lo largo de los años del sujeto político encarnado en el CRIC, los cabildos y sus formas organizativas zonales, surgido de la resistencia a la violencia política, el racismo y la precariedad del mismo sistema de salud oficial en medio de la disputa permanente por la legitimidad de las luchas tanto por la tierra como por una salud propia.

La disputa por la legitimidad es evidente cuando se asume que, aunque la ley considera ilegal a un participante de las luchas indígenas que está herido: “(...) era totalmente legítimo frente a la comunidad porque estaba en el proceso de recuperación de tierras” (Bustamante, 2018, pág. 3). Lo que se complementa con la afirmación de Marciana Quirá (Agente Comunitaria de Salud en los 80), coordinadora del Programa de Salud en los años 90: “Era un programa autónomo, o sea que con ley o sin ley se hacían las cosas, por ejemplo si había que atender un parto, así la ley dijera que no si se podía atender se atendía” (Quirá, 2018, pág. 3).

Con estas perspectivas, en 1982 inicia la operación del Programa, que no solo será regional sino progresivamente se desarrollará en las zonas indígenas⁴⁷ del Cauca en el marco de lo que nació en el municipio de Toribío como Proyecto Nasa⁴⁸ en 1980 y que luego se extenderá por todo el Cauca Indígena. Este proceso es muy relevante debido a que da inicio, a una concepción descentralizada de los cabildos y del CRIC que, con base en ejercicios de planeación propia de resguardos o grupos de resguardos, planteará desafíos de articulación y coordinación regional, pero que permitirá que la vida social, política, económica y cultural se defina con crecientes niveles de autonomía desde las zonas en el territorio mismo de las comunidades para garantizar mayor participación.

De esta forma a lo largo de años siguientes todo el Cauca indígena, irá conformando procesos similares que sentarán las bases para la construcción de un tejido organizativo en salud cada vez más local y participativo y que, aunque escapan al desarrollo detallado de esta investigación, se irán referenciado progresivamente por su importancia en la construcción descentralizada y articulada del Programa de Salud del CRIC.

⁴⁷ Se denominan zonas a áreas territoriales y geográficas que progresivamente asocian o coordinan cabildos en diferentes regiones del Cauca indígena. Estas zonas fueron descritas en el capítulo 1.

⁴⁸ El Proyecto Nasa es construido por parte de los resguardos de Toribío, San Francisco y Tacueyó en el municipio de Toribío en el norte del Cauca y da cuenta de un instrumento político y sociocultural que al mismo tiempo es una herramienta de planeación propia de los cabildos y representa lo que será un ejercicio permanente de construcción de autonomía, gobierno y territorio, no solo en este municipio, sino en todo el Cauca indígena. Transformándose con el tiempo en el concepto genérico de Plan de Vida que, según las definiciones de cada cabildo o grupo de cabildos, adopta nombres particulares como el Proyecto Global para el Caso de Jambaló.

Desde la perspectiva institucional, para los años 70 el Estado venía construyendo discursos y prácticas alrededor de los ejes de la producción de conocimiento y de la ejecución de políticas para las comunidades indígenas a través de instituciones y normas interrelacionadas que, más allá de su marginalidad, representaban posturas que se desplazaban entre el asimilacionismo y el integracionismo del régimen político y las ondas internacionales.

En el primer eje se resalta la creación del Instituto Indigenista Nacional en 1943, de carácter privado a diferencia de entidades equivalentes en otros países de la región, todas inspiradas en la onda de las políticas indigenistas de corte integracionista que suponía una combinación de protección y salvaguarda de la *otredad* con integración al desarrollo hegemónico. Esta tendencia se oficializó en la Convención de Pátzcuaro de 1940 en México, la cual junto con la creación del Instituto Indigenista Interamericano respondieron al emblemático Primer Congreso Indigenista Interamericano de 1940, donde 13 países incluido Colombia, que atravesaban procesos de reformas liberales y la influencia de intelectuales progresistas de la época, adoptaron los lineamientos que orientaron la política indígena por más de 40 años en la región. Correa (2013) al respecto de este enfoque plantea que:

Los diagnósticos que en la región se sucedieron, argumentaron la “marginalidad” social, económica y política de los Pueblos Indígenas al interior de los Estados nacionales demandando introducir los avances de la ciencia y las técnicas modernas para desarrollar su economía y los cambios aconsejables que, superando las resistencias culturales a través de una “aculturación pacífica”, deberían elevar el nivel de vida de los indígenas conduciéndoles a una “racional integración” a sus sociedades nacionales. (págs. 93-98)

Esta entidad actúa como puntal en el país de una renovación de la política indígena frente a la tradición extincionista de los resguardos y asimilacionista del Estado y busca incidir en enfocar la cuestión indígena desde la impronta de un integracionismo que respeta, pero incorpora al desarrollo. En este marco surge en 1952 Instituto Colombiano de Antropología⁴⁹ que recogía a los institutos de etnología, arqueología y antropología social.

⁴⁹ Creado mediante decreto 28016 de 1952, representaba el reconocimiento progresivo del Estado del papel de la investigación. “Sin embargo, es también esencial reconocer las relaciones de

En el eje propiamente de la acción pública desde finales de los 50, existía una oficina de negocios indígenas en el Ministerio de Agricultura y Ganadería destinada a promover la integración al desarrollo, la instrucción y la vigilancia de las dinámicas políticas, territoriales, socioculturales y sanitarias de los indígenas, que luego transita en 1960 a la División de Asuntos Indígenas mediante el decreto 1634 ubicada en el Ministerio de Gobierno, en lo que puede ser una lectura del predominio del problema político alrededor de la tierra que significaba el indígena como *asunto* y no como sujeto.

La División de Asuntos Indígenas dando continuidad conceptual a los programas anteriores, creó "(...) las comisiones de asistencia y protección de Asistencia y Protección integradas con Promotores de Mejoramiento Indígena y expertos internacionales que llevarían a elevar el nivel de vida de los habitantes en el campo cultural, espiritual, cívico, técnico, económico y sanitario" (Correa & Acero, 2013, págs. 93,98). Y en particular los promotores tenían manuales para instrucción en todos los aspectos de la vida sociocultural para cumplir el cometido de *elevar el nivel de vida*, incluidos contenidos de prácticas de higiene que debían ser incorporadas por los indígenas. En otro artículo del Decreto de creación de la División de Asuntos Indígenas, esta debía hacerse cargo de "estudiar las sociedades indígenas estables como base para la planeación de los cambios culturales, sociales y económicos que resulten aconsejables, con miras al progreso de tales sociedades" ratificando la impronta de aculturación e integracionismo presente en la institucionalidad de la época (Decreto 1634 de 1960, 1989).

En línea con estos desarrollos, en 1967 durante el gobierno de Lleras Restrepo se formula la primera política de carácter nacional para Pueblos Indígenas denominada Plan Nacional Indígenista (1967-1970) que buscaba ser "(...) un plan un plan ajustado a una política que mire al indígena con el propósito de buscar prontas y adecuadas salidas a su tradicional situación de olvido y abandono e incorporarlo prontamente a la auténtica vida de la Nación y a su desarrollo" (Correa & Acero, 2013, págs. 93,98). Se puede observar que la

neocolonialidad que implica la fundación del Instituto Etnológico [que se integró en este nuevo instituto] en el año de 1941 bajo la dirección del etnólogo francés Paul Rivet, cuya influencia fue definitiva sobre la dirección que la antropología colombiana tomó desde sus inicios como disciplina científica" (Echeverry, 1998, pág. 216).

institucionalidad y la política pública existente al nacimiento del CRIC se caracteriza por su marginalidad institucional y por su discurso integracionista.

En este sentido, en los momentos de la emergencia del CRIC la institucionalidad tenía la impronta de integrar a los indígenas al desarrollo y en lo relacionado con la ley 89, el Siglo XX había representado constantes cambios orientados a que las decisiones y prerrogativas contempladas en la misma fueran asumidas, direccionadas e impuestas por el gobierno, las autoridades locales y la Iglesia, haciendo de los cabildos un instrumento de dominación de las élites políticas y terratenientes, como se planteó anteriormente.

Al parecer, en respuesta a la emergencia del CRIC, el Gobierno expide de manera contenciosa el Decreto 1741 de 1973, para regular las acciones de fundaciones y corporaciones con comunidades indígenas, pues reclama para sí el control de la política que denomina indigenista y que se orienta a "(...) enseñar a las comunidades indígenas las técnicas avanzadas de explotación económica y posibilitar su integración al desarrollo nacional en igualdad de condiciones, con respeto de su autonomía cultural...[parte de esta política será] las campañas de salud y saneamiento ambiental" (Decreto 1741 de 1973), remarcándose ya no solo la orientación profundamente integracionista, sino la disputa para controlar a los actores que pudieran estar actuando con, o a nombre de los indígenas en plena explosión agraria y de recuperación de tierras en todo el país.

Terminados los años 70, no obstante el fuerte clima de movilización de los Pueblos Indígenas y el inicio de la presión internacional frente a ellos, el Estado no contaba con ningún instrumento específico de política pública en salud indígena –salvo las acciones sanitarias y de higiene, las estrategias vía campañas, los servicios seccionales de salud para la población general y sus planes de salud rural, además de prestaciones en manos de la Iglesia y del Instituto Lingüístico de Verano (Instituciones con intereses de aculturación)–. En los niveles medios y operativos del Ministerio de Salud, Planeación Nacional y Asuntos Indígenas, existía la preocupación en el marco de las políticas integracionistas y los primeros efectos de la declaración de atención primaria de Alma Ata (1978) de poder llegar a los llamados territorios nacionales⁵⁰ caracterizados por su

⁵⁰ Desde mediados del siglo XIX se estableció que, aquellos territorios dispersos, con poca población y muy distantes del centro del país, constituían los territorios nacionales cuyos límites, denominaciones y relaciones con el territorio nacional, solo cambiaron hasta 1991, cuando se convirtieron de intendencias a comisarías. Antes de 1991 estaban constituidos por las Intendencias

aislamiento, dispersión geográfica, baja densidad demográfica, predominancia de población indígena y en algunos negra, y de escasez casi absoluta de servicios de salud. En ese contexto, el profesor y antropólogo Hugo Portela recuerda que además “(...) el tema se hacía más sensible porque era necesario convencer a las comunidades que participaran de los programas de salud institucional (...)” (Guarin, 2018, pág. 2).

Portela asegura que trabajando en equipo y bajo el liderazgo del profesor de Medicina de la Universidad Nacional, Edgar Mendoza, y el compromiso de algunos funcionarios de Planeación Nacional y el Ministerio del Interior, se creó en el Ministerio de Salud el programa denominado: “La prestación de servicios de salud para comunidades indígenas en las Selvas de Colombia”, que tuvo epicentro en la comisaría del Guainía hacia el resto de territorios (Guarin, 2018).

Esta experiencia permitió que en una reunión con el Ministro Alfonso Jaramillo Salazar, del Partido Liberal, y con comunidades indígenas, surgieran elementos que sirvieron de base para crear el primer borrador de la Resolución 10013, expedida posteriormente, en el año 1981. Ese fue un primer avance muy importante, pero que surge de las experiencias exitosas que se habían logrado en ese ejercicio con población indígena dispersa, principalmente en la cuenca amazónica (Guarin, 2018).

Portela asegura que en el momento:

(...) no había una fuerza organizativa que estuviera luchando y presionando pero sí había una resistencia de no uso de un recurso institucional al cual se le estaba invirtiendo pero (...) [los] ejercicios de poder y de política pública ponían en crisis a los gobernantes porque no estaban cumpliendo las expectativas y yo creo que es ahí donde está un poco la necesidad de que eso salga y desde luego se encontraron unas posiciones ideológicas y políticas muy respetuosas con la otredad desde Enrique Sánchez de Planeación Nacional. (Guarin, 2018, pág. 3)

Esto da cuenta de la heterogeneidad en los procesos organizativos de los Pueblos Indígenas en esos años, y que la política pública va a reflejar, en mucho, una visión de la

y Comisarías –hoy departamentos– de Amazonas, Putumayo, Vaupés, Vichada, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó y San Andrés y Providencia.

lectura de lo indígena situado en regiones altamente dispersas, poco numerosas y con construcciones históricas muy diversas que contrastaban con lo que sucedía en el Cauca y otras regiones andinas, el Chocó y el Caribe.

De esta forma surge la Resolución 10013 en septiembre de 1981, expedida por el Ministerio de Salud, pocos meses después de haberse creado el Programa de Salud del CRIC, la cual se convierte en el primer instrumento consolidado de política pública del Estado colombiano en salud indígena. Y aunque no responde a una concertación nacional con los Pueblos Indígenas ni se evidencia un acontecimiento de presión o movilización específica, se expide en un momento altamente contencioso con el gobierno de Turbay, reflejando la existencia de espacios institucionales con apertura parcial para el trámite de la presión indígena, de académicos y funcionarios con perspectivas relativamente distintas a las de la impronta general del momento del régimen político y recordando la existencia de disputas de diferente intensidad dentro del aparato del Estado.

En sus considerandos se manifiesta la necesidad de extender los servicios de salud “sin distinciones de origen étnico, cultural o religioso” (Resolución 10013 - 1981, 1989, pág. 142), y de hacerlo ofreciendo un tratamiento preferencial a través de las diferentes instituciones en áreas indígenas por las condiciones socioculturales especiales, las cuales implican que la salud está “(...) ligada al proceso productivo, a la vida social y cultural de la comunidad (...)” (Resolución 10013 - 1981, 1989, pág. 142)”. Asimismo se reconoce que las comunidades indígenas tienen “(...) estructuras socio-económicas, autóctonas que es necesario comprender, valorar y respetar” (Resolución 10013 - 1981, 1989, pág. 142).

Con base en estas consideraciones, la Resolución ordena una serie de medidas que se pueden organizar en las siguientes dimensiones:

- *Gobierno, institucionalidad y autoridad en salud indígena: Un Estado que asume y ordena.* El Estado asume como suya la responsabilidad de garantizar servicios de salud para las comunidades indígenas, lo cual será coordinado con otras entidades (Artículo 14) y la norma se vuelve de obligatorio cumplimiento para las instituciones seccionales de la época (Artículo 1). En el Artículo 7 se estipula que los servicios de salud deberán conocer y aprobar las intervenciones en comunidad indígena ejecutadas por otras

instituciones. Y en el Artículo 12 se ordena que la participación de las comunidades deberá responder a sus formas de organización, no obstante lo cual, se observa que las decisiones emanan fundamentalmente del Estado.

Sin embargo, en el Artículo 6 y advirtiendo de posibles *choques culturales*, se indica que las autoridades propias de las comunidades tienen la prerrogativa de seleccionar el personal de promotores de salud, que “(...) se capacitarán para trabajar con la población de su misma raza y cultura” (Resolución 10013 - 1981, 1989, pág. 143).

Con la Resolución 10013, al parecer no surge una institucionalidad específica en el Estado encargada de la salud indígena; y las obligaciones derivadas quedan en manos de las direcciones seccionales de manera funcional.

- *Concepto de Salud y Modelo de Atención: hacia un modelo de atención primaria integracionista.* El Artículo segundo de la mencionada resolución, enmarca la oferta de salud como servicios de atención primaria acondicionados a las comunidades indígenas puesto “(...) que deberán adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa y socioeconómica, en forma tal que se respeten sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural” (Resolución 10013 - 1981, 1989). Y en el Artículo tercero se establece que deberán realizarse estudios previos para sustentar dicha adaptación, que en todo caso debe dar cuenta de la concepción denominada por el gobierno “mítica” de salud y enfermedad y, como lo señala el Artículo 4, orientar la “integración de la medicina tradicional autóctona con la medicina institucionalizada”, para lo cual, incluso deberán vincularse profesionales de las ciencias sociales (Artículo 5) que aseguren un trabajo eficaz con las comunidades indígenas, contarse con un sistema de información especial (Artículo 10) y específicamente se ordena revisar los proyectos médico-arquitectónicos de los centros de atención hospitalaria con el fin de “crear ambientes propicios para la permanencia de indígenas enfermos y la familia acompañante” (Resolución 10013 - 1981, 1989, pág. 143).
- *Financiamiento: de la gratuidad general del Sistema Nacional de Salud, a la gratuidad particular de las comunidades indígenas.* El artículo noveno establece la total gratuidad

en los servicios de salud, lo cual representa un hito en la política pública de salud colombiana de la época, enmarcada en el sistema nacional de salud.

- *El personal indígena: el promotor indígena, la clave de los servicios de atención primaria en salud.* Este aspecto ocupa mayor peso dentro de la Resolución 10013, y explica en detalle los criterios de reclutamiento, selección, vinculación, capacitación y modelo de atención, que deben responder a un estudio previo hecho por las instituciones en el cual se debe procurar que los promotores sean de la comunidad, tengan liderazgo, sean bilingües y hayan sido designados por la autoridad comunitaria.

Los contenidos del proceso de capacitación y materiales didácticos deben ser acordes con las particularidades de la comunidad respectiva. Las capacitaciones deben llevarse a cabo en lugares cercanos a la residencia del promotor y se le debe garantizar alimentación, alojamiento y actividades socioculturales adecuadas a sus usos y costumbres, y además tendrá una beca económica. El equipo de capacitación bajo la supervisión del servicio de salud debe involucrar a personal de todos los niveles de atención y todo el proceso debe complementarse con educación continuada y una efectiva red de radiocomunicación para garantizar asesoría.

Como se puede observar, la Resolución 10013 se convierte en la primera pieza comprensiva en la configuración de la política pública en salud para comunidades indígenas en Colombia, pues señala un derrotero basado en el reconocimiento del derecho a la salud de las comunidades indígenas, cuya garantía requiere de medidas especiales, pero en el cual la toma de decisiones se mantiene en la institucionalidad del Estado, debido a que la orientación es la de avanzar en procesos de integración en la organización de los servicios y en los saberes médicos.

Para los Pueblos Indígenas, en las deliberaciones del Quinto Congreso de la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC, la Resolución 10013 refleja:

En términos de los derechos particulares aplicados a Salud, antes de la constitución del 91 [la resolución 10013] se convierte en el primer espacio legal de lucha, en el que se trabaja por primera vez la gratuidad, como un derecho económico para quienes su organización productiva-

económica implica reciprocidad, redistribución y complementariedad, no mercado y dinero, aunque tienen relación con los dos. (ONIC, 1998)

Claramente aparecen en disputa la concepción de salud (mito-ciencia); los mecanismos organizativos e institucionales de afrontar la salud en términos de servicios, prácticas, procesos, etc.; las maneras de ejecutarlos (hacia la integración subordinada); y como se ha planteado, el gobierno de dichos mecanismos (participación subordinada). No obstante, se verifica que este instrumento aún con sus limitaciones es apropiado por el CRIC y convertido en una oportunidad, y en una arena desde la cual avanzar en su propia estrategia de salud, como lo señala Escué, agente comunitario de la época:

“Aparece la Resolución 10013 y con esta se empieza a negociar con los hospitales, cómo hacer una excepción administrativa para darle prioridad y atender a la población indígena. Entonces fue una estrategia que se montó para ir negociando con los directores de los hospitales para tener cobertura. Entonces se empieza a capacitar al personal en términos de atención, en términos de negociación y también en conocimientos administrativos. El promotor que estaba en la vereda debía suscribir el diagnóstico del paciente y con un carné entraba al hospital y le daban prioridad para atenderlo, entonces eso fue resultado de una negociación de las autoridades indígenas con el Estado expresado en los hospitales (...). Yo creo que en el Cauca la 10013 fue la herramienta política y jurídica del CRIC”. (Escué , 2018, pág. 3)

2.1.4 La dinámica internacional: disputas hacia la superación del integracionismo y la discriminación racial

Un análisis a profundidad de las relaciones entre lo internacional y la construcción de las políticas en salud para Pueblos Indígenas en Colombia supera los alcances de este trabajo. Sin embargo, es necesario señalar algunos hitos en materia de salud y de los Pueblos Indígenas; y allí donde es posible, resaltar su rol en la disputa entre el sujeto político, el régimen político y las políticas públicas de salud indígena en el país.

Se observarán algunos hechos del proceso organizativo de los Pueblos Indígenas a nivel regional y la transformación del derecho internacional de los derechos humanos y de los Pueblos Indígenas desde la promulgación del convenio 107 de la OIT en 1957 hasta la Conferencia Internacional de Organizaciones no Gubernamentales sobre los pueblos autóctonos y la tierra en 1981.

La Organización Internacional del Trabajo-OIT fue el primer organismo interestatal en asumir posturas y acciones frente a los indígenas en el mundo desde 1921, en la línea de revisar su situación laboral a través del *estudio sobre la situación en la que realizaban sus actividades laborales las poblaciones indígenas*. A partir de allí, la OIT desarrolló instancias y regulaciones sobre trabajo forzoso, reclutamiento laboral y otras reglamentaciones (Oliva, 2012), que buscaban proteger y garantizar derechos, lo cual reflejaba una visión integracionista de estas poblaciones al desarrollo y el mercado laboral, como una visión centrada en personas y no en dinámicas comunitarias.

Entre tanto, en las Américas y con un gran impacto sobre las discusiones globales, la acción del Instituto Indigenista Interamericano-III, enmarcado en la Convención de Pátzcuaro inició la renovación del indigenismo para transitar del asimilacionismo (siglo XIX y primeras décadas del siglo XX) y sus consecuencias en la pervivencia de los Pueblos Indígenas del continente, hacia un vigoroso proceso de integración liderado por México. Todo esto desde su revolución democrática, que anunciaba la inexorabilidad de que los indígenas integrados fueran parte de dicho proceso:

¿Cabría imaginar siquiera que hubiese un indígena capaz de no negarse como tal para alcanzar la jerarquía obviamente superior que el mexicano de la Revolución triunfante gustaba de adjudicarse, si no en su presente, sí para un futuro inmediato? (Bonfil, 1983, pág. 143)

Estos hechos de política regional fueron muy relevantes por cuanto estaban en el marco de la Unión Panamericana, que posteriormente en 1948 se convierte en la Organización de Estados Americanos y el III en 1953 se convierte en su órgano especializado en materia indígena, con lo que inicia una dinámica importante de influencia sobre los gobiernos latinoamericanos (Oliva, 2012).

Nuevamente, a nivel global es en 1957 que la OIT consolida los esfuerzos integracionistas en el mundo a través del convenio 107 *sobre protección e integración de las poblaciones indígenas y de otras poblaciones tribales y semitribales en los países independientes*. Este convenio es incorporado 10 años después en la legislación colombiana mediante la Ley 31 de 1967, la cual hace una lectura sobre las comunidades indígenas como esencialmente atrasadas que se rigen por sus propias costumbres o por legislaciones especiales; probablemente entendidas como propias de una fase de desarrollo inferior a la de la sociedad en general en un ejercicio de poder clasificatorio e indigenista de corte integracionista.

(...) los miembros de las poblaciones tribales o semitribales en los países independientes, cuyas condiciones sociales y económicas corresponda a una etapa menos avanzada que la alcanzada por los otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidas total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial. (OIT, 1957)

Tal incorporación en el gobierno de Lleras Restrepo, 10 años después de adoptado el convenio, podría reflejar principalmente la impronta modernizante e integracionista de esa etapa del régimen político, en tiempos de reforma agraria en Colombia y en el contexto latinoamericano, más que un escenario contencioso desde los Pueblos Indígenas.

En materia de salud esta norma establece en la parte V, en los artículos 19 y 20 sobre seguridad social y sanidad que:

Artículo 19. Los sistemas existentes de seguridad social se deberán extender progresivamente, cuando sea factible: a) A los trabajadores asalariados pertenecientes a las poblaciones en cuestión; b) A las demás personas pertenecientes a dichas poblaciones.

Artículo 20. 1. Los Gobiernos asumirán la responsabilidad de poner servicios de sanidad adecuados a disposición de las poblaciones en cuestión. 2. La organización de esos 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. (OIT, 1957)

No obstante, en estos artículos, en la definición inicial de los sujetos beneficiarios se destaca la diferenciación entre trabajadores asalariados y “las demás personas” con lo que

se mantiene una perspectiva, según la cual, en la medida en que estas comunidades “avancen” tendrán trabajadores asalariados y por tanto serán similares a la comunidad general; y por otra parte, se señala que los servicios de sanidad son una responsabilidad de los gobiernos, se organizarán con base en el conocimiento particular de las condiciones sociales, económicas y culturales, y se deja claro que éstos servicios irán de la mano con la puesta en marcha de medidas generales de fomento social, económico y cultural para que tales comunidades salgan del *atraso* y se *integren a la población general*.

En 1965, mediante la Resolución 2106, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, incorporada 16 años después en Colombia mediante la Ley 74 de 1981. Este instrumento es un hito en el marco del derecho internacional de los derechos humanos, por cuanto es la primera vez que abiertamente se promueve la lucha contra la discriminación debido a la raza, el color, el origen nacional o étnico, tanto en el ámbito del poder que ejerce un país sobre otro, como a nivel interno al condenar el apartheid; a diferencia de la Convención de 1963 en la que solo se observaba la discriminación ejercida en el marco de los procesos colonialistas. En materia de salud y seguridad social, es la primera vez que se combina la lucha contra la discriminación racial con la garantía en igualdad de condiciones de los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud, lo cual queda expresado en el artículo cinco, que establece:

(...) los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: (...) e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: (...) iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales. (Naciones Unidas, 1965)

En esta convención aparecen los conceptos de salud pública, asistencia médica y seguridad social, y los servicios sociales en calidad de derechos, que no pueden ser negados a causa de ningún tipo de discriminación, lo cual contrasta radicalmente con el Convenio 107 de la OIT, en el que no hay la consideración de derechos, y los grupos étnicos son vistos como agrupaciones de individuos a ser integradas al desarrollo. En el marco de las grandes luchas anticoloniales y contra el apartheid, entre otras, se comienza a

reconocer a los grupos étnicos como sujetos distintos con derechos; y a la exclusión racializada como una forma de violación de estos.

Muy pronto se adopta en la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York, por unanimidad, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - conocido como PIDESC-, mediante la Resolución 2200 de 1966; y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos. Los cuales ingresan en el ordenamiento legal colombiano en 1968 mediante la Ley 74, pero solo empiezan a regir hasta 1976 en una efervescencia de incorporaciones de instrumentos internacionales en el Gobierno de Lleras Restrepo.

Mientras que el PIDESC ratifica en el Artículo 12 el concepto de derecho a la salud, y le agrega una dimensión de calidad, al señalar que se trata del “más alto nivel posible de salud física y mental”; y se fijan metas específicas para alcanzar el mencionado nivel, en varios artículos del Pacto de Derechos Civiles y Políticos; se insiste en prohibir la discriminación en toda circunstancia. De esta manera se estructura un estándar internacional, según el cual la garantía de los derechos no puede estar sujeto a ningún tipo de exclusión por razones de raza, color, religión, entre otras, con un énfasis particular en el ejercicio de los derechos políticos y el acceso a la educación, de acuerdo a las particularidades de las comunidades étnicas (Ministerio del Interior, 1968).

La Convención Americana de Derechos Humanos o pacto de San José de Costa Rica de 1969, incorporada tres años más tarde por la Ley 16 de 1972, ratifica, amplía y genera instrumentos específicos para la región, a partir de lo estipulado en el Pacto de derechos civiles y políticos, y en materia de discriminación mantiene los postulados sobre su prohibición. Debe destacarse en esta Convención la creación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que se convertirán en escenarios e instrumentos donde se tramitan conflictos por violación de derechos que son obligación de los Estados, incluyendo lo étnico y la salud en las Américas. La importancia de este instrumento de política pública es que sienta las bases para la protección de los derechos humanos y en particular los derechos civiles y políticos de las sociedades americanas; y aunque no hace alusión en ningún momento a los Pueblos Indígenas, ni a los grupos étnicos, instala el terreno sobre el cual los

movimientos sociales indígenas en la región podrán posteriormente irrumpir en la escena política.

Entre tanto, en materia de organización indígena, luego de los años 50, las iniciativas sociales gravitan alrededor de la lucha por la tierra y por la recuperación identitaria que ha estado socavada por el proyecto asimilacionista e integracionista, y por una disolución en los movimientos sociales al interior de los procesos campesinos bajo lógicas populares pero homogenizantes, en muchos casos bajo la orientación de los partidos de izquierda.

No obstante la multiplicidad de experiencias y de luchas en todo el continente, destacan tres dinámicas con impacto político nacional (Revilla Blanco, 2005). En Bolivia el Movimiento Katarista, que entre los años 50 y 60 resignificó y posicionó las reivindicaciones identitarias indígenas como pueblo Aymara, luego de que en las décadas precedentes el referente de identidad se situara en su reconocimiento como campesinos (Do Alto, 2007). En Ecuador, la Federación Ecuatoriana de Indios (1947) y la Federación Shuar (1964), quienes se organizaron alrededor de la lucha por la tierra, la educación, la cultura, y de manera particular, por el fortalecimiento de la identidad y la organización indígena, dando sus primeros pasos hacia el distanciamiento de las influencias comunistas campesinas (Becker, 2007).

En 1971, ante la crisis del modelo integracionista, la emergencia de organizaciones indígenas, la intensidad de las luchas sociales en todo el continente y la crítica a la sociología y la antropología prevaleciente, dieron lugar a la reunión de Barbados, en la que un grupo de intelectuales y activistas sociales de varios países, incluido Colombia,⁵¹ expidieron una declaración que se convirtió en referencia política y teórica en las discusiones y acciones colectivas de la época por su postura contra el integracionismo y el reconocimiento de la autodeterminación y el pensamiento propio de los Pueblos Indígenas:

Reafirmamos aquí el derecho que tienen las poblaciones indígenas de experimentar sus propios esquemas de autogobierno, desarrollo y defensa, sin que estas experiencias tengan que adaptarse o someterse a los esquemas económicos y sociopolíticos que predominen en un determinado momento. La transformación de la sociedad nacional es imposible si esas

⁵¹ Gonzalo Castillo Cárdenas, activista eclesial de la teología de la liberación y Víctor Daniel Bonilla, Antropólogo con cercanía con el CRIC.

poblaciones no sienten que tienen en sus manos la creación de su propio destino (...) [y frente a la acción etnocida y genocida del Estado y la Iglesia] (...) Es necesario tener presente que la liberación de las poblaciones indígenas es realizada por ellas mismas, o no es liberación. (Bonfil, Ribero, & otros, 1971, pág. 4)

Los años 70 vieron nacer organizaciones indígenas en todos los países, con agendas propias y tomando distancias de terceros que venían actuando en representación suya, entre otros, en Argentina la Asociación Indígena de la República de Argentina (1975); en Brasil el Consejo Indigenista Misionero (1972); en Chile la Confederación Nacional Mapuche (1971); en Ecuador ECUARUNARI (1972); en el Salvador la Asociación Nacional Indígena Salvadoreña (1970); en Guatemala la Asociación Indígena pro Cultura Maya-Quiché; y en México el Consejo Nacional de Pueblos Indígenas (Revilla Blanco, 2005).

Al mismo tiempo se configuraron eventos e instancias como Congresos, Parlamentos y Consejos, que iban propiciando el encuentro, el debate ideológico y la articulación de un movimiento indígena como sujeto político regional, global y diverso, con fuerte presencia de activistas e indígenas colombianos, algunos del CRIC. Todos estos espacios - caracterizados por ser autónomos, de construcción ideológica y política alrededor de la lucha por la tierra, los recursos naturales y la autodeterminación- estaban en contra el racismo, el apartheid y a favor de la descolonización. E incluso, a comienzos de los 80, en la agenda política indígena ya estaba en las discusiones y las luchas contra las armas nucleares y el impacto de las empresas transnacionales sobre la vida de los Pueblos Indígenas. Progresivamente, desde estos espacios articulados, un sujeto político emergente se convierte en interlocutor y participante de espacios de incidencia y relacionamiento con las dinámicas de organismos internacionales y Naciones Unidas⁵².

⁵² En Paraguay, en 1974, se reunió el *Primer Parlamento Indio Americano del Cono Sur*, en alusión a un ejercicio que será relevante hacia delante en la dirección de legislar desde los Pueblos Indígenas, pero que en esta ocasión se dirigió a la denuncia de la situación indígena y la necesidad de su organización. En 1975 en Port Alberni, en Canadá, se creó el Consejo Mundial de Pueblos Indígenas (CMPPI), con la participación de 260 pueblos de 15 países, incluido Colombia, convirtiéndose en referente de coordinación y defensa de los derechos económicos, culturales y políticos, así como de la conservación de las tierras y los recursos naturales de los Pueblos Indígenas. Nuevamente el concepto de Consejo refleja el ejercicio de autoridad y autodeterminación. En 1977 fue muy relevante la celebración de la *Conferencia Internacional Indígena de Organizaciones no Gubernamentales sobre Discriminación contra los Pueblos Indígenas*, la cual se convierte en un precedente de incidencia y articulación de los Pueblos Indígenas con los organismos internacionales que, además, reúne iniciativas de instancias relacionadas con Naciones Unidas en torno a los derechos humanos y al combate del racismo, la discriminación, el apartheid y la descolonización. El CMPPI convoca en Cuzco – Perú, el Primer Congreso de Movimientos Indios en América del Sur con una impronta por la discusión entre tendencias marxistas e indianistas, resuelta a favor de las segundas. Finalmente, en 1981 se celebra la Conferencia Internacional de Organizaciones No Gubernamentales sobre los pueblos autóctonos y la tierra en Ginebra, con

En este contexto, y con el replanteamiento contra el integracionismo de las ciencias sociales, se llevó a cabo en 1977 la segunda reunión de Barbados, donde lo más importante fue la presencia y el protagonismo de líderes indígenas de la región, quienes junto a los antropólogos de la primera reunión, expidieron la segunda declaración en la que se profundiza la denuncia contra la dominación física a través de la usurpación de las tierras y la cultura, que:

(...) puede considerarse realizada cuando en la mentalidad del indio se ha establecido que la cultura occidental o del dominador es la única y el nivel más alto del desarrollo, en tanto que la cultura propia no es cultura, sino el nivel más bajo de atraso que debe superarse (...). (Segunda declaración de Barbados, 1977)

Y se propone una agenda propia que debe alcanzar la unidad, la ideología y los métodos propios de organización. Estas reuniones marcaron el acta de defunción de las políticas indigenistas y los modelos de desarrollo que, pese a sus buenas intenciones, incorporaban prácticas etnocidas que conllevaron la desaparición de innumerables culturas indígenas (Oliva, 2012).

Terminados los años 80, en el marco de las políticas de ajuste y de crisis del sistema capitalista, la normatividad internacional inicia un tránsito del integracionismo hacia el reconocimiento de la diferencia, orientado a erradicar la discriminación en todas sus formas y a reconocer la salud como derecho a cargo del Estado. Aunque sigue girando alrededor del concepto de raza y de derechos individuales en un escenario de tensión y disputa con el emergente movimiento indígena colombiano, regional y global, que en tanto sujeto político diverso va posicionado un pensamiento propio que se convierte en parte del movimiento social global que, siguiendo a Todorov (2010), desafía la razón occidental y capitalista, en las dimensiones axiológica, praxiológica y epistemológica.

presencia de 125 Pueblos Indígenas de los cinco continentes en el marco del decenio contra el Racismo y la Discriminación Racial, en el que a la agenda política sobre tierras y recursos naturales se agregan derechos de propiedad, empresas transnacionales y armamentismo nuclear (Oliva, 2012).

2.2 Consolidación del sujeto político indígena y su programa de salud en disputa con un sistema de salud en transición privatizadora e integracionista 1982-1990

Esta sección recorre el periodo comprendido entre 1982 y 1990, en el que se pone en evidencia el proceso de ampliación del sujeto político indígena, que adquiere una dimensión nacional con la creación de la ONIC en 1982 y de otras organizaciones como Autoridades Indígenas de Colombia en 1987; así como de la emergencia y fortalecimiento de varias organizaciones regionales en medio de las transformaciones del régimen político, la elección popular de alcaldes, la finalización real del Frente Nacional y las ondas preconstituyentes, y entre la recesión y la crisis del modelo de sustitución de importaciones hasta la entrada en firme en el modelo neoliberal.

En este marco, se da cuenta de la consolidación del Programa de Salud del CRIC a través de dos experiencias, los Centros Comunitarios de Salud CCS y los Agentes Comunitarios de Salud ACS, que integran las líneas de la emergente Política Indígena de Salud: relaciones con el Estado y exigibilidad del derecho a la salud; fortalecimiento de la medicina tradicional; formación de personal propio; redes de atención en salud propia e intercultural; investigación; y fortalecimiento organizativo. Todo esto en medio de la violencia política, la discriminación, la precariedad de los servicios oficiales de salud y el incumplimiento de la Resolución 10013, y del surgimiento de programas e iniciativas de salud a nivel nacional en la ONIC y regional en casi todo el país.

Finalmente se presentan los hitos en el ámbito internacional con impacto en Pueblos Indígenas y salud, y se analiza el significado de la Ley 10 y el Decreto 1811 del 90 que representan los primeros pasos de una transición integracionista, ahora con una impronta privatizadora.

2.2.1 La creación de la ONIC (1982): el sujeto político indígena en perspectiva nacional

El gobierno autoritario de los *estatutos* no solo de seguridad, sino indígena, docente y la reforma educativa, profundizó la crisis de legitimidad del régimen político enfrentando una

profunda recesión económica por la desindustrialización, la improductividad ligada a la continuidad de la contrareforma agraria, la caída de los precios del café y la entrega a la especulación del sector financiero, permeado por malos manejos y progresivamente por economías ilegales, todo esto en las ondas preliminares del neoliberalismo ya en marcha desde los años 70. El movimiento social fue fuertemente reprimido en algunos sectores como el obrero, que terminó dividido por el gobierno; y la fragmentación campesina no se superaba. Todo lo cual se reflejó en el debilitamiento de la movilización social, como en el frágil Paro Nacional de 1981. Así, el periodo termina con la aparición del paramilitarismo, la escalada de las guerrillas y las acciones de la autodefensa indígenista del Quintín Lame (Archila Neira, 2018).

En respuesta y en medio de esta dinámica, luego de 16 meses de trabajo intenso, los miembros de la Coordinadora Indígena Nacional y el CRIC lograron la convocatoria y realización del primer Congreso Nacional Indígena entre el 24 al 28 de febrero de 1982 en Bosa-Cundinamarca, con la participación de más de 2000 indígenas delegados de comunidades y organizaciones de todo el país. De este congreso surgió la ONIC, que se fijó como plataforma de lucha:

1. Defensa de la autonomía indígena.
2. Defensa de los territorios indígenas y recuperación de las tierras usurpadas, propiedad colectiva de los Resguardos.
3. Control de los recursos naturales situados en territorios indígenas.
4. Impulso a organizaciones económicas comunitarias.
5. Defensa de la historia, cultura y tradiciones indígenas.
6. Educación bilingüe y bicultural bajo el control de las entidades indígenas.
7. Recuperación e impulso de la medicina indígena y exigencia de programas de salud acordes con las características sociales y culturales de las comunidades.
8. Exigencia de la aplicación de la Ley 89 de 1890 y demás disposiciones favorables a los indígenas.
9. Solidaridad con las luchas de todos los explotados y oprimidos. (ONIC, 1982, pág. 1)

Fijaron también sus principios: *Unidad*, como mecanismo de fortalecimiento organizativo para la defensa de las comunidades indígenas; *Territorio* como elemento esencial para la vida y desarrollo de los Pueblos Indígenas; *Cultura* para el fortalecimiento, rescate y persistencia de la identidad como Pueblos Indígenas; y *Autonomía* para la aplicabilidad de los principios anteriores y como ejercicio de autoridad y poder (Eusse, 2013).

En este congreso sesionaron nueve comisiones: De tierras y Colonos, Cultura y Religión, Legislación Indígena, Educación, Posiciones generales del Movimiento Indígena Nacional, Organizaciones económicas, Luchas Populares, Salud y Movimiento Indígena, con las demás organizaciones populares. En la comisión de salud se analizó la situación de los Pueblos Indígenas, los servicios prestados por la medicina institucional desde los programas oficiales de salud y las diferentes experiencias de las comunidades:

Las comunidades indígenas tienen y siempre han tenido su propio sistema de salud (...). La salud es entendida como un estado de equilibrio del hombre con la naturaleza, determinado por fuerzas físicas (naturales) y sobrenaturales; la enfermedad no es un problema individual, sino social y cósmico, y está relacionado con la vida de la comunidad en general (...). Las técnicas y procedimientos realizados por los médicos tradicionales, muy al contrario de lo que ocurre con los médicos de formación occidental, van dirigidas a restablecer dicho equilibrio (...) a mantener el equilibrio sociopolítico y cultural de los grupos humanos y no solo a eliminar las causas físicas de la enfermedad (...). (ONIC, 1982, pág. 130)

Con este fundamento, desde este Primer Congreso se exigía al gobierno que para la elaboración de los programas de salud oficiales en zonas indígenas se consultara con los médicos tradicionales y con las autoridades locales. Y al referirse a la Resolución 10013 se manifestó que, si bien había aspectos positivos relacionados con la consideración por parte de los programas institucionales de buscar la adaptación a las particularidades de las comunidades indígenas, existía una preocupación por la figura del promotor que "(...) podía convertirse en un medio para introducir un aparato burocrático oficial en las comunidades, desacreditando la medicina tradicional y entrando en contradicción con los médicos tradicionales" (ONIC, 1982).

En la comisión de salud se conoce de algunas experiencias que, aunque parten de la medicina occidental, no están restringidas al patrón institucional. Con el apoyo del Instituto Colombiano de Antropología e Historia-ICANH en la Sierra Nevada de Santa Marta y de la Fundación para las Comunidades Colombianas-FUNCOL en Territorios Nacionales y zona andina, avanzan en la dirección de generar acciones que tengan en cuenta la participación de la medicina tradicional. No obstante, la experiencia más relevadora, por ser propia de las organizaciones, es la del Programa de Salud del CRIC (Eusse, 2013).

En síntesis, en materia de salud el primer Congreso de la ONIC, retomando las luchas y experiencias en las regiones en salud y cuestionando las políticas integracionistas del Estado, contribuye a fortalecer la fundamentación de una política indígena basada en la medicina tradicional y en la construcción de programas definidos por las mismas comunidades. En términos de la dinámica del sujeto político, y en una contestación contundente a la política de Turbay que estaba terminando su periodo de gobierno, los Pueblos Indígenas concretan uno de los principales procesos de unidad y fortalecimiento, que les permitirá un escalamiento nacional, una mayor interlocución y articulación con el movimiento popular, el gobierno y la comunidad internacional.

En agosto de 1982 se posesiona el presidente Belisario Betancur (1982-1986), del Partido Conservador, que aprovecha la división liberal, pero no logra mayorías en el Congreso de la República, lo que bloqueará buena parte de su agenda por un *crecimiento con equidad* y la apertura democrática y la negociación de la paz en un intento de legitimación del régimen político, pero que se da en un contexto adverso de profundización de la recesión económica, crisis de entidades financieras, imposiciones de la agenda neoliberal internacional, crecimiento de la narcopolítica, el paramilitarismo y la resistencia de las élites políticas y económicas a una transición pacífica y democrática.

En materia de política indígena y en el marco de un manejo un poco más dialogado de la conflictividad social, el gobierno de Betancur, según Archila citando a Gros, inauguró “una verdadera política indigenista pues otorgó tierras de resguardos y reforzó el poder de los cabildos” (Archila Neira, 2018, pág. 118). Desde Lleras Restrepo (1966-1970) ningún gobierno visibilizó en sus instrumentos de planeación el tema indígena hasta el gobierno de Betancur, que lo incluyó en su Plan de Desarrollo y al interior del Plan Nacional de Rehabilitación: “(...) De igual importancia serán los programas de salud para las comunidades indígenas, concebidos dentro del Programa Nacional de Desarrollo de las poblaciones indígenas (PRODEIN). Se aplicarán las normas vigentes según la Resolución 10013 de 1981 del Ministerio de Salud” (Departamento Nacional de Planeación, 1983, pág. 36). Con esto se mantenía la vigencia y se elevaba el nivel de reconocimiento a la mencionada resolución, aún en el marco de las políticas indigenistas de corte integracionista.

En el contexto de la emergencia del sujeto político indígena con dimensiones nacionales y del cambio de gobierno, debe resaltarse dentro del proceso contencioso entre Pueblos Indígenas, Iglesia y Estado la toma del Pueblo Arhuaco a la Misión Capuchina de Nabusimake, entre el 7 y el 12 de agosto de 1982, en plena asunción del gobierno de Betancur. Esta acción tuvo lugar después de 60 años de atropellos sobre la vida social y cultural de esta comunidad de la Sierra por parte de la Iglesia: “No más atropellos a nombre de Jesucristo” (Comunidad Arhuaca, 1982, pág. 2). Dicha acción colectiva terminó en la firma de un acuerdo que ordena a la Misión que devuelva todas sus instalaciones a la comunidad, abandone su territorio y en materia de salud tendrá que revertir a: “(...) la secretaría de salud del departamento, cuanto esta secretaría le ha entregado en administración” (Comunidad Arhuaca, 1982, pág. 3).

Este episodio marca con fuerza una de las arenas de contienda más fuertes durante el siglo XX entre Pueblos Indígenas e Iglesia y representa un avance en la superación de las pretensiones del poder eclesiástico de seguir rigiendo los destinos de los Pueblos Indígenas, y de seguir actuando como un “actor de reducción a la civilización”. Específicamente en salud, permite trasladar la disputa hacia el gobierno, despuntando así una onda de eliminación progresiva de esa intermediación reinante todavía en muchas partes del país entre gobierno, sistema de salud y población dentro de un modelo entre la caridad y la asistencia pública, que se había instaurado en el marco de la evangelización y el control ideológico y político.

Por todas partes del país, las comunidades indígenas se movilizan y van consolidando una agenda política en salud. En efecto en Choromondó en el Chocó, en octubre de 1982, en el marco de una reunión convocada por la UNCEK (Unión de Cabildos Emberá Katíos), las comunidades se pronuncian planteando el eje de la lucha por la tierra y la salud:

El despojo permanente de nuestras tierras y la invasión de nuestro territorio por parte de los colonos y terratenientes es la causa principal de la deficiente alimentación, ya que sin tierras no podemos producir nuestro sustento. Como consecuencia de lo anterior, la tuberculosis y otras graves enfermedades vienen haciendo estragos (...). (Unión de Cabildos Embera Katíos UNCEK, 1982, pág. 4)

Se aboga por la recuperación de la medicina tradicional y también por la necesidad de la medicina occidental: “(...) quisiéramos volver a nuestra medicina tradicional, con la participación del Jai, del Jenebé y del Jaibaná, pero muchas de nuestras enfermedades las ha traído el blanco y por ello es necesario combatirlas con medios occidentales” (Unión de Cabildos Embera Katíos UNCEK, 1982, pág. 4). Pero entonces la organización de los servicios para superar la discriminación y poder utilizar las dos medicinas requiere de servicios especiales:

Sin embargo, cuando necesitamos recurrir a los centros oficiales de salud, somos objeto de la discriminación racial, por parte de los funcionarios de salud. Por lo tanto, creemos que es necesaria la creación de un Centro Médico Especial, donde la atención la brinde un enfermero indígena que haga las veces de enfermero indígena y Jaibaná. (Unión de Cabildos Embera Katíos UNCEK, 1982, pág. 4)

La disputa no es contra los servicios de medicina occidental en sí mismos a favor de la medicina tradicional; de lo que se trata es de poder acceder sin discriminación, con la participación de personal propio y con el concurso de la autoridad indígena. Lo cual despliega lo que en esta investigación se viene llamando una interculturalidad fundamentada en el ejercicio del gobierno y la participación contenciosa de los Pueblos Indígenas, en la definición de los servicios de salud tanto propios como occidentales.

Contemporáneamente, en la reunión del 2 y 3 de octubre de 1982 en el Bajo San Juan, la OREWA hace una discusión y genera lineamientos en la línea de lo que supone fortalecer la gobernabilidad de la salud en los territorios y los impactos de la introducción del promotor de salud (figura de la resolución 10013), que desafía la autoridad del cabildo y desestabiliza la relación con la medicina tradicional:

Los programas de salud por medio de los promotores de salud indígena, no han correspondido a las expectativas de la comunidad; en esto no solo los compañeros promotores tienen la culpa, sino el propio gobierno, que con estos programas quieren descargar la responsabilidad de ver por la salud de los indígenas, y lo que hace es crear división entre los promotores indígenas de salud y los médicos tradicionales de la comunidad. Los promotores indígenas de salud también deben someterse al gobierno del cabildo y así lo exigiremos a las directivas de Salud Pública. (OREWA, 1982, pág. 5)

En ampliación de lo que significa gobernar en salud dentro del territorio, el control se extiende hacia adentro de las prácticas propias y hacia afuera frente a todo programa que se quiera desarrollar:

El Cabildo castigará y controlará a la persona que haga uso de los métodos tradicionales para causar maleficio, envenenamiento o perjudique a nuestros compañeros. (...) Las comunidades no aceptaremos programas foráneos de salud (...) sin antes exigir una explicación detallada del origen, responsables y verdaderos objetivos del programa. (OREWA, 1982, pág. 5)

Se observa cómo, en el ejercicio de articulación e intercambio en la construcción social y política del sujeto político indígena desde el liderazgo del CRIC, luego de la ONIC y en los desarrollos propios de cada regional, van surgiendo elementos comunes de una política propia en salud.

En diciembre de 1982, en un hecho sin precedentes de alcance nacional, el presidente Betancur hace presencia en la “recuperación Santiago”, en el resguardo de Guambía en el Cauca, con la presencia del CRIC, en medio de una gran movilización indígena de todos los pueblos en Silvia. En este escenario de negociación, la presencia del primer mandatario en un predio de recuperación indígena y los compromisos asumidos denotan, por un lado, signos de apertura en el gobierno que expresan síntomas de contradicción en el régimen político, y por el otro, la importancia del sujeto político indígena en la contienda política nacional. Aunque el nivel de cumplimiento sería marginal, habilitaba a los Pueblos Indígenas como interlocutores, cuyo poder residía en su capacidad de movilización y de lucha directa por la tierra. Esto tendría implicación en salud, en tanto ese sujeto movilizado ganaba poder en la arena política para interlocutar en materia de salud para los Pueblos Indígenas en Colombia.

2.2.2 La consolidación contenciosa del Programa de Salud del CRIC en medio del conflicto armado, el integracionismo y el incumplimiento del gobierno.

Luego de su creación en 1981, el Programa de Salud realmente toma forma como instancia regional del CRIC en 1982, con el concurso de profesionales de medicina y enfermería en calidad de colaboradores⁵³ y el apoyo de organizaciones solidarias internacionales como Pan Para el Mundo⁵⁴, así como de sectores progresistas de la Iglesia, sobre todo en el Norte del Cauca⁵⁵. En esta sección se observará cómo a medida que el CRIC y el movimiento indígena nacional se fortalecen como sujeto político a través de los Congresos, movilizaciones y pactos con los gobiernos, el movimiento indígena consolida una agenda política en salud que, si bien tiene un desarrollo muy fuerte en el Cauca, se extiende al nivel nacional con el nacimiento del Programa de Salud de la ONIC y se expresa en programas y apuestas de las regionales indígenas con alto contenido contencioso frente a las autoridades locales.

En el Cauca se realizó el Séptimo Congreso dos años después, entre el 14 y 19 de noviembre de 1983 en Caldon. Sesionaron las siguientes comisiones: Política y

⁵³ Los colaboradores del CRIC son sujetos voluntarios o vinculados a entidades oficiales o no gubernamentales con presencia o acciones en el Cauca. La mayoría con formación en áreas sociales, jurídicas, económicas, salud, pedagogía y agropecuaria; algunos de ellos académicos, otros militantes o exmilitantes de partidos de izquierda o de sectores críticos de los partidos tradicionales como el MRL. Han jugado un papel crucial en la configuración del sujeto político de colaboración y acompañamiento, cuyo valor radica en su compromiso y trabajo conjunto y en la importancia que para los Pueblos Indígenas representaba contar con el reconocimiento, apoyo y producción conjunta de manera horizontal.

⁵⁴ El CRIC entendía que “había un interés internacional en apoyar un movimiento que para mucha gente tenía mucho sentido en términos de democracia, de derechos humanos, historia, etc. Y por ejemplo Pan Para el Mundo, Cáritas, estas organizaciones de aquella época (...) ellos tenían el proyecto de la cooperativa indígena del Cauca que quedaba en Popayán, ese proyecto, era un proyecto muy exitoso, creo que Pan Para el Mundo era uno de los que financiaba ese proyecto de la cooperativa, entonces era un proyecto de cooperativa agraria, de movimiento de productos. Y alguien les dice que tendría espacio un proyecto de salud que buscara llevar servicios de salud a los indígenas y al mismo tiempo buscara la integración entre la medicina tradicional y la medicina occidental” (Rossi, 2018).

⁵⁵ De acuerdo con Alba Mery Rivera: “También, todos los que pasamos por agentes comunitarios, hicimos parte de la estructura local, que fue la junta de acción comunal, alguaciles; de ahí nos formamos como delegados de la palabra y nosotros dinamizábamos la parte de salud, pero también la Iglesia nos formaba a nosotros como delegados de la palabra”.

Autonomía, Tierras y Producción, Organizaciones Económicas Comunitarias, Fique, Recursos Naturales, Salud, Educación y Cultura, Niños, Historia y Legislación Indígena. Se creó el Programa de Jurídica, que aparece por la necesidad de defender a los comuneros que masivamente fueron encarcelados y para dar a conocer la Ley 89 de 1890 y demás leyes favorecedoras de los indígenas (Rodríguez, Pulido, Prada, & Rojas, 2005). El Congreso también analizó cómo se estaba impulsando la producción y el papel del cabildo en su manejo, y en general el funcionamiento del Programa de Producción que había sido creado en 1980.

Las comisiones llegaron a la conclusión que se debía fortalecer la autonomía económica impulsando proyectos de mercadeo y producción propia, para lo cual se requería investigación y estudios de la situación. También era necesario impulsar la educación para conservar los recursos naturales e igualmente fortalecer a los médicos tradicionales, puesto que ellos, según los indígenas, “(...) aseguraban la armonía, la paz interna y el mantenimiento de sus valores culturales” (CRIC, 2009).

En la comisión de salud se evaluaron las acciones que desarrollaban tanto el gobierno como las organizaciones no gubernamentales, sobre las que afirmaban que venían implementándose con los mismos criterios que manejaban la atención en salud no indígena; lo cual podía constatarse en los hospitales y centros de salud en zonas indígenas como Tierradentro. A los programas de salud de la Iglesia se les calificaba como evangelizadores y civilizatorios. En este sentido, la comisión de salud afirmó:

(...) la salud que se lleve a nuestras comunidades debe tener en cuenta las características socio-económicas y culturales tan especiales en las zonas indígenas. Además se hace necesario que se parta de las experiencias, métodos y prácticas propias de nuestras comunidades. El gobierno y los responsables de la salud en sus programas y propósitos, describen superficialmente nuestras características culturales que despiertan la sospecha de que más que una especificidad, nuestra cultura es considerada como un obstáculo para desarrollar sus programas de salud. (CRIC, 1983, pág. 38)

Acerca del Programa de salud de la organización, se planteaba la necesidad de que participaran los médicos tradicionales (yerbateros, curanderos, sobadores, sopladores y parteras) por varias razones: 1. Porque el conocimiento de los médicos tradicionales era el

instrumento por medio del cual se lograba conservar la paz y el mantenimiento de los valores culturales. 2. El médico tradicional era todavía en muchas comunidades el portador de la 'palabra mítica', es decir conocía la historia y el origen del mundo. 3. El médico tradicional era consciente de las necesidades y era el encargado de velar por la salud de las comunidades, por lo tanto, podía exigir al gobierno las obligaciones ante las poblaciones indígenas (CRIC, 1983).

Sobre las tareas que venía realizando el CRIC⁵⁶ sobre Salud, mencionaban un proyecto que se estaba desarrollando en Mosoco y en el Cabuyo, con la asistencia de dos enfermeras y dos médicos, el cual tenía por objeto capacitar a un grupo de personas de la comunidad para que después se responsabilizaran de cubrir las necesidades de salud de sus comunidades en esas regiones. Además, el equipo de salud venía realizando conversaciones con los médicos tradicionales. También se estaba recogiendo información sobre plantas medicinales que eran utilizadas en la región, igualmente se había hecho una investigación sobre las enfermedades más comunes de la región (CRIC, 1983).

Este congreso transcurre en medio de una intensificación de las violaciones de derechos humanos de los Pueblos Indígenas del Cauca y Colombia incluidos asesinatos, masacres, desalojos violentos de territorios recuperados, y de una fuerte presencia de grupos armados que incluyen ahora al Comando Quintín Lame, organización de defensa territorial de las comunidades indígenas del Cauca, no aprobado por el CRIC, y que junto a las FARC-EP y el M-19 complejizan el escenario de las luchas sociales; pues inmediatamente son catalogadas por el Estado como parte de la lucha insurgente, y al mismo tiempo, estos actores dividen las comunidades ya que pretenden, al igual que las instituciones, imponer sus orientaciones y decisiones por encima de las autoridades indígenas.

En este marco, el Programa de Salud es reforzado por las definiciones del Congreso; y recogiendo las experiencias locales, inicia un proceso más planificado alrededor de sus líneas de acción. En la línea de atención en salud, se desplegaron dos iniciativas

⁵⁶ Había un proyecto de salud para la comunidad indígena Páez que, además, en su primera versión proyectaba la construcción de un hospital en Vitoncó, liderado por el CRIC, con financiamiento de Pan Para el Mundo (Rossi, 2018).

combinadas: la de los Centros Comunitarios de Salud-CCS y la de los Agentes Comunitarios de Salud-ACS.

Los botiquines de los años 70 resultaron insuficientes para enfrentar la desatención del Estado, las demandas cotidianas de atención de lo que no resolvía la medicina tradicional, los impactos de las luchas por la tierra y del conflicto armado, incluido el complejo entramado que suponía la presencia del Quintín Lame en calidad de autodefensa que podía entrar en enfrentamientos que requerirían atención en salud:

(...) [los botiquines] estaban a cargo de los Agentes Comunitarios y luego a la gente le fue quedando pequeño, entonces decidieron ampliarlo y así se fue ampliando hasta que se volvieron Centros Comunitarios [en el año 1983]. También hubo cooperación internacional, vinieron médicos de otros países, vino gente de Europa a apoyar y también profesionales de las universidades públicas, sobre todo de la Nacional de Bogotá y de la de Antioquia. (Aguilar, 2018, pág. 2)

Por lo que según Alba Mery Rivera (una de las primeras ACS de Toribío, que ha sido parte del Programa de Salud y del Proyecto Nasa de Toribío) se crearon 9 CCS a partir de 1983: “Natalá y San Francisco en Toribío, Guaico en Caldon, Honduras en Morales, Suin, Lame y Mosoco en Páez y Tumbichucué y San Andrés en Inzá” (Rivera, 2019, pág. 2). Con esto se cubrían áreas claves en los escenarios de lucha por la tierra, conflicto armado y desatención del Estado. Estos CCS que funcionaban en “casas de cabildos, un local, un espacio que nos facilitaba el cabildo o de pronto el Programa de Salud” (Bustamante, 2018), y allí se contaba con

(...) instrumentos de odontología, pequeñas cirugías, equipo para consulta médica; pero también se hacía todo el procesamiento de las plantas medicinales (...), nos enseñaban lo que era las cremas, que eran con azufre vaselina, se le echaba esa ampicilina que viene en cápsulas, se hacía la mezcla y de ahí ya uno eso lo utilizaba para el carranchín o los granos que les daban a los niños. Igualmente nos enseñaban a procesar lo que era purgantes con plantas de aquí mismo”. (Rivera, 2019, pág. 3)

En relación con la segunda línea de acción del Programa, la formación de capacidades, muy relacionado con el funcionamiento de los CCS y con toda la agenda política en salud,

surgieron los Agentes Comunitarios de Salud-ACS que eran voluntarios, seleccionados en asamblea por la comunidad y el cabildo, la mayoría bilingües, con un alto nivel de liderazgo comunitario y político, formados en la práctica diaria de atención a las comunidades y en las luchas del CRIC, con conocimiento y disposición a coordinar con la medicina tradicional. Luz Ángela Palacios, Antropóloga y colaboradora del CRIC por más de 25 años en el Programa de Salud, refiere que el ACS:

Era una figura propia de la organización y lo importante de ahí era que esos Agentes Comunitarios eran reconocidos y elegidos por la comunidad y adquirían un compromiso para que los eligieran, esto era totalmente voluntario, no tenía un reconocimiento económico. (Palacios, 2018, pág. 2)

Su función era entonces prestar servicios básicos de salud y primeros auxilios, atención de partos en equipo con las parteras, coordinar con los escasos servicios de salud oficiales y servir de puente entre ellos y la medicina tradicional:

De lo que yo me pude dar cuenta en la zona donde estuve con más frecuencia (Tierra Adentro), es que el Hospital de Belalcázar y de Inzá los tenía en cuenta para varias actividades porque [los Agentes] les ayudaban a convocar a la comunidad, o sea eran como el puente para poder llegar a la comunidad desde los hospitales. (Palacios, 2018, pág. 3)

Y finalmente los ACS, protagonizaban el tejido organizativo en salud forjando el Programa de Salud del CRIC y los programas zonales de salud:

(...) por ejemplo nosotros nos reuníamos las tres zonas, era Tierra Adentro, Caldono Norte y Caldono Occidente, nos reuníamos todos, éramos setenta agentes comunitarios, nos reuníamos tres días, en esos tres días se daba toda la formación política, venía toda la parte propia, como la salud propia, entonces iban las parteras, iban los médicos tradicionales. Nos hacíamos esos encuentros y ahí se planeaba y ahí se cambiaba, por ejemplo, el coordinador de salud regional (Rivera, 2019, pág. 3).

El ACS, aunque venía en parte desde los 70, es el puntal de la política indígena de salud y del Programa de Salud del CRIC, y su perfil es de alta capacidad de resolución de problemas sanitarios y urgencias, gran capacidad política y de liderazgo y de articulador y constructor

de interculturalidad entre la medicina tradicional y la medicina occidental en la perspectiva aquí propuesta; de tramitar las asimetrías de poder y saber entre la hegemonía médica y del régimen político con el pensamiento propio; y la autodeterminación de las comunidades a través del trabajo de exigibilidad de derechos hacia el Estado y de diálogo y trabajo conjunto en minga hacia adentro.

En relación con la medicina tradicional, el Programa de Salud se convirtió en la institución propia que desde el CRIC no solo fortalecía la recuperación de los saberes ancestrales, sino que se daba a la tarea de entrar en contacto, acompañar, apoyar y promover a los médicos tradicionales para que fortalecieran su rol al interior de la comunidad, para que aquellas familias que por razones religiosas o políticas habían tomado distancia de las prácticas tradicionales las revalorizaran, y para contribuir en la protección física de los médicos, parteras y otros agentes tradicionales frente a la persecución política y religiosa. En efecto, eran víctimas de violencia por su rol desafiante del orden hegemónico en lo político al acompañar las luchas por la tierra; en lo sociocultural por representar una visión distinta del mundo a la establecida por el pensamiento occidental y orientar una ritualidad y una espiritualidad que desestabilizaba la idea de Dios impuesta por las iglesias; y por contar con poderes y saberes alternos para atender lo que Occidente llamaba salud, enfermedad y conocimiento científico.

Manuel Sisco, sabedor Nasa, resalta cómo los procesos de investigación y recuperación del pensamiento propio arrojan que el médico tradicional, Kiwe The en el Pueblo Nasa

(...) es de toda la organización, su responsabilidad es socializar la cosmovisión y exigir los comportamientos concretos a la comunidad (...) ellos son autoridades vitalicias, ese rol hay que retomarlo y eso es a nivel global, no solo desde el Programa de Salud. Entonces en la parte espiritual hay que retomar el rol de los médicos y también en la parte de la regulación social hay que trascenderlos a las autoridades tradicionales en los cabildos, porque ellos deben ser los veedores de la aplicación de lo que está exigiendo la cosmovisión. (Sisco, 2018)

Estos reconocimientos permitían la revalorización del saber ancestral de la medicina tradicional hacia adentro, y la defensa y protección de los Kiwe The frente a los poderes políticos, religiosos y sanitarios de la sociedad general.

Mientras el Programa de Salud se consolidaba en esta red de saberes y poderes del pensamiento propio que exigían e interlocutaban con el Estado, sucedían hechos muy graves como el desalojo violento del predio de López Adentro, recuperado por los indígenas del norte del Cauca en enero de 1984 en el cual hubo "(...) seis indígenas anónimos muertos a bala por la policía en el municipio de Caloto, donde 31 más, incluyendo 17 mujeres, resultaron heridos (...)" (Revista Semana, 1984).

Más de mil soldados y policías en buses y camiones, dirigidos por el alcalde de Caloto, Edgar Fajardo, y por el dueño de la tierra, Salomón Vélez, arremetieron contra unas doscientas familias indígenas que habían armado allí sus ranchos. No hubo muertos en esta ocasión, pero los "desalojadores", como los llaman los Paeces, decidieron asegurarse de una vez por todas: quemaron los ranchos, arrasaron con buldócer los sembrados y convirtieron la hacienda en una base militar. Los indígenas, por su parte, han acampado en la carretera que bordea el predio y declaran que no se irán hasta que intervenga el Presidente de la República. El Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) afirma que el juez James Hernando Correa Clavijo violó la ley al ordenar el desalojo, y lo acusa de prevaricato. (Revista Semana, 1984)

Al día siguiente fue asesinado el Padre Álvaro Ulcué, primer sacerdote indígena del país, que se había convertido en un emblema de las luchas indígenas del Cauca en la medida en que asumía plenamente la plataforma del CRIC al tiempo que ocupaba un lugar dentro de la Iglesia católica, aliada y parte interesada en el conflicto por la tierra. Un conflicto que llegaba a un punto muy álgido, pues: "(...) trescientos hacendados, recogieron algunos millones de pesos y se propusieron 'limpiar' la zona, eliminando a los dirigentes indígenas y a los promotores de invasiones" (Revista Semana, 1984).

Frente a la gravedad de los hechos, el Cardenal Alfonso López Trujillo avalaba afirmaciones legitimadoras de la violencia contra los Pueblos Indígenas del arzobispo de Popayán: "(...) es un hecho penoso y sensible, aunque hay que recordar que la guerrilla mata feligreses" (Revista Semana, 1984).

No obstante, gracias a la permanente movilización organizada del CRIC, el gobierno Betancur intentó afrontar la crisis expidiendo el Decreto 615 el 27 de febrero de 1985, mediante el cual se creó el Comité Asesor de Política Indigenista para el departamento del Cauca-CAPIC, que se convierte en el primer instrumento de política pública en la historia

de la disputa entre Pueblos Indígenas y el Estado; que surge como respuesta y como método de trámite frente a tal disputa, sobre todo en este caso alrededor del conflicto de tierras, y de programas de desarrollo y oferta de servicios.

En efecto, el CAPIC se convierte en un mecanismo de alto nivel, conformado por delegados del gobierno y del CRIC, con “carácter de asesor del Gobierno Nacional y de los distintos organismos del Estado llamados por ley a buscar solución a los problemas que afecten a las comunidades indígenas [del Cauca]” (Decreto 615, 1985, pág. 1). A diferencia de las políticas indigenistas anteriores, que fueron producidas desde las instancias del Estado y desde su lectura unilateral, en esta ocasión el Decreto recoge la voz indígena; y en vez de ofrecer salidas puntuales, genera un mecanismo de solución participativo donde ya no solo se discutirán las medidas a tomar, sino sobre todo su enfoque y su forma de implementación. Es decir que el indigenismo integracionista, el racismo estructural y las formas de ver y de hacer del establecimiento, entrarán a jugar dentro de un mecanismo legal, en el cual son puestas en cuestión por el sujeto político indígena desde su propia perspectiva. En salud esto implicará exigir el cumplimiento de la Resolución 10013 que a la fecha no tenía mayor aplicación, pero además, desde la perspectiva del CRIC, en tensión con el integracionismo gubernamental en salud. En los años siguientes este hito de política pública se repetirá con nuevos detalles, pero en la misma lógica contenciosa en el círculo vicioso entre movilización, acuerdo, incumplimiento, nueva movilización, nuevo acuerdo en medio de la violencia; y avance progresivo y parcial de sectores o componentes de las políticas, alternado con retrocesos.

El CRIC no solo gana protagonismo para la negociación de las políticas con el Estado, sino que en el mismo año cristaliza su postura frente al conflicto armado al reclamar autonomía en sus territorios frente a todos los actores armados, tanto legales como ilegales, e irrumpe como sujeto político de paz mediante la resolución de Vitoncó en el municipio de Páez.

De esta forma, el CRIC hace ejercicio de autoridad, gobierno y control territorial, inaugurando lo que será un instrumento de construcción de política propia, jurisdicción y gobernabilidad para que las decisiones en sus territorios solo estén en manos de los cabildos:

Primero: recalcar y hacer valer por todos los medios que estén al alcance de los resguardos el derecho a la autonomía, el derecho que los cabildos y las comunidades tienen de controlar, vigilar y organizar su vida social y política al interior de los resguardos y de rechazar las políticas impuestas venidas de afuera. (ONIC, 2002)

Esto incluía la salud, frente a la cual, los cabildos manifestaban que estaba marcada por la problemática general “(...) de no entrar a buscar soluciones dialogadas y pacíficas a nuestros problemas de tierras, educación, salud (...)” (ONIC, 2002).

Como puede observarse, este sujeto político colectivo engloba permanentemente sus luchas por la salud dentro de la agenda más amplia, no solo porque el mundo no aparece fragmentado, sino además porque en todo caso cualquier reivindicación se refiere siempre al fortalecimiento de la autonomía y la autoridad en el territorio.

2.2.3 Las luchas por la salud de los Pueblos Indígenas en las regiones y el surgimiento del Programa de salud de la ONIC

En el nivel nacional, durante la primera parte de los años 80 y luego en el Primer Congreso de la ONIC, hay una eclosión de organizaciones indígenas regionales que tienen dinámicas de origen propias de cada proceso; comparten elementos comunes como la agenda política ligada a la lucha por la Unidad, la Tierra/Territorio, la Cultura y la Autonomía; y en términos de proceso, construyen relacionamiento con los ejercicios y esfuerzos del CRIC, el CRIT y la ONIC. Entre las iniciativas más representativas se encuentra la organización regional de los pueblos Embera Wounaan en el Chocó, a través de la OREWA en 1982; que en su primer congreso demanda en materia de salud: “(...) exigir al gobierno, la construcción de puestos de salud y su dotación, además de recursos económicos para la seria promoción de salud en distintas zonas y el abastecimiento adecuado de medicamentos” (Unidad Indígena, 1982, pág. 9).

Por su parte, en 1983 se constituye la Confederación Indígena Tayrona, que en sus inicios agrupa los pueblos Arhuaco, Kogui y Arzario de los departamentos de Cesar, Guajira y Magdalena (Ministerio del Interior, s.f.). En 1985 se estructura la Organización Indígena de

Antioquia (OIA), que reúne los pueblos Tule, Zenú y Emberá (OIA, s.f.). En ese mismo año, surge el Consejo Regional Indígena de Caldas, que agrupa los Pueblos Indígenas Embera del departamento. En 1986 nace la Organización Indígena Zonal del Putumayo (OZIP, s.f.), que agrupa los Pueblos Indígenas Ingas de los municipios de Mocoa, Puerto Guzmán, Villagarzón, Puerto Caicedo, Puerto Asís, Orito y Puerto Leguízamo, Sibundoy, Santiago, San Francisco, San Miguel y Valle del Guamuez.

Las tensiones por la medicina tradicional y la gobernabilidad de la salud a cargo de las comunidades, así como por el uso tradicional de la coca, se evidencian por todo el país: en 1984 el Consejo Regional Indígena del Vaupés decide no hacer más cursillos con médicos *blancos*, con el fin de recuperar la medicina indígena y lograr que la comunidad oriente los programas de salud (Unida Indígena, 1984); y en el mismo año el CRIC, en su Junta Directiva de febrero, se pronuncia planteando respeto por parte de las autoridades gubernamentales a la medicina tradicional, específicamente a la siembra de la coca y aplicación de la Resolución 10013 de 1981 (Unida Indígena, 1984).

Pero la construcción de una política pública de salud indígena desde las organizaciones indígenas, si bien tiene elementos comunes ya señalados, en los escenarios de negociación con el Estado tiene énfasis según las lecturas que haga cada una de la problemática de salud y de lo que debe esperarse del gobierno. Es significativo observar cómo las organizaciones retoman la Resolución 10013, pero en el caso del Primer Congreso de la Unión de Comunidades del Querarí, un sector del Vaupés, se determina exigir del servicio de salud del Vaupés, entre otros: la dotación de drogas, micropuestos de salud, que se tenga en cuenta en los auxiliares de salud a los indígenas y el envío de comisiones médicas, en un tono discursivo conciliador en términos de las lógicas en salud, aunque fuerte en lo referente a que haya cumplimiento (Unidad Indígena, 1984).

Cuatro años después, del 18 al 22 de febrero de 1986, se realizó el Segundo Congreso Indígena Nacional, en el que participaron más de 900 indígenas representantes de todo el país. Durante el Congreso se rechazó la presencia guerrillera en las comunidades indígenas y el tutelaje gubernamental, con el fin de avanzar en la consolidación de la autonomía, como eje de la plataforma política.

Sobre el tema de tierras se siguió con el objetivo de conseguir saneamiento, ampliación de los resguardos y reservas, hasta conseguir el mínimo de tierras necesario para que los indígenas pudieran garantizar por lo menos su existencia. En cuestión de comunicaciones se destacó la decisión de convertir el periódico Unidad Indígena en un vocero real de todas las comunidades indígenas del país, por tanto, se planteó la capacitación de integrantes de la organización en todo el país hasta conformar un equipo especializado en el tema. Sobre legislación, se afirmó que, además del estudio de las Leyes propias, era de vital importancia la lucha para que el gobierno diera cumplimiento a las leyes que protegían a los indígenas.

En lo que concierne a la salud se resaltó la necesidad de avanzar en la búsqueda de una combinación de la medicina occidental con la medicina tradicional indígena; también que los programas oficiales de salud consultaran por anticipado las condiciones culturales de la comunidad y que se respetara el uso de la coca como base principal de la medicina tradicional. Para entonces, la experiencia del Programa de Salud del CRIC servía de orientación y referencia para la aparición de estructuras equivalentes en otras organizaciones regionales en el país y sirvió de base para la creación del Programa de Salud de carácter nacional de la ONIC.

Trino Morales, primer presidente de la ONIC, informa que las relaciones con el Estado habían dado resultados importantes frente a las exigencias del primer congreso, como por ejemplo, el que en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES de 1982 y 1984 apareciera que el Presidente y el Consejo dijeran : “(...) que teníamos derechos a unos sistemas de educación y salud que respetaran nuestras costumbres y tradiciones y nuestra lengua y el conocimiento de nuestros médicos y maestros de la comunidad” (Gros & Morales, 2009, pág. 308). Con lo que, dentro de la política gubernamental, empezaba a aparecer la perspectiva de sistemas diferenciados de salud y educación.

La principal conclusión del Congreso fue la necesidad de mantenerse unidos y organizados, pues solamente así podrían lograr enfrentar sus problemas y lograr metas como: “poder vivir de nuestra tierra, de nuestras manos, con nuestros padres y con nuestros hijos, en la paz que siempre ha reinado en nuestras comunidades” (ONIC, 1986, pág. 7).

El Congreso se realiza en la etapa final del gobierno de Betancur, que ha fracasado por las posturas del régimen político y las guerrillas en el proceso de paz; en medio de un periodo en el que, si bien se ha superado la recesión, ha aumentado el desempleo y se ha avanzado en el camino de implementación de la agenda neoliberal internacional (Archila Neira, 2018).

Por otro lado, el régimen político con el liderazgo de Betancur amplía parcialmente la participación democrática con la elección popular de alcaldes, lo que, si bien representaba una oportunidad clave para la democratización, en el contexto de fortalecimiento del narcotráfico, la corrupción, la estrechez de las élites políticas y económicas y la persistencia del conflicto armado, se convertirá en una arena de contienda profundamente conflictiva y violenta⁵⁷. En este escenario, los Pueblos Indígenas tendrán la posibilidad directa de lucha por el poder local, más allá de los resguardos y de las organizaciones sociales como el CRIC, y de esta forma como sujeto político ampliarán sus campos de lucha e incidencia.

En 1986 inicia el gobierno liberal de Virgilio Barco, que se orienta hacia la modernización productiva por la vía de la apertura comercial a los mercados internacionales; profundizar los planes para intervención social en zonas de conflicto (Plan Nacional de Rehabilitación-PNR) y de economía campesina (Fondo de Desarrollo Rural Integrado-DRI); y poner en marcha la elección popular de autoridades territoriales y a retomar los procesos de paz.

En materia Indígena se mantiene el indigenismo integracionista que otorgará algunos niveles de prioridad a los Pueblos Indígenas en las zonas de conflicto a través del DRI y el PNR, y en salud seguirá la Resolución 10013 como referente de política de salud indígena, en el contexto de un sistema nacional de salud que no logra superar la fragmentación entre: por una parte, los subsistemas público, de trabajadores y privado, con los consiguientes problemas de cobertura, acceso y calidad, en particular en las zonas rurales; y por la otra, la política de APS con una estrategia de atención primaria selectiva, orientada a programas básicos costo-efectivos y prioritarios para población materno infantil⁵⁸.

⁵⁷ Si bien del proceso de diálogo con las FARC-EP surgió la Unión Patriótica como partido alternativo, en muy pocos años más de 4000 líderes serían asesinados, la mayoría de ellos en medio de sus procesos para alcanzar electoralmente la participación en Concejos Municipales, Alcaldías, Asambleas Departamentales y Congreso de la República, incluido quien fuera candidato presidencial en 1986, Jaime Pardo Leal.

⁵⁸ La declaración de una Atención Primaria Universalista e Integral, expedida en 1978, coincidía con la transformación de la economía global que evolucionaba hacia el neoliberalismo y que tenía expresión en los planes de ajuste del Fondo Monetario Internacional. En salud esto se tradujo en que durante los primeros años

En este contexto, mientras se da la consolidación del sujeto político indígena y de sus estructuras de salud, principalmente del Programa de Salud del CRIC, mediante diferentes movilizaciones en el país, se va forjando la política pública de salud, en reacción a las movilizaciones indígenas como sujeto político que exige al Estado la garantía de sus derechos frente a compromisos ya adquiridos, o en la demanda de nuevos.

En el Departamento del Tolima, en 1986, luego de una movilización a Ibagué de las comunidades indígenas organizadas en el Consejo Regional Indígena del Tolima (CRIT), y ante el incumplimiento de la Resolución 10013 y las grandes necesidades en materia de salud, la Secretaría de Salud expidió la Resolución 2788 del 16 de septiembre de 1986 con el compromiso de los siguientes puntos:

1. Reglamentación de la resolución 10013 de 1981 para el Departamento del Tolima.
2. Reconocimiento del carné de salud del CRIT como documento oficial para solicitar atención en salud.
3. Envío de bienestarina para nuestro programa de ayuda nutricional materno infantil.
4. Instalación de una unidad odontológica móvil en la sede del CRIT en Coyaima.
5. Recursos para los hospitales de la zona indígena.
6. Destinación de una partida del INCORA para proyectos de aguas y eliminación de excretas en algunas comunidades. (Méndez & Triana, 2004, pág. 113)

Obsérvese cómo la expedición de un carné exclusivo para indígenas refleja una lógica contradictoria, en la que existe discriminación y negación de servicios, pero también una preocupación para que en medio de la precariedad del sistema nacional de salud los indígenas puedan acceder con prioridad y de manera gratuita, a fin de evitar la respuesta organizada y contendiente del movimiento indígena. Este proceso también se da en el Cauca, y dado el soporte organizativo del procedimiento, se constituye en un primer instrumento de poder del sujeto político que, si bien resuelve parcialmente los problemas de acceso, genera inquietud en los sectores campesinos que leen el mecanismo como un privilegio, pues éstos también están marginados de los servicios de salud.

de la década de los 80, particularmente en América Latina, se abandonarían los primeros esfuerzos universalistas, públicos e integrales para entrar en la atención primaria selectiva. Fue UNICEF quien, en 1982 lanzó su modelo de focalización denominado GOBI-FF (sigla en inglés que traduce: Crecimiento y desarrollo, hidratación oral, lactancia materna, suplemento alimentario y planificación familiar), que sustentaba lo eficaz y eficiente de priorizar eventos y poblaciones vulnerables para mejorar la situación de salud de los más pobres (Asi & Buriyovich, 2009).

En el Departamento de Córdoba, en febrero de 1987, más de 3.000 mil indígenas y campesinos, con el apoyo de la ONIC, se toman la ciudad de Montería para hacer conocer los problemas que viven las comunidades con relación a tierra, salud, educación, infraestructura y comunicación. Esta movilización se levanta con la conformación de la comisión entre gobierno e indígenas, el nombramiento de un maestro y el inicio del trabajo de delimitación de predios para agilizar la entrega de fincas (Unidad Indígena, 1987).

En este escenario se observa lo que se ha convertido en una constante de desproporción entre la magnitud de la movilización y la respuesta del Estado, que pasa casi siempre por una combinación entre medidas de represión, conformación de mesas para estudiar las peticiones, ninguna o pocas soluciones inmediatas o dilación en la respuesta a las exigencias.

Mientras se consolidaba el proceso del movimiento indígena alrededor de la ONIC, en paralelo se fortalecía un proceso organizativo distinto de los Pueblos Indígenas alrededor de la Autoridad Indígena del Sur Occidente (AISO), creada en 1978, que agrupaba a los Pastos de Nariño y los Guambianos del Cauca. En 1987 se convierte en Autoridades Indígenas de Colombia (AICO), como una expresión diversa del sujeto político indígena, con una estructura de movimiento social distinta a la de la ONIC, y que a partir de 1990 se configura como partido político que ahora cuenta con cobertura en todo el país, incluyendo el norte, centro, oriente y Amazonía (Ministerio del Interior, s.f.). De esta manera se manifiesta orgánicamente la emergencia de nuevas organizaciones nacionales diferentes a la ONIC que, aunque generalmente convergen en temas nucleares alrededor de la tierra, el territorio, el gobierno y la cultura propia, difieren en los métodos, los fines y las posturas políticas frente al régimen político. Estas organizaciones reclaman también el cumplimiento de la Resolución 10013 y desarrollan iniciativas propias en salud, no obstante, el debate político a la fecha lo sigue liderando el Programa de Salud del CRIC.

Mientras esto sucede en otras regiones, en el Departamento del Cauca se presenta una movilización que implica un nuevo formato y es el del bloqueo de la carretera Panamericana, que tiene que ver con la acumulación de incumplimientos por parte del Estado frente a solicitudes, exigencias y demandas presentados en escenarios distintos al de “la carretera”. El 14 de octubre de 1987 los indígenas bloquean la vía a la altura de Tunía

para exigir el cumplimiento del Decreto CAPIC de 1985, el acta de compromiso de la Salvajina firmado el 17 de agosto de 1986 y el pliego negociado el 1 de diciembre de 1986, así como la incorporación de nuevas demandas como la del cumplimiento del Plan Nacional de Rehabilitación. En todas las movilizaciones aparece lo relacionado con salud, muy ligado a las líneas de la Resolución 10013, que a la fecha han tenido poco desarrollo.

Entre el 21 y el 26 de noviembre de 1988, en Tóez (Tierradentro) se lleva a cabo el VIII Congreso del CRIC, en el cual por primera vez el naciente Programa de Mujer sesionó para analizar su situación y potenciar su aporte organizativo. Esta comisión planteó para las mujeres programas de capacitación, mayor participación en las decisiones y oportunidades de desarrollo de proyectos productivos (CRIC, 2009). También se discutió el proyecto político referido a una propuesta de paz, con la intención de ganar voluntad política para lograr la desmilitarización de las zonas indígenas.

En este mismo año, en el Departamento de Antioquia se presenta una movilización relevante entre el 10 y el 13 de octubre de 1988, que involucra una doble dimensión: ha sido creada tiempo atrás una asociación gremial de promotores de salud indígena, que al mismo tiempo exige su reconocimiento por el Sistema Nacional de Salud. Es mediante la movilización y posterior negociación de la Organización Indígena de Antioquia (OIA) con el gobierno, que se logra dicho reconocimiento, adicionalmente a lo relacionado con el compromiso de nombramiento y capacitación de más promotores de salud y de cumplimiento de la Resolución 10013 (OIA, 1988).

Todas estas experiencias generaron una dinámica de presencia, exigibilidad, coordinación y disputa permanente con el Ministerio de Salud y los servicios seccionales de salud de los departamentos, que además convocaba los esfuerzos de grupos de investigadores universitarios y organizaciones no gubernamentales especializadas en el tema de la salud indígena.

Esto llevó a que se crearan las condiciones para la realización de un “Seminario Taller Nacional sobre Capacitación de Promotores de Salud Indígenas de Salud”, en el que participaron 24 organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y universitarias con trabajo en comunidades indígenas, lo que llevó a que las ponencias y los paneles de

discusión estuvieran a cargo de funcionarios, intelectuales e investigadores no indígenas⁵⁹ que venían trabajado desde la medicina, la antropología y el desarrollo con los Pueblos Indígenas. A pesar de la participación del CRIC y la ONIC, el ejercicio revelaba en su convocatoria y desarrollo una postura que, aunque bien intencionada, resultaba excluyente y centrada en los poderes y saberes del Estado y la academia. De hecho las ponencias, paneles y tres de las cuatro experiencias son presentadas por estos sectores, quedando la última para el CRIC, que “consistentemente” fue denominada por los organizadores del evento: “Programa de Salud del CRIC ‘Una experiencia particular’” (CRIC, 1988, pág. 232), en alusión a la otredad sobre la cual se está deliberando.

El evento era relevante porque reunía a los actores de la institucionalidad pública, académica y de apoyo a las comunidades indígenas con mayor trayectoria, vínculo y conocimiento, incluidas posturas en el país en el campo de la salud indígena; y porque dejó establecidos hitos relacionados con la necesidad de considerar la cosmovisión, los recursos y saberes propios, así como la participación de las comunidades en el diseño y la ejecución de las políticas en salud, abriendo tímidamente un espacio de cuestionamiento al integracionismo y a las formas de colonización y violencia ejercidas sobre los indígenas. El taller fue un escenario de crítica al incumplimiento de la Resolución 10013 y a los programas de atención primaria selectiva, de los cuales uno de los invitados, el Fondo de Naciones Unidas para la infancia UNICEF, era protagonista. En todo caso fue clara la postura de demanda de la sociedad civil al Estado para avanzar en políticas que tengan en cuenta la perspectiva indígena.

No obstante, queda claro que salvo la postura del CRIC y la ONIC, no hay una comprensión del proceso político que viven los Pueblos Indígenas, y por lo tanto, de la existencia de un sujeto político que no solo debe ser llamado cuando se van a implementar acciones, sino que está reclamando un lugar desde un territorio, un gobierno y un pensamiento propio que trasciende las adecuaciones de los programas de salud.

⁵⁹Evento realizado en Paipa entre el 19 y el 23 de octubre de 1987. Se destaca desde el gobierno: los Ministerios de Salud y Educación, al Instituto Colombiano de Antropología, el Servicio Nacional de Aprendizaje, Servicios Seccionales de Salud, el Departamento Nacional de Planeación, entre otros. Por parte de la academia, representantes de grupos de trabajo de las Universidades: Nacional, Andes, Cauca y Antioquia. Desde las organizaciones no gubernamentales: Etnollano y Araracuara con trabajo en los Llanos orientales y la Amazonía; y Prosierra en la Sierra Nevada de Santa Marta. Finalmente, desde los organismos internacionales: el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Ministerio de Salud, 1988).

El CRIC, en la presentación de su experiencia, manifiesta:

Como organización gremial representativa de una etnia, buscamos espacios que nos permitan aprender sobre los temas que nos interesan y donde al mismo tiempo podamos contar nuestras experiencias de trabajo, como ejercicio de confrontación e intercambio (...) las ciencias sociales, miran los sectores populares como objeto de su trabajo, y nosotros, somos a la vez objetos y sujetos de nuestra experiencia en salud (...). El Estado siempre ha creído que los indígenas son incapaces de discutir, planear, y aún hasta de entender sus problemas, el Estado realiza sus programas desconociendo a las comunidades y sus autoridades. La comunidad es considerada entonces, como un mero hueco que debe ser rellenado con programas y no es consultado para nada, y menos darle capacidad para decidir. (CRIC, 1988, págs. 232-233)

La ONIC, en su tercer congreso de junio de 1990, en la comisión de salud y medicina tradicional, afirma que desde la expedición de la Resolución 10013 de 1981 habían pasado nueve años y que su aplicación era muy limitada y debía ajustarse en los siguientes términos:

Creación de un fondo especial para financiar los programas de salud para los indígenas, que esté fiscalizado por la Organización Nacional y las diferentes regionales. Asistencia gratuita y obligatoria en los tres niveles de atención. Tener en cuenta la medicina tradicional para la elaboración de planes y programas de salud en zonas indígenas, reconociendo su trabajo y esfuerzo (...) y [aunque la ley 10 de 1990 estaba recién aprobada] sobre esta manifestaron que no reconocía sus características socio-culturales y que quería individualizar y comercializar los servicios de salud. (ONIC, 1990, pág. 43)

2.2.4 El Convenio 169 de la OIT: de la asimilación al reconocimiento de la identidad étnica y cultural, el territorio y la autonomía

Durante los años 80 se extiende y consolida el movimiento indígena en América Latina a través de diferentes formas organizativas, incluyendo la participación activa de la ONIC y el CRIC, destacándose de manera trascendental el levantamiento indígena del Ecuador en Mayo de 1990, que se prolongó durante más de cuatro meses en una dinámica casi

insurreccional, que puso en tensión tanto a los poderes políticos y económicos nacionales y transnacionales, como a las representaciones de la sociedad ecuatoriana sobre el poder y la magnitud del sujeto político indígena.

Las formas, los métodos y los fines de la movilización, por su contenido filosófico y sociocultural, marcaron en sí mismos una desestabilización política, ideológica y cultural para el Estado y para las formas tradicionales de expresión política de otros sectores de la sociedad, marcadas por el racismo y la exclusión permanente. Los ejes de la movilización indígena ecuatoriana portaban varios ejes de disputa:

(...) afirmación de la identidad étnico cultural, tanto de las distintas nacionalidades y etnias, cuanto del movimiento nacional indio en su conjunto; (...) lucha por la tierra y otras demandas económico-sociales; [lucha por] derechos civiles y políticos y por la participación en el curso histórico, y en la dirección de la sociedad y el poder. (Moreano, 1993, pág. 216)

Lo cual implicaba una profunda crítica al establecimiento y su violencia política, económica y sociocultural, a las reformas neoliberales y al modelo extractivista y depredador del territorio, frente a lo cual emergía no solo una protesta y un rechazo, sino una propuesta alternativa basada en la diversidad. El levantamiento indígena ecuatoriano se convirtió en un hito por su capacidad de afectar los asuntos públicos de referencia mundial (Oliva, 2012).

Con el levantamiento indígena emergió la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador-CONAIE, que además de reflejar el proceso de unidad, indicaba la emergencia política del concepto de *nacionalidades*, que marcará en la región el desafío al concepto hegemónico y homogenizante de Estado-Nación, y que servirá de inspiración y reforzamiento a las luchas identitarias, territoriales y políticas de los Pueblos Indígenas en América Latina. En materia de salud, esto reafirmará la lucha política más allá del reconocimiento de los sistemas propios y la medicina tradicional, por el gobierno de sus propios sistemas en los territorios y por la participación en la definición de las políticas de salud a nivel de los Estados.

A nivel de la institucionalidad internacional, se destaca el surgimiento del Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas en 1982, que se convertirá en un actor clave

en los desarrollos subsiguientes de las políticas internacionales en la materia y en muchos casos en un referente contencioso frente a los gobiernos y sus políticas en materia indígena.

En medio del rechazo de los Pueblos Indígenas al carácter integracionista y al anacronismo del convenio 107 con respecto a otros instrumentos internacionales en materia de derechos humanos, en junio de 1989 se reunió la Conferencia General de la OIT, la cual expidió el convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y tribales en países independientes, incorporado en el marco legal colombiano en marzo de 1991 mediante la Ley 21, en paralelo con las sesiones de la Asamblea Nacional Constituyente Constituyente-ANC.

El Convenio 169 establece una discusión inicial, en la cual plantea que es recomendable actualizar la legislación, de conformidad con los nuevos instrumentos internacionales de derechos humanos y con la evolución de la situación de los Pueblos Indígenas y tribales, a fin de:

Eliminar la orientación hacia la asimilación de las normas anteriores; reconociendo las aspiraciones de esos pueblos 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. (OIT, 1989, pág. 16)

Igualmente, el Convenio busca avanzar en la lucha contra la discriminación, la inequidad y el menoscabo de los Pueblos Indígenas:

(...) [observando] que en muchas partes del mundo esos pueblos no puedan gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población de los Estados en que viven y que sus leyes, valores, costumbres y perspectivas han sufrido a menudo una erosión. (OIT, 1989, pág. 10)

Y finalmente el Convenio 169, reconoce el rol protagónico en términos culturales, sociales, ecológicos y de armonía internacional, cuando resalta: "(...) la particular contribución de los Pueblos Indígenas y tribales a la diversidad cultural, a la armonía social y ecológica de la humanidad y a la cooperación y comprensión internacionales" (OIT, 1989, pág. 1).

Claramente hay una evolución en el marco jurídico internacional que busca abandonar las visiones racistas y consolida la orientación antidiscriminación, ahora reconociendo en el marco de los derechos humanos las aspiraciones de los Pueblos Indígenas a controlar sus instituciones propias y formas de vida en las dimensiones sociocultural y religiosa. Adicionalmente el convenio avanza en identificar la inequidad como fruto de la discriminación, que no permite el disfrute de los derechos humanos y socava las leyes, costumbres y perspectivas de estos pueblos; al tiempo que reconoce su rol en la construcción de la sociedad general, introduciendo un concepto muy importante, más allá de la identidad y la cultura, relacionado con la contribución a la armonía ecológica y a la cooperación internacional.

Con respecto al convenio 107, en el convenio 169 las comunidades indígenas dejan de ser consideradas inferiores o atrasadas y emergen como sujeto de derecho. Así, las políticas para Pueblos Indígenas y tribales transitan desde una visión en función de la inexorabilidad de la asimilación de los Pueblos Indígenas a la sociedad general, hacia una de articulación dinámica basada en la vigencia de los derechos humanos.

Sin embargo, quizá uno de los aspectos más importantes y de mayor poder contencioso con el orden hegemónico global es lo relacionado con la consulta previa, la participación en las decisiones de política y el desarrollo de la institucionalidad propia planteados así:

(...) consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente (...) establecer los medios 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 (...) establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin. (OIT, 1989, pág. 27)

En el caso colombiano, como se observará a lo largo de los diferentes periodos del estudio, estos aspectos serán los de mayor disputa con el régimen político, el cual en medio del racismo estructural y la violencia política intentará permanentemente desconocerlos e

imponer las políticas e instituciones, a partir de ahora, bajo la impronta neoliberal en lo que se podría llamar un integracionismo de mercado.

En materia de salud fija directrices en el sentido de que se amplíen los sistemas de seguridad social de manera progresiva a los pueblos interesados y aplicarse sin discriminación de ningún tipo (Artículo 24); de poner a disposición de dichos pueblos servicios de salud adecuados bajo su responsabilidad (Artículo 25), lo cual nos remite a niveles de poder y participación en el control y administración del sistema de salud en los territorios indígenas:

(...) proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control (...) en la medida de lo posible a nivel comunitario [y] deberán 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. (OIT, 1989, pág. 8)

Finalmente, se resalta la importancia de formar y dar empleo al personal sanitario de la comunidad local, priorizar la atención primaria y la coordinación con otros niveles del sistema de asistencia sanitaria y con otras medidas de tipo social, económica y cultural que se presten en el país. No obstante, como se ha mencionado, para ese momento la Atención Primaria-APS a nivel internacional y en Colombia transitaban hacia el enfoque selectivo que reducía los principios universalistas, integrales y participativos de la APS de Alma-Ata y resultaba funcional a las políticas derivadas del plan de ajuste condensado en el Consenso de Washington de 1989 en materia de disciplina fiscal, reorientación de subsidios, privatización y desregulación económica en pos de favorecer la libre competencia (Martinez & Soto, 2012).

2.2.5 La Ley 10 y el Decreto 1811 de 1990: reconocimiento integracionista y pasos hacia la privatización

La crisis del Sistema Nacional de Salud-SNS, relacionada con la imposibilidad estructural de articular los subsectores públicos, privado y de seguridad social, estaba llegando a los límites, porque el componente privado encontró las condiciones para robustecerse en el

marco de los intereses de las élites políticas y económicas, en un escenario de privatización y apertura global. El Instituto de Seguros Sociales había hecho una reforma en 1977, como respuesta a la huelga médica más grande del país en 1976, que profundizó una estructura desarticulada del SNS y proclive a la corrupción; y el sector público no tuvo el respaldo financiero y técnico suficiente, entrando en un proceso de desmantelamiento con alto impacto en las zonas rurales y los sectores populares urbanos evidenciándose

(...) la fuerza sociopolítica de cada uno de los subsectores que habían crecido en el marco de la lógica del mercado, frente a un Estado clientelista y patrimonialista, al que también convenía la permanencia de estas fracturas de la organización de los servicios de salud (Hernández, 2002, pág. 994).

Esta situación, en el marco de los lineamientos del consenso de Washington, llevó a que se financiara con dinero del Banco Mundial el proyecto “consolidación del sistema nacional de salud” que terminó fundamentando la Ley 10 de 1990, la cual declara la salud como un servicio público gratuito en lo básico para toda la población y en todos los niveles, a cargo de la nación, que será prestado en asocio con los entes territoriales y entidades descentralizadas y con los privados autorizados para ello mediante contrato. La política de salud es definida como de Asistencia Pública, en la medida que lo que está a cargo del Estado es lo relacionado con la atención inicial de urgencias para toda la población y los servicios básicos para aquellos sin capacidad de trabajar, que no tengan los medios de subsistencia y requieran del apoyo de otros. De esta forma se mantiene la fragmentación de la población empobrecida frente a aquella con empleo e ingresos y se habilita una estructura donde el sector privado estará más vinculado a los servicios individuales y de complejidad, mientras el sector público a lo colectivo y lo básico.

El marco de esta norma ha sido de mucha discusión, por cuanto para algunos sectores fue el correlato del proceso de descentralización y democratización en materia de salud, en la medida en que dotó de facultades y presupuesto a los entes territoriales a través de los fondos locales de salud y múltiples instrumentos de gobernabilidad municipal y departamental. Para otros, sin perjuicio de lo anterior, la Ley 10 es el preámbulo de lo que será la constitución de 1991, que toma el concepto de servicio público a cargo del Estado, a prestarse por públicos y privados. El desarrollo de los acontecimientos permite afirmar que la Ley 10 definitivamente abrió el camino a la impronta neoliberal en salud, a alentar la

fuerza privatizadora dentro del sector y a ratificar que el derecho a la salud y en general los derechos de ciudadanía están ligados a la capacidad de pago.⁶⁰

Si bien la Ley 10 acababa de ser aprobada, el III Congreso de la ONIC se pronunciaba preocupada frente “La Ley 10 de 1990 que no reconocía sus características socio-culturales y que quería individualizar y comercializar los servicios de salud” (ONIC, 1990, pág. 43).

Le Ley 10 no alude en ningún caso a las comunidades indígenas ni a los grupos étnicos, pero puede inferirse por sus definiciones que la gratuidad es tal en tanto los indígenas se considerarían personas sin capacidad de trabajar, sin medios de subsistencia, que tienen derecho al apoyo de otros, y que las formas de participación y los modelos especiales de atención consagrados en la Resolución 10013 cabrían dentro del techo general de los principios sobre participación ciudadana y comunitaria:

Artículo 3. (...) b) Participación ciudadana. Es deber de todos los ciudadanos, propender la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y contribuir a la planeación y gestión de los respectivos servicios en salud; c) Participación comunitaria. La comunidad tiene derecho a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud. (Ley 10 , 1990, pág. 3)

No obstante, en agosto de 1990 el Ministerio de Salud expide el decreto 1811, el cual reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990 en materia de servicios de salud para Pueblos Indígenas, reafirmando aspectos centrales de la Resolución 10013, e introduciendo nuevos elementos en la parte considerativa y resolutive.

⁶⁰ La cultura política que sustentaba la fragmentación se inscribía en el derecho a la propiedad, de la cual se derivaban los demás derechos. Quien tenía, obtenía beneficios con base en su capacidad de pago. Quien no tenía, pedía y obtenía algo, gracias a la caridad pública o privada, siempre precaria y caprichosa. Éste no es el sustento de un Estado Social o de Bienestar, como el que se consolidó en algunos países europeos sobre la base de la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales consignados en la Declaración de los Derechos Humanos en 1948. Tampoco se construyó ciudadanía en el desarrollo del SNS, en el sentido de la práctica cotidiana de un sujeto de derechos y deberes en relación con los otros y respecto de un Estado Social de Derecho. En consecuencia, a pesar de que el Estado colombiano suscribió formalmente el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con la Ley 74 de 1969 (Colombia, 1969), tampoco puede decirse, como afirma Sarmiento (1997), que estos derechos “entraron en vigor el 3 de enero de 1976”. (Hernández, 2002, pág. 994).

En la justificación, el Decreto 1811 hace una referencia explícita a la responsabilidad y obligación del Estado derivada de los artículos 1, 3 y 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos referidos a la libertad e igualdad en dignidad y derechos de todos los seres humanos:

(...) no solo en la protección de la vida y de los bienes físicos de estas comunidades, sino en el conjunto de su patrimonio cultural, de lengua, formas de organización social y económicas, tradición mítica y religiosa, técnicas de trabajo, educación y de salud y demás especificaciones, de su modelo de vida. (Decreto 1811, 1990, pág. 1)

Estas alusiones cobran importancia en cuanto de manera evidente se ligan tanto a la eficacia de las acciones de salud en las comunidades indígenas, como a la necesidad de la garantía de derechos.

Este decreto reconoce los saberes de las comunidades indígenas, superando la categorización de “míticos” bajo la categoría de medicina tradicional y le atribuye eficacia tanto en el pasado para la atención de algunas enfermedades a nivel de la sociedad en general, como en el presente para la salud, la vida y el desarrollo de estas comunidades:

(...) dentro del conjunto de los valores de las culturas indígenas, los conocimientos y destrezas propios de su medicina tradicional han hecho aportes de alto interés a la prevención y curación de ciertas enfermedades, y siguen cumpliendo un papel fundamental tanto en la salud de las referidas comunidades como en la supervivencia y el desarrollo de su vida comunitaria. (Decreto 1811, 1990, pág. 1)

En el marco de lo previsto sobre participación en la Ley 10, este decreto subraya la necesidad de “(...) una sólida alianza entre estas últimas [las comunidades indígenas] y la medicina institucional, que promueva y favorezca formas permanentes de diálogo y que apoye la autonomía de las comunidades en el diseño, realización y control de los programas de salud” (Decreto 1811, 1990, pág. 1). Vislumbrándose normativamente en el marco de un modelo integracionista, la emergencia de una noción de alianza que reconoce la existencia de un sujeto con poderes y saberes que deben ser tenidos en cuenta, al menos como estrategia para que el Estado y su sistema de salud puedan acceder a él.

Este escenario es leído por los Pueblos Indígenas como una oportunidad para fortalecer sus exigencias y demandas de reconocimiento y atención gratuita e intercultural. En cualquier caso, es la arena de un sistema de salud fragmentado y debilitado en lo público, el que deberá enfrentar esa nueva etapa de disputa por hacer y gobernar salud en los territorios indígenas.

No obstante, este decreto como política pública de salud indígena queda subordinada a los conceptos de servicio público y gratuidad, lo que significa asimilar a las comunidades indígenas como sujetos sin capacidad de pago.

En términos resolutivos, se observan las siguientes dimensiones:

- **Gobernabilidad y Autoridad en Salud:** los artículos segundo y tercero establecen que las decisiones sobre acciones en salud con comunidades indígenas serán acordadas y aprobadas por sus autoridades, respetándose la lengua y los mecanismos propios de discusión e incluso vinculando la participación de otras comunidades indígenas o personas que sean convocadas. En el Literal d, el Artículo Cuatro establece que la autoridad del cabildo, en conjunto con la autoridad seccional, coordinará la vigilancia y el control de los programas de salud y de los promotores que ejerzan funciones en los territorios.

Con el Decreto 1811 se establece la orientación, por primera vez, para que se desarrolle una institucionalidad específica para la salud de las comunidades indígenas, a través de un grupo de trabajo en el Ministerio de Salud con funciones de coordinación con las direcciones seccionales de salud, asesoría, trabajo intersectorial con la División de Asuntos Indígenas del Ministerio de Gobierno y de dinamización de la difusión de experiencias y promoción de la investigación. A nivel regional, se orienta que en los departamentos y municipios donde haya comunidades indígenas, la dirección seccional y local asigne funciones de coordinación, asesoría, acompañamiento a grupos de trabajo o a funcionarios individuales.

- **Concepto de salud y modelo de atención:** el Artículo Cuarto, prevé que deben diseñarse programas de formación con participación de las comunidades indígenas entre las autoridades territoriales y las escuelas de formación profesional y técnica,

de tal manera de proveer recursos humanos conscientes y adecuados para el trabajo con dichas comunidades.

- **Financiamiento:** en el marco del modelo general, el Decreto 1811 -al igual que la Resolución 10013- establece la gratuidad para los servicios de salud de las comunidades indígenas, pero agrega que puede haber una contraprestación según usos y costumbres que debe ser definida y acordada por la comunidad y su destinación y aplicación debe ser para beneficio y en el escenario de la misma.
- **El personal Indígena:** el artículo quinto refuerza lo previsto en la Resolución 10013, pero va más lejos al señalar que el promotor indígena designado por la comunidad deberá estar financiado por el ente territorial, será el interlocutor con la autoridad sanitaria y sus funciones serán acordados entre la institución y la comunidad. Se reconoce la figura de voluntario para aquellas comunidades muy pequeñas que no justifiquen la presencia de un promotor y se establece que tendrá el mismo papel de este último.

El Decreto 1811 se convierte en el referente de la política pública en salud para comunidades indígenas en Colombia, con un marco conceptual que se inserta en un paradigma que no renuncia a la integración entre comunidades indígenas y sociedad general, pero que abre un lugar para la participación de las autoridades comunitarias en las decisiones que tienen que ver con la salud, y asume que los saberes y prácticas configuran un cuerpo denominado *medicina tradicional*, con niveles de eficacia material y simbólica que debe ser respetado y considerado.

En el discurso estatal, con el Decreto 1811 surge un esbozo de institucionalidad específica, se fortalece la figura del promotor de salud como actor principal de articulación en salud entre Estado y comunidad indígena, y se ratifica una construcción alrededor de la gratuidad que, en todo caso, sigue siendo relacionada con la incapacidad de pago de los indígenas. Así, se abstrae de una comprensión de las formas propias de vida de los Pueblos Indígenas y de una noción de ciudadanía de derechos, y más bien enmarcándose en el concepto de servicio público que, a nombre de la reciprocidad sugerida, insinúa la cofinanciación y la presión velada por el pago de los servicios.

Si bien antes del decreto 1811 ya los Servicios Seccionales de Salud contrataron promotores para trabajar en comunidades indígenas, ahora se oficializaba e impulsaba mucho más la figura, lo cual venía constituyendo un campo de disputa entre los Pueblos Indígenas y la institucionalidad oficial, que al menos comportaba tres dimensiones.

En primer lugar, a diferencia de los Agentes Comunitarios de Salud-ACS, los promotores de salud tenían una relación laboral con el Estado y por tanto una subordinación política, administrativa y técnica. En algunos municipios, los cabildos empezaron a exigir que, de acuerdo con la Resolución 10013, los nombramientos se hicieran de manera concertada y que el promotor fuera indígena, pues en varias partes los Servicios Seccionales de Salud habían nombrado e impuesto a los promotores.

En segundo lugar, la relación laboral e institucional implicaba una restricción en las habilidades a desarrollar y las actividades a realizar en el marco del Sistema Nacional de Salud, el promotor tenía menos capacidad de resolver problemas y mayor limitación para brindar servicios de salud, en la medida en que podía remitir los enfermos a niveles superiores de complejidad; mientras que los ACS, como se ha planteado, habían ganado mayores habilidades y se desempeñaban en más tareas, como la atención del parto, manejo de medicamentos naturales y occidentales, y práctica de procedimientos quirúrgicos básicos. Aunque el promotor podía conocer la medicina tradicional, estaba menos preparado y obligado a favorecer la articulación intercultural que el ACS:

(...) Sí se pierde [la articulación con la medicina tradicional] porque ellos empezaron a hacer más un trabajo orientado desde la salud occidental y ya cumplían era unas actividades que estaban vigiladas por los jefes del hospital. A Ellos ya no los dejaban [hacer procedimientos], eran limitados. (Rivera, 2019, pág. 4)

En tercer lugar, el ACS era un líder de las luchas indígenas mientras que el promotor era un agente del Estado con limitación contractual y política para participar en dichos procesos, que en algunos casos lograba equilibrar su rol con las exigencias comunitarias y en otros podía verse como un contrario a los intereses y dinámicas indígenas: “(...) ellos [los promotores] ya no acompañaban a los trabajos comunitarios, ni las reuniones, a nada” (Rivera, 2019, pág. 4).

Alcibiades Escué resume así la transformación de Agente Comunitario a Promotor:

(...) se pierde el sentido de servicio y de voluntariado, porque luego los agentes que definía y controlaba el cabildo pasan por situaciones financieras a ser controlados por los médicos o los hospitales, entonces podríamos decir que estratégicamente es bueno por cobertura y malo porque no hay control, se pasa de ser un voluntario a ser un funcionario (...) [La capacidad resolutive] se perdió porque los promotores ya tienen unas funciones exclusivas, o sea quedan totalmente condicionados al plan que tenga el hospital y que ponga la Secretaría de Salud. Es decir, hay una etapa de auge de los promotores, la segunda etapa es de declive, podríamos decir que hay un personal que jugaría un papel meramente técnico, entonces queda como un personal más de la salud. (Escué , 2018, pág. 4)

Todo lo anterior construyó alrededor del personal de salud de base comunitaria un eje estructurante y estructurado de la disputa política entre Pueblos Indígenas y Estado, a lo largo de estos años y del resto de periodos estudiados, que va dando cuenta de los impactos del integracionismo para el desarrollo y su transición al integracionismo vía mercado de los años 90, en los ámbitos de los poderes y saberes en juego en cada periodo.

Sobre la producción del Decreto 1811, al igual que la resolución 10013, no se encuentra una relación directa entre movilización y participación indígena; tampoco de diálogos y concertación, no obstante el alto protagonismo social y político de los Pueblos Indígenas para la época, con lo que se evidencia el talante integracionista y excluyente que produce políticas para otros sin los otros. Con esto se deposita la confianza en los poderes y saberes instituidos de investigadores, organizaciones no gubernamentales y funcionarios que *saben mucho* de los Pueblos Indígenas, incluido el Ministro de Salud, Eduardo Díaz Uribe, suscriptor del Decreto, quien durante los años 80 fuera director del Plan Nacional de Rehabilitación-PNR con importante presencia en las zonas de violencia y los territorios indígenas.

En todo caso, es indudable que los participantes y las conclusiones del Seminario Taller Nacional sobre capacitación de promotores indígenas de salud de 1987, comentado más

arriba, y los contenidos del Convenio 169⁶¹, tuvieron influencia en la estructuración del Decreto 1811.

2.3 El balance: la emergencia del sujeto político indígena

Se ha visto cómo el régimen político, entre 1971 y 1990, ha transitado en medio de ajustes que no lograron terminar con el Frente Nacional, en tanto sinónimo de exclusión y violencia política; pero que aún con contradicciones alrededor del proceso de modernización, pasó de un intento de Estado de bienestar, reforma agraria, industrialización y sustitución de importaciones a uno de inserción preliminar en la economía de mercado que implicaba la apertura económica, la reducción de la industria, la contrarreforma agraria, el debilitamiento de la institucionalidad del Estado, la privatización y la focalización de la política social. Todo esto en medio de una fuerte penetración política y económica del narcotráfico y del desarrollo e intensificación del conflicto armado.

En este mismo periodo ha emergido el sujeto político indígena encarnado en el CRIC en 1971, y progresivamente y de manera heterogénea, en múltiples procesos organizativos regionales con expresiones nacionales en la ONIC y AICO. A través de la movilización, la resistencia, el diálogo y la negociación permanente, estas organizaciones se han posicionado como protagonistas de la arena socio política colombiana, desde una perspectiva ideológica y sociocultural propia y desafiante del orden racializado y todavía colonial, presente en las entrañas del régimen del régimen político y la sociedad general, que apenas transitó de un integracionismo casi asimilacionista a uno inacabado de corte desarrollista.

La represión contras las luchas indígenas en el período 1974-1990 completó 3.433 hechos de violencia entre asesinatos, detenciones ilegales, tortura, heridos, desapariciones forzadas y amenazas individuales, la mayor parte de los cuales fueron asesinatos en el Cauca. Se trató de un patrón que pasó de la violencia terrateniente en los primeros años a

⁶¹ Si bien todavía no había entrado en vigencia, ni había sido ratificado en Colombia, la influencia de los Pueblos Indígenas y de los sectores de apoyo desde las ciencias sociales en su configuración, ya estaban difundiendo sus contenidos.

la del Estado a partir del gobierno Turbay; y en los 80 se complementó con la de las guerrillas, los paramilitares y el narcotráfico (Villa & Houghton, 2005). Con lo que el sujeto político de ser una amenaza para el poder sobre la tierra, pasó a ser enfrentado como peligro integral para el Estado y para las insurgencias y otros grupos ilegales, en la disputa por la defensa de un proyecto propio que implica autonomía y autodeterminación territorial (Villa & Houghton, 2005, pág. 88).

La plataforma política indígena que se ha configurado, de manera general, gira alrededor de la unidad, el territorio, la cultura y la autonomía, proyectando un discurso sobre la necesidad de construir desde lo colectivo el proceso político como garantía de legitimidad, fuerza y efectividad; al tiempo que se ha logrado estructurar alrededor de la lucha por la tierra todo un proceso de recuperación y creación cultural ligado indisolublemente a gobernar con pensamiento propio las relaciones económicas, la educación, la medicina tradicional y la salud.

En este escenario los primeros pasos de la construcción de la política indígena de salud se forjaron en medio de la resistencia y la creación de alternativas alrededor de la recuperación de la tierra, la defensa de la vida y la medicina tradicional, mientras que la política de salud indígena del Estado surge como herramienta de legitimación de un orden violento, discriminatorio y en crisis permanente.

En sus primeros congresos, el CRIC reconoce y orienta el fortalecimiento de la medicina tradicional desde el Programa de Educación, y poco a poco, a partir de la necesidad de resolver problemas básicos de salud ligados a las luchas y la gobernabilidad de los territorios, se van generando primero botiquines comunitarios y luego en 1981 crea el Programa de Salud. Este programa se convierte en la primera institución propia para gobernar la salud a través del fortalecimiento organizativo, las relaciones contenciosas con el Estado para exigir cobertura y acceso a servicios de salud gratuitos, sin discriminación y en concertación con las autoridades y el desarrollo de una red autónoma de atención intercultural en salud con personal propio, denominado Agente Comunitario y Centros Comunitarios de Salud. En 1986 nace el Programa de Salud en la ONIC y terminado el periodo, en la mayoría de sus regionales hay procesos contenciosos diferenciados basados en la medicina tradicional y en la demanda de servicios. Para 1990 el Programa de Salud

del CRIC es el referente de diálogo y negociación con el Estado a nivel departamental y en varios escenarios a nivel nacional.

En el contexto de la crisis global de los regímenes de bienestar, el Estado transitó de un Sistema Nacional de Salud fragmentado entre salud para pobres rurales y urbanos (con progresiva pero insuficiente cobertura), seguridad social y sector privado con un modelo centrado en la enfermedad y estrategias de atención primaria preventivistas hacia el inicio de su desmonte a través de la Ley 10 del 90. Con esta ley se inicia la descentralización y la privatización, bajo el precepto de la salud como servicio público vinculado a la capacidad de pago, en el marco de la nueva versión selectiva y focalizada de la atención primaria y de los planes de ajuste derivados del consenso de Washington de la agenda neoliberal.

En este contexto, el Estado expide el primer instrumento de política pública en salud para indígenas, la Resolución 10013, preparada desde los “expertos” académicos e institucionales, que representa la perspectiva integracionista y desarrollista del momento, en un ejercicio de poder y saber frente a la otredad. Durante nueve años la 10013 marca las relaciones entre Estado y Pueblos Indígenas en salud, alrededor de encontrar estrategias para que los indígenas no rechacen los servicios de salud, incluido nombrar promotores de salud indígenas que actúen como puentes entre la institucionalidad y las comunidades; y cuyo rol estará en tensión política y cultural, en relación con los Agentes Comunitarios de Salud del CRIC, por su subordinación institucional.

En 1990, en el marco de la Ley 10 se expide el decreto 1811, también preparado por expertos, sin participación de los Pueblos Indígenas, que se mantiene en una lógica integracionista y abre las puertas a la privatización por la vía de concebir la gratuidad por la denominada incapacidad de pago y establecer la cofinanciación comunitaria de los servicios. Ambas normas nacen, en todo caso, en el contexto de la presión y la emergencia del sujeto político indígena, aunque el establecimiento aún no se ve obligado, ni considera necesario construir las políticas de salud bajo procesos de consulta y concertación, pues suponía que bastaba la perspectiva de académicos, funcionarios y organizaciones no gubernamentales con experiencia en territorios indígenas.

Queda pues instalada una arena de lucha social y política alrededor de la salud, que parte de la configuración de un sujeto político con una fuerte expresión regional y nacional y están puestas todas las expectativas en el proceso constituyente en marcha.

3 Los Pueblos Indígenas y la salud en el proceso constituyente.

“El día de la instalación de la Asamblea Nacional Constituyente, Lorenzo Muelas pronunció un discurso que para sus 71 compañeros, y para la gran mayoría del país, que seguía el hecho por la televisión, resultó ininteligible. Cuando terminó su perorata, pronunciada en su lengua nativa, ya en español, les manifestó a sus confundidos condiscípulos: ‘¿Ven?, ustedes no entienden el lenguaje de mi comunidad, esa es la diferencia entre ustedes y nosotros’.”⁶²

En este capítulo se busca dar cuenta de las dinámicas contenciosas que determinaron el proceso constituyente, las principales discusiones durante la Asamblea Nacional Constituyente-ANC, y las implicaciones de la Nueva Constitución en tanto pacto político focalizando la mirada en la participación de los Pueblos Indígenas como sujeto político y en los términos y alcances que quedaron contenidas las disputas sobre la cuestión indígena, la salud en general y la salud indígena.

En la primera sección se aborda el proceso inmediatamente previo a la Asamblea Nacional Constituyente-ANC (1990), destacando las dinámicas que determinaron el proceso constituyente y el papel del movimiento indígena en el mismo. En la segunda sección se analizan los principales debates durante la ANC y el articulado final sobre la cuestión indígena, con especial énfasis en las posturas de los constituyentes indígenas y sus aliados. Y en la tercera sección se presentan las discusiones y resultados en materia de salud. Finalmente se hace un balance sobre los aspectos centrales que determinarán los

⁶² “Muelas. Ese diminuto personaje que asistía a las sesiones de la asamblea, imperturbable con su característico anaco, fue quizás el primer representante descollante de un poder que comenzó a despuntar en el país durante la década pasada. El indiscutible surgimiento de individualidades de procedencia aborígen parece responder, en opinión del sociólogo Fernando Uricoechea, ‘a una ruptura del orden tradicional de las comunidades que mantenía el aislamiento, y a un ambiente tolerante y de apertura nacional que demanda voceros y líderes de estos sectores para que transformen sus realidades particulares’. Con la Constitución de 1991 cerca del millón de indígenas colombianos empezó a ver reivindicaciones en sus derechos sociales, políticos, económicos y jurídicos. La ley no sólo les reservó tres curules en el Congreso mediante circunscripción especial, sino que también se preocupó por proteger sus fueros culturales, territoriales y lingüísticos (El País, 2002, pág. 1B).” Lectura en los medios oficiales de prensa 9 años después de la constituyente que ratifica la visión de la otredad, siempre diferenciada con respecto a un orden establecido y naturalizado, incluyendo lo colectivo como aislado e intolerante y lo individual como tolerancia y apertura. Es frecuente hablar del indio, luego de la constituyente y entre otros tantos no se cita a Quintín Lame que ya antes había retumbado en toda Colombia durante el siglo XX.

alcances, límites y posibilidades para la configuración de las políticas de salud y de salud indígena.

3.1 Los Pueblos Indígenas en el proceso preconstituyente

Arribando a los años 90, el régimen político no lograba los niveles suficientes de legitimidad y maniobra para transitar dentro de la agenda neoliberal. No obstante, había la apertura política mediante la elección popular de autoridades locales, el curso de nuevos procesos de paz con el M-19, el Partido Revolucionario de los Trabajadores-PRT, el Ejército Popular de Liberación-EPL y el Quintín Lame; luego del fracaso con las FARC-EP y los intentos de desmontar el paramilitarismo y enfrentar el narcotráfico. Al contrario, la violencia política se había extendido y fragmentado, y además de los miles de víctimas durante el gobierno Barco, el magnicidio había tomado un lugar preponderante⁶³ (Archila Neira, 2018).

En este contexto, diferentes sectores de la sociedad, con el protagonismo de los estudiantes, empezaron a buscar alternativas civilistas para darle salida a la crisis en la perspectiva de construir un nuevo pacto social y político que se convirtió en el movimiento de la *Séptima Papeleta*⁶⁴. El cual logró que con el concurso creciente de múltiples fuerzas de la sociedad, incluido el movimiento indígena, se votara en las elecciones parlamentarias y locales de marzo de 1990 sobre la convocatoria a un proceso constituyente.

La Registraduría no contabilizó los votos porque estaba por fuera de su mandato; sin embargo, el movimiento alcanzó a monitorear el depósito de alrededor de 1'342.000 votos, lo que se convirtió en un hecho político reconocido por la Corte Suprema de Justicia como un mandato popular que llevó al presidente Barco, mediante decreto, a consultar a los votantes en las presidenciales de mayo sobre si estaba de acuerdo con la convocatoria de una ANC.

⁶³ Rodrigo Lara Bonilla en 1984 (Ministro de Estado); Jaime Pardo Leal en 1987 (excandidato presidencial); Luis Carlos Galán en 1989, y Bernardo Jaramillo y Carlos Pizarro en 1990 (candidatos presidenciales).

⁶⁴ En la marcha del silencio, luego del asesinato de Luis Carlos Galán en agosto de 1989, se acordó crear un movimiento para salvar a Colombia, con protagonismo de los estudiantes y de ahí surgió un movimiento para un plebiscito por una nueva Constitución, que finalmente en octubre proclamó la iniciativa de la séptima papeleta, luego de un proceso de convergencias y recolección de firmas en octubre (Hacemos memoria, 2016).

Cesar Gaviria, del Partido Liberal y comprometido con los procesos de apertura, privatización y reforma del Estado en la perspectiva de la agenda neoliberal, ganó las elecciones de mayo, en las que se obtuvieron cerca de 4 millones a favor de la ANC, y con este mandato la convocó para el 9 de diciembre de 1990.

En esta sección se analizarán algunos hechos ocurridos durante el proceso preconstituyente, desde los cuales el sujeto político indígena participó en la disputa por las reglas de juego que aseguraran su participación efectiva y la inclusión de su plataforma política en la ANC, destacándose: el tercer congreso de la ONIC; el congreso preconstituyente; las elecciones de los constituyentes, incluidos los dos delegados indígenas; y la celebración del acuerdo entre el gobierno y el Quintín Lame. Este último fue un hecho que, en paralelo, contribuía a la apuesta por la paz, a la ratificación del deslinde entre el movimiento indígena y la lucha armada y a fortalecer su participación en la estructuración del nuevo pacto político.

3.1.1 El III Congreso de la ONIC de junio de 1990: una plataforma indígena constituyente

Entre el 25 y 30 de junio de 1990 se realizó el Tercer Congreso de la ONIC en Bosa-Cundinamarca, con la participación de 85 Pueblos Indígenas que hacían parte de 34 organizaciones regionales y locales afiliadas a la ONIC (Eusse, 2013). Un mes después de las elecciones presidenciales y de la aprobación de la consulta para la celebración de una ANC, la ONIC ya posicionaba, como temas centrales del evento, la discusión sobre los mecanismos para lograr la participación indígena en la ANC y los contenidos políticos que deberían incorporarse en la Nueva Constitución Política-NCP.

En las conclusiones de dicho evento se resalta en términos de la política general que:

(...) somos conscientes de la necesidad de un cambio real y de fondo en la política y las instituciones de este país, que conlleven un cambio en la vida democrática. Creemos que un paso en ese camino es la realización de una Asamblea Nacional Constituyente popular y soberana. (ONIC, 1990a, pág. 183)

Con lo que se ratifica que el sujeto político indígena comprende y asume no solo el cambio frente al campo indígena, sino que para ello es necesario un cambio general del Estado, y para ello debe involucrarse en la discusión sobre la conformación de la ANC y en los temas que deben ser tratados.

(...) rechazan el planteamiento de Cesar Gaviria sobre un número de 50 integrantes, planteando que deben ser más, pero sobre todo que la manera cómo deben ser elegidos debe ser distinta, por cuanto el alto nivel de abstencionismo llevaría a que sí solo fuera por elección directa, nuevamente llegarían a la Constituyente los políticos que son elegidos por el 30% de la población que siempre vota. A cambio proponen que solo el 30% de los constituyentes sean elegidos por elección popular y que el 70% sea por representación directa de los sectores sociales. (ONIC, 1990a, pág. 183)

Con lo que en términos particulares refleja la preocupación por asegurar su participación por mecanismos distintos a la elección directa y de esta forma no ser víctimas de la exclusión que implica el sistema electoral colombiano. Esta era una situación que preocupaba en general a todos los sectores alternativos que aspiraban a ser elegidos, ya que no hacían parte del aparato político que tradicionalmente se hacía a los votos en el país. En esa dirección es que proclaman:

Así los Pueblos Indios, que debemos ser uno de los sectores con participación en la ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE elegimos en nuestro III Congreso Nacional como máximo evento, diez (10) Compañeros para que nos representen en el Congreso Pro-Constituyente⁶⁵ y en la Asamblea Nacional Constituyente. (ONIC, 1990a, pág. 184)

En relación con los contenidos, se definieron 8 ejes a defender en la ANC, los cuales recogían de manera tácita y explícita los acumulados de la política indígena en salud y los derroteros de la misma para los próximos años:

- **Lo Multiétnico, lo Pluricultural y la salud:** “Que se declare el carácter Multiétnico y Pluricultural del Pueblo Colombiano” (ONIC, 1990a, pág. 184). Esta declaración implicaría que la visión de la salud, la enfermedad y las medicinas (saberes y prácticas)

⁶⁵ Instancia creada durante el proceso preconstituyente con participación de diversos sectores y fuerzas sociales para incidir en los términos, reglas de juego y alcances de la ANC.

que las abordan son expresiones paradigmáticas de los sistemas de conocimiento y de la configuración socioeconómica, cultural e histórica de una sociedad. En ese marco, la medicina occidental, constituida como hegemónica en el país, no sería la única legal y legítima, sino que en el contexto de tal diversidad étnica y cultural, habría otras medicinas y otras lecturas de la salud y la enfermedad. Por tanto, habría que reconocer y fortalecer los saberes y prácticas propios de los Pueblos Indígenas en el marco de una disputa política e ideológica frente a los saberes y poderes hegemónicos en la materia y en el ordenamiento social; para lograr que tal reconocimiento sea vinculante y no solamente formal, complementario o accesorio dentro del sistema o los sistemas de salud del país.

- **La obligación del Estado de proteger la cultura, la medicina tradicional y la educación:** “Que el Estado garantice la conservación y desarrollo de nuestras culturas, el respeto a la medicina tradicional y a nuestros programas de educación” (ONIC, 1990a, pág. 184). El cuerpo de saberes y prácticas que se denomina medicina tradicional hace parte de todo el sistema de representación y reproducción del mundo; que además, al ser reconocido legalmente, debe garantizarse su conservación y desarrollo por parte del Estado. En este punto se ratifica la postura política indígena, que asume como derecho todo aquello que específicamente demandan los Pueblos Indígenas; y como deber del Estado garantizarlo en el máximo estatus de legalidad, que sería la Constitución Política.
- **La lengua, el idioma y la salud:** “Que se reconozcan nuestras lenguas como idiomas oficiales del Estado y que en los territorios donde haya indígenas sea obligatorio aceptar y usar nuestra lengua, además del castellano, como también en los tribunales, establecimientos, documentos públicos y centros educativos” (ONIC, 1990a, pág. 184). Los saberes y prácticas en salud se pueden recuperar, desarrollar y potenciar casi que exclusivamente en la propia lengua y en caso de ser aceptado en el propio idioma. Una adecuada prestación de servicios de salud oficiales desde la medicina occidental debe pasar por la interpretación y traducción -en doble vía- con los idiomas de los Pueblos Indígenas. Finalmente, para asegurar la igualdad y la simetría de poderes y saberes en la discusión política y el ejercicio de las funciones públicas en relación con todo lo indígena, incluida la salud, se debe contar con procesos de interpretación y traducción.

- ***El ejercicio del gobierno con autonomía en los territorios y la salud:***

Que se consagre nuestra plena autonomía político-administrativa y territorial, el respeto a las Autoridades Tradicionales y Cabildos Indígenas y el derecho a constituir unidades político-administrativas autónomas, separadas del régimen municipal, departamental, intendencial y comisarial. Estas unidades especiales se podrán establecer en los territorios indígenas y tendrán autoridad propia, sobre los recursos naturales y presupuesto propio. (ONIC, 1990a, pág. 184)

Esta dimensión recoge la existencia de formas de gobierno propio, expresadas bajo la figura del Cabildo, pero avanza en exigir que se incorpore a nivel constitucional, bajo el concepto de “gobierno”, ligado al concepto de autonomía en lo político, lo administrativo y lo territorial. Lo cual implica que se respete el papel y la figura ya no solo de los cabildos indígenas sino del conjunto de las *autoridades tradicionales*, que en algunos pueblos incluye a los médicos tradicionales. También implica tener independencia del régimen territorial, buscando la limitación o la desaparición de la injerencia de los poderes municipales, departamentales, intendenciales y comisariales, ya establecida desde la ley 89 y desarrollada en normas posteriores bajo la figura de unidades especiales político administrativas autónomas.

Este concepto de *autoridades tradicionales* buscar recuperar las formas de gobierno construidas en contienda con el régimen de cabildos creado por la corona española y refrendado por la Ley 89, que están referidas a una especie de red material e inmaterial de sujetos en red que gobiernan el territorio, y que ligan a la comunidad con éste y con las autoridades espirituales, de acuerdo con la Ley de Origen.

En este punto debe subrayarse que el médico tradicional, que en cada pueblo adquiere una denominación diferente con significados y competencias distintas, tiene en común que más allá del “equivalente” de ser el sanador o quien cura, es fundamentalmente una autoridad, parte de una autoridad colectiva que, como se ha visto, tiene competencias integrales en la vida material y espiritual de los individuos, las familias, las comunidades, el territorio y las otras autoridades.

Por esta vía, se pone en escena una tensión complementaria, relacionada con el verdadero alcance y rol de la *medicina tradicional* y de sus *agentes* dentro de cada pueblo indígena,

por cuanto no es el *colega intercultural* de los médicos occidentales, sino alguien con una significación y jerarquía distinta al interior de cada sociedad:

(...) se va develando cómo la llamada medicina tradicional nasa no existe en dicha perspectiva-análoga a la biomedicina-; ella se haya diluida en la etnicidad, por ello no es posible afirmar que es tan solo el conjunto de terapias, prácticas médicas, sistemas clasificatorios y pensamientos o concepciones filosóficas, ya que también se encuentra contenida dentro de un sistema mayor que solo puede comprenderse dentro de su proyecto de etnicidad. (Portela Guarín & Portela García, 2018, pág. 21)

Esta tensión genera varios conflictos, porque en la vía integracionista y de aculturación del Estado se pretende equiparar al médico tradicional con el personal de salud occidental, y cuando se ponen sobre la mesa las propuestas indígenas existe una especie de fragmentación, ya que para poder negociar y manejar un código común se acepta provisionalmente que fortalecer la medicina tradicional es una acción que va dirigida solo a fortalecer formas de atención propia; cuando en el fondo los Pueblos Indígenas lo que están recuperando y reconstruyendo es un fortalecimiento integral de su cultura, autonomía y territorio en el marco de la unidad.

En conclusión, se puede afirmar que la aspiración en materia de gobierno y autonomía implica el manejo autónomo del territorio y del proyecto cultural, incluido lo referido a la medicina tradicional, que tiene una cara que dialoga provisionalmente con lo curativo, en una dimensión distinta que es la armonización y el equilibrio⁶⁶, pero que va más allá, y supone el ejercicio y la competencia de la autoridad espiritual, bajo las concepciones de cada pueblo.

⁶⁶ “El estado más visible al exteriorizarse en el cuerpo humano es el de desarmonía, y aparece como respuesta a las acciones que los comuneros realizan por fuera de las recomendaciones de la cosmovisión; esta última puede ser entendida como una ética que regula las relaciones de los individuos entre ellos, el medio y el mundo exterior, con el fin de garantizar la permanencia en la sociedad. La desarmonía incluye un inmenso campo semántico asociado a una gran complejidad sociocultural que desde el castellano corrientemente se le ha simplificado con el nombre de enfermedad, mientras que el ámbito de las prácticas asociadas para restaurar la armonía se le ha nominado como ‘medicina tradicional nasa’, en analogía con el sistema médico no indígena” (Portela Guarín & Portela García, 2018, pág. 21).

- **Propiedad y apropiación de los territorios tradicionales:** “Que se reconozcan a los pueblos Indios como plenos propietarios de sus territorios tradicionales o de resguardos, del suelo, subsuelo y demás recursos naturales y que ese territorio no pueda ser dividido” (ONIC, 1990a, pág. 184). En este punto, los Pueblos Indígenas buscan elevar a rango constitucional lo que hasta ahora ha sido parcial y formalmente reconocido por la Ley. Su visión les lleva a plantear incluso la propiedad sobre el subsuelo, lo cual será materia de gran discusión durante la constituyente y hasta la actualidad, pero representa una vocación de apropiación no fragmentada del territorio, lo cual en salud implica que la relación con los recursos naturales permita tener la posibilidad de proteger y conservar, y así mismo disponer de aquellos medios de uso tradicional para armonizar la vida y el territorio, entiéndase las plantas, pero también el poder tener gobernabilidad sobre el agua y todo lo que ella significa en términos de vida material y simbólica. Todo esto, de manera implícita, está alimentado por una concepción integral del territorio y del ser humano, de sus desequilibrios y de la forma de restablecerlos y, por esta vía, de restaurar la salud. En la misma lógica, reafirmar la propiedad colectiva e integral sobre el territorio, y la apropiación individual (el uso y el relacionamiento para la vida de la tierra y el territorio), solo es una forma de lucha por la pervivencia social y cultural de los Pueblos Indígenas, pero también de desestabilizar el mito de la propiedad privada e individual como inexorable.
- **Participación político electoral:** “Que se garantice a los indígenas representación en los cuerpos colegiados por medio de una Circunscripción Electoral Especial, y que para ser elegido en ella solo sea necesario ser indígena ciudadano en el ejercicio” (ONIC, 1990a, pág. 184). Este es quizá uno de los aspectos de mayor importancia para la construcción del sujeto político, que ha configurado una fuerza social organizada a nivel nacional y regional, que asume en su relación con el Estado que la ciudadanía plena no será hasta cuando no se logre el derecho a elegir y ser elegido, en razón ya no de una ciudadanía política abstracta e invisibilizada, sino plenamente reconocida como sujeto político con identidad propia que debe y puede participar en el mundo político, no solo para representarse sino para intervenir en el debate de lo que afecta tanto a indígenas como no indígenas. Esto en materia de salud significa que se habilite el derecho a participar electoralmente dentro de una circunscripción especial para tener la posibilidad de definir la política de salud para los Pueblos Indígenas y también para toda la nación.

- **Hacia una gestión pública intercultural en salud:** “Que se establezca una participación directa de los indígenas en todas las juntas directivas de institutos descentralizados y entidades públicas, cuya actividad incida en los pueblos indios” (ONIC, 1990a, pág. 184). En un claro convencimiento de que se hace parte de una nación pluriétnica y multicultural, y que se accede a las esferas del poder público al interior del Estado, ya no solo hay una visión de participar en el legislativo, sino dentro del poder ejecutivo, en particular en aquellas instancias donde se tomen decisiones que les afecten. En dicho momento político, en materia de salud implicaría ir más allá de lo propuesto en la Resolución 10013 y en el Decreto 1811, pues no solo estarían llamados a participar y a ser consultados, sino a dirigir las políticas de salud al interior de los gobiernos, de las entidades territoriales y dentro de las entidades sectoriales de salud; más allá de las precarias figuras de grupos funcionales o funcionarios a cargo de la salud indígena en las instituciones de salud, es decir, gobernar hacia adentro y gobernar con otros desde fuera.
- **Los tributos y la salud:** “Que se establezca que los Pueblos Indígenas no pueden ser objeto de ningún tipo de impuesto o contribución” (ONIC, 1990a, pág. 185). El no tributo viene desde tiempos coloniales pero en el marco del ordenamiento de un Estado y de una sociedad capitalista de las postrimerías del siglo XX, esta ratificación busca pasar de la visión que veía el atraso y la no productividad en lo indígena -y por tanto necesitado de exenciones-, a una en la cual las formas colectivas de apropiación de la tierra y el territorio que circulan de manera distinta frente al mercado, deben ser estimuladas como formas culturales y materiales alternativas de vida.

No es ya la discriminación, sino el reconocimiento del aporte a la vida económica de la nación por medio de la protección territorial y la pervivencia de las diversidades lo que lleva a no exigir tributos y, al contrario, de manera recíproca a invertir los recursos públicos necesarios para que estos pueblos puedan reproducirse y contribuir a la economía de la nación por la vía de los aportes materiales e inmateriales desde el punto de vista cultural. Esto en materia de salud significa que el financiamiento estatal no puede considerar la gratuidad una incapacidad de pago, como lo considera la Ley 10 de 1990 y el Decreto 1811 del mismo año; sino una condición diferencial que, en vez de

pobreza, representa una forma de ser y vivir propia y distinta a la hegemónica, que basa sus relaciones, y por lo tanto la ciudadanía, en la propiedad privada y la producción de ingresos monetarios.

En síntesis, el movimiento indígena configura una plataforma coherente con toda su trayectoria histórica y se lanza con propuestas, y con soporte en la movilización social, a participar dentro de la Asamblea Nacional Constituyente, con la consigna de mantener, profundizar, replantear y ampliar lo alcanzando en términos legales en toda su historia y en aportar decididamente en la forja general del nuevo pacto político. Para ello determinan que, bajo cualquier escenario, la iniciativa sobre *lo indígena* debía ser presentada por los mismos indígenas, para lo cual habría que luchar por la mejor representación posible en la ANC.

El III Congreso designó a Francisco Rojas Birry para que liderara la lista denominada “Constituyentes para una nueva Colombia”⁶⁷ y con los equipos de trabajo estructuraron dos propuestas reformatorias que sirvieron de base para la posterior elaboración de proyectos en el marco de la constituyente. En el primero, “La Colombia que queremos”, se expuso el ideario del movimiento indígena acerca de la reivindicación de sus derechos y de la formación de un verdadero Estado de Derecho, democrático, participativo, pluralista, justo, en paz y respetuoso de los derechos individuales y colectivos:

1. Queremos una patria habitada por seres humanos, que respeten la diferencia, que tengan la tolerancia como su norte, que dialoguen y resuelvan sus conflictos pacíficamente;
2. Queremos una nación que se reconozca rica y variada como es;
3. Queremos una patria para todos;
4. Queremos en Colombia un nuevo mapa vital que reconozca las regiones y los grupos étnicos;
5. Queremos una Colombia que viva en armonía con la naturaleza y que pueda respirar un aire puro;
6. Queremos una Colombia en donde la pena de muerte y la impunidad no sustituyan una correcta aplicación de justicia. (ONIC, 2013d, págs. 303-305)

El segundo proyecto se denominó “Tierra, autonomía y cultura”, y se centró en el reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural del pueblo colombiano; y en las

⁶⁷ La que fue la lista No. 118, encabezada por Francisco Rojas Birry y compuesta en su orden por Jesús Avirama, Gabriel Muyuy, Gustavo Valbuena, José Domingo Caldon, Fabio Larrarte, Simón Valencia, Teresa Álvarez, Marcedonio Gómez y Leonidas Estrada (ONIC, 2013d, p. 280).

demandas de reconocimiento de los Pueblos Indígenas: la consagración del principio de autonomía, la autodeterminación de los pueblos y el carácter colectivo de la propiedad de los territorios indígenas, con el fin de hacer respetar sus propias formas de gobierno, tradiciones, usos, costumbres y prácticas:

Estas propuestas constituyeron un importante avance en la lucha de la ONIC, porque lograron que nuestra diferencia cultural fuese recibida, entendida y transmitida, para participar institucionalmente con base en el principio de diversidad, bajo los argumentos del pluralismo jurídico, a partir de la apropiación de las prácticas y el lenguaje de la 'sociedad mayor'. Esto significa el reconocimiento del derecho colectivo a ejercer nuestra identidad étnica, a preservar y enriquecer nuestras diferencias culturales y llevar adelante el desarrollo cultural, que nos es propio. (ONIC, 2013h, pág. 189)

Las propuestas referidas a los derechos de los Pueblos Indígenas fueron retomadas de las conclusiones del Tercer Congreso de la ONIC, enriquecidas con los análisis y conclusiones que se dieron en la Mesa de Trabajo también de la ONIC y en la Subcomisión de Igualdad y Carácter Multiétnico de la Comisión Preparatoria sobre Derechos Humanos, realizada entre septiembre y octubre de 1990. En esta última hubo participación de diferentes instituciones del Estado que venían desarrollando programas con comunidades indígenas, antropólogos, abogados y otros profesionales; también contaron con las propuestas de organizaciones regionales y comunidades que estuvieron apoyando todo el proceso (ONIC, 1990a).

Las propuestas sobre medio ambiente, derechos de la mujer y de los sectores campesinos y urbanos también fueron elaborados a partir de las conclusiones de la Mesa de Trabajo y de las Comisiones Preparatorias, en coordinación con las organizaciones representativas de cada sector (ONIC, 2013e).

En términos organizativos, la ONIC lanza una campaña de discusión regional y local a través de comités "pro-constituyente", buscando el mayor involucramiento posible de las comunidades y recoger al máximo las propuestas e iniciativas desde lo local. Igualmente, definieron participar como Movimiento Nacional en el Congreso Pro-constituyente que se llevó a cabo en Bogotá entre los días 14 y 15 de julio de 1990 y también en los cabildos abiertos que se realizaron en diferentes ciudades del país (ONIC, 1990a).

3.1.2 El Congreso Pro-constituyente y el decreto de convocatoria: Los límites para el nuevo pacto político

A principios de junio de 1990, el recién electo presidente Cesar Gaviria se reunió con los ex precandidatos de su partido para proponerles la forma como se convocaría a la Asamblea, que más adelante desembocaría en el Decreto 1926. En dicha reunión se manifestó que se nombraría un equipo de juristas para que ayudara a diseñar el temario de la Asamblea. Así que los temas no serían propuestos libremente por el pueblo, sino por el gobierno (Mestizo Castillo, 2012).

Ante lo mencionado, algunas fuerzas demócratas promovieron un movimiento político a favor de una Asamblea Constituyente, en oposición a la propuesta que estaba liderando Cesar Gaviria. Estos se unieron en el Comité Nacional Pro-Constituyente⁶⁸ y convocaron a la celebración de un Congreso Pre-Constituyente los días 14 y 15 de julio de 1990: “Este Comité veía en la propuesta de Asamblea de Gaviria un acuerdo que el bipartidismo estaba organizando para poder realizar una Asamblea sin contar con la participación del pueblo” (Mestizo Castillo, 2012, pág. 70).

⁶⁸ Organizaciones sociales que convocaron el Congreso Pre-Constituyente: Movimiento Estudiantil por la Constituyente, Central Unitaria de Trabajadores, Organización Nacional Indígena de Colombia, Comisión Nacional Comunal, Asociación Nacional de Usuarios Campesinos, Coordinadora Nacional de Movimientos Cívicos, Consejo Nacional de Organizaciones de Vivienda Popular, Asociación de Abogados Laboralistas al Servicio de los Trabajadores, Movimiento cívico de Territorios Nacionales, Asopacífico, Movimiento Nacional Cimarrón, Mujeres por la Constituyente, Juventud Trabajadora de Colombia, Comisión Justicia y Paz, Asociación de Juristas Demócratas, Asociación de Profesionales por la Paz, Asociación Colombiana de Sociología, Comité de Madres Comunitarias, Movimiento de Objetores de Conciencia al Servicio Militar Obligatorio, Conferencia de Religiosos de Colombia, Comisión Nacional de Juntas de Administración Local, Comunidades Eclesiales de Base. Organizaciones y Partidos: Conservadores Independientes, Alianza Democrática AD M-19, Unión Patriótica, Nuevo Liberalismo Independiente, Organización Política A Luchar, Partido Comunista Colombiano, Partido Comunista de Colombia (Marxista – Leninista), Poder Popular, Participación y Democracia, Convergencia Nacional, Soberanía Popular, Movimiento Nacionalista Colombiano, Partido Socialista de los Trabajadores, Partido Demócrata Cristiano, Juventud Comunista de Colombia. Centros de Investigación: Instituto de Estudios para la Paz, Foro por Colombia, CEIS, INEDO, Fundación para la Educación y el Trabajo, Coljuventud, Centro de Estudios Nacionales e Internacionales.

El Comité Pro-constituyente se caracterizó por promover la participación popular en la Asamblea. Algunas de sus propuestas o puntos básicos de unidad fueron: entender las votaciones de la Séptima Papeleta del 11 de marzo de 1990 y el plebiscito del 27 de mayo de 1990 como expresiones del pueblo a favor de una Asamblea Constituyente, proponer la expedición de una nueva Constitución que debía ser fruto de un amplio acuerdo político y social, buscar una solución política al conflicto armado, ser autónoma para decidir su funcionamiento y temario, y por último, que el pueblo debía participar activamente en deliberaciones y consultas sobre la Asamblea:

Durante el Congreso Pre-Constituyente no se logró nombrar ninguna junta nacional o comité operativo constituyente. Sin embargo, si se llegó a algunos puntos en común relacionados con la soberanía popular: rechazo a la propuesta de Asamblea realizada por Gaviria de que los constituyentes sean solo 50. Levantamiento del Estado de Sitio. Revocatoria del mandato de los congresistas. Elección popular de Contralor, Procurador, personeros municipales y gobernadores. Multiplicar los cabildos, cubriendo todo el país. (Mestizo Castillo, 2012, pág. 76)

El Congreso Pre-Constituyente contó con un amplio apoyo de la izquierda e intentó incluir en su propuesta a la izquierda armada. A pesar del contenido amplio y participativo de sus 77 planteamientos, no alcanzaron el apoyo suficiente para liderar el cambio constitucional. Por este motivo, Gaviria continuó dirigiendo la reforma avanzando en su propuesta de Asamblea Constitucional, y no solo logró el apoyo de las demás fuerzas hegemónicas del Partido Liberal y el Movimiento Todavía Podemos Salvar a Colombia, sino que además ganó el respaldo de la Alianza Democrática M-19 (Mestizo Castillo, 2012).

Luego de que el gobierno, el Partido Liberal, el Partido Conservador, el Movimiento de Salvación Nacional y la Alianza Democrática M-19 lograron perfeccionar el acuerdo político, este fue plasmado en el Decreto 1926 de 1990. Más de 20 organizaciones lideradas por los miembros de la Comisión Pro-Constituyente suscribieron un documento conjunto atacándolo. El vicepresidente de la Organización Nacional de Indígenas de Colombia Gabriel Muyuy, se pronunció en contra del Acuerdo Político, manifestando que eran pocas y muy limitadas las posibilidades que tenían los indígenas de participar en la Asamblea Constituyente y hacer que sus problemáticas y necesidades fuesen tenidas en cuenta (Mestizo Castillo, 2012).

El día 6 de septiembre se presentaron varias tomas en diferentes regiones del país, que se caracterizaron por las reivindicaciones de maestros, campesinos e indígenas, y la propuesta de una Asamblea Constituyente. Los indígenas se tomaron la División de Asuntos Indígenas del Ministerio de Gobierno en demanda de una ANC democrática y plural. El Comité Nacional Pre-Constituyente decidió no participar en las comisiones organizadas por la Asamblea Constitucional dirigidas por el gobierno, pues consideraban que allí no era posible la participación popular. Decidieron participar solamente en las mesas de trabajo que se estaban abriendo en diferentes partes del país.

El Decreto 1926 estipuló las reglas de juego para la convocatoria y realización de la ANC y, en términos generales, se ordenó una circunscripción electoral nacional para 70 delegatarios y 2 más para organizaciones guerrilleras desmovilizadas, cuyo número podría aumentar en la medida en que avanzaran los procesos de negociación con otros grupos armados. Igualmente, el Decreto señaló orientaciones en materia de convocatoria, conformación de listas, requisitos para ser elegidos, temáticas a ser consideradas, forma general de operación, competencias y lugar, entre otros. Cabe destacar que a pesar de la oposición que manifestaba el movimiento indígena al Decreto y a la forma como quedaron establecidas las normas, el Decreto definió que los indígenas no debían cumplir con todos los requisitos establecidos en el literal b del lineamiento 9⁶⁹ y solo se establecía el de ser “(...) dirigente de una organización indígena durante un año, a lo menos, según certificación expedida por el Ministerio de Gobierno” (Gobierno Nacional, 1990).

En relación con el temario, el Decreto determina que será sometido a estudio por comisiones preparatorias, de las cuales, entre otros, harán parte las organizaciones indígenas y se prioriza lo atinente al: “(...) reconocimiento del carácter multiétnico de la Nación y respeto a las autoridades y a la cultura indígena, así como a la propiedad de las comunidades indígenas sobre las tierras de resguardo” (Gobierno Nacional, 1990).

⁶⁹ “b) Ser colombiano de nacimiento, ciudadano en ejercicio y además, haber desempeñado alguno de los cargos de Presidente de la República, Designado, Miembro del Congreso, Ministro del Despacho, Jefe de Departamento Administrativo, Jefe de Misión Diplomática, Gobernador de Departamento, Consejero de Estado, Magistrado de la Corte Suprema de Justicia, de Tribunal Superior, de Tribunal Contencioso Administrativo o del Tribunal Disciplinario, Procurador General de la Nación, Contralor General de la República, Alcalde de capital elegido popularmente, haber sido profesor universitario en una institución de educación superior en Colombia o en el exterior por tres años a lo menos, o haber ejercido por tiempo no menor de cinco años una profesión con título universitario” (Gobierno Nacional, 1990).

Como se puede observar, en medio de muchos factores incluyentes y determinantes, la agenda del acuerdo político define condiciones especiales de participación a los indígenas y prioriza tres temas centrales de la agenda política: la diversidad de la nación; el respeto a las formas de gobierno propio y cultura; y el gran tema de la propiedad de la tierra.

Pero la presión de todo el movimiento social y la dinámica de las discusiones de la Corte Suprema de Justicia rompen con buena parte de las ataduras impuestas en el acuerdo político, liderado por el gobierno y expresadas en el decreto en mención, que en todo caso no logró demostrar la consistencia del acuerdo entre los partidos políticos tradicionales:

Finalmente, la Corte Suprema de Justicia, apoyó el decreto 1926, pero con una serie de modificaciones. Fundamentalmente eliminó las limitaciones temáticas y eliminó la injerencia de las diferentes ramas del poder público en el desarrollo de la misma, al considerarlos limitaciones a la soberanía popular. (Mestizo Castillo, 2012, pág. 105)

De esta forma, se observa que la configuración de las reglas de juego para el nuevo pacto político, transitó entre las disputas del régimen político por conservar el control total del proceso constituyente y en medio de una fuerte movilización social con gran protagonismo del movimiento indígena. Así, su resultado refleja una apertura limitada pero significativa en relación con la historia de exclusión y violencia que rodeaba el proceso.

3.1.3 Condiciones de posibilidad del nuevo pacto político

El 9 de diciembre de 1990 se llevaron a cabo las elecciones de delegados con una participación que rodeó los 3.600.000, tal vez la más baja de la historia, junto con el ataque al santuario de las FARC-EP “Casa Verde” el mismo día, lo que permite afirmar, siguiendo a Archila, que el proceso no obstante su significado trascendental:

(...) [dejaba] dudas sobre la legitimidad de la nueva carta de navegación nacional... [y] sembraba sospechas sobre el futuro de la paz con las organizaciones que seguían en armas y mostraba la profunda contradicción entre el llamado formal a un nuevo pacto político y los reales actos de guerra”. (Archila Neira, 2018, pág. 124)

La configuración política de los elegidos reflejó que miembros de los partidos tradicionales por dentro y por fuera de ellos obtuvieron la mayoría, destacándose: el Partido Liberal con Horacio Serpa a la cabeza; la Alianza Democrática M-19 con una lista novedosa que integraba algunos exguerrilleros y personajes de la vida nacional liderados por Antonio Navarro Wolf; y el Movimiento de Salvación Nacional de Álvaro Gómez Hurtado. Estos fueron los colectivos que obtuvieron en su orden el mayor número de delegados⁷⁰; mientras que las fuerzas que llegaron a la Asamblea sin haber participado del acuerdo político con Gaviria tenían solo siete delegatarios: la Unión Patriótica, el Movimiento Unión Cristiana, la Organización Nacional Indígena de Colombia, las Autoridades Indígenas de Colombia y el Movimiento para un Nuevo País para los Niños.

En este marco, las organizaciones indígenas nacionales decidieron presentar a sus candidatos a la Asamblea: Lorenzo Muelas, por Autoridades Indígenas de Colombia (AICO), y Francisco Rojas Birry, por la ONIC, quienes se convirtieron en los primeros indígenas en participar en elecciones nacionales y obtuvieron respectivamente 20.083 y 25.880 votos. Este fue uno de los resultados más sorprendentes del proceso electoral en su conjunto, por cuanto sin ningún tipo de circunscripción ni apoyo diferenciado, el movimiento indígena colombiano alcanza una votación que les permite ubicar dos delegados en la ANC, convirtiéndose prácticamente en el único movimiento social que de manera directa logra este objetivo. Esta situación legitima fuertemente lo que será la participación de los delegados indígenas en la Asamblea.

En el marco del proceso preconstituyente y del mandato popular por una ANC que apostaba a la Paz, y en el caso de los Pueblos Indígenas a su inclusión como sujeto político, el Movimiento Armado Quintín Lame (MAQL) decide iniciar un proceso de diálogo y negociación el 26 de junio de 1990 con el gobierno, el cual se protocolizó el 27 de mayo de 1991 habiéndose ya materializado una de las principales demandas del movimiento que era participar en la ANC. Situación que se materializó en la plenaria del día 9 de abril de

⁷⁰ La Asamblea Nacional Constituyente estuvo integrada por 23 miembros del Partido Liberal, 19 de la Alianza Democrática M-19, 11 del Movimiento de Salvación Nacional, 5 del Partido Conservador, 4 del Partido Conservador que se presentaron como independientes, 2 del Movimiento Unión Cristiana, 2 de la Unión Patriótica, 1 del Movimiento Unido Estudiantil, 1 de la Organización Nacional Indígena de Colombia, 1 de la Autoridades Indígenas de Colombia y 1 del Movimiento para un Nuevo País para los Niños. También participaron con derecho a voz, pero sin voto 2 desmovilizados del Ejército Popular de Liberación, 1 del Partido Revolucionario de los Trabajadores y 1 del Movimiento Armado Quintín Lame (Semper, 2006).

1991, cuando se posesionó como delegatario el indígena Alfonso Peña Chepe, excombatiente del MAQL quien, con voz pero sin voto, entró a reforzar el papel de los dos constituyentes elegidos por voto popular (Avirama, 2011).

Este hecho tiene doble relevancia, ya que la expresión armada indígena en el Cauca entra a sumarse a la vía pacífica para la lucha política, mediante un proceso de diálogo y negociación; y fortalece la participación en la ANC. Con esto la participación indígena refuerza su perfil y relevancia, tanto dentro de la Asamblea como en el escenario nacional.

Debe destacarse que en enero y marzo de 1991, el grupo armado Partido Revolucionario de los Trabajadores-PRT y un sector importante del Ejército Popular de Liberación-EPL, respectivamente, suscribieron acuerdos de paz con el gobierno Gaviria, lo que les permitió tener tres delegados -uno del PRT y 2 del EPL-, con voz y sin voto en la ANC. Todo esto reforzaba las expectativas por la terminación de la guerra en el seno de la construcción de un nuevo pacto político.

Todos estos hechos, junto al fuerte liderazgo e incidencia de Cesar Gaviria por direccionar el curso de la ANC, trazaron los límites de la disputa que habría de darse en el proceso constituyente, que estarían en constante movimiento por la vía de la influencia y la expectativa de los movimientos sociales, la opinión pública y la agenda internacional.

3.2 El papel del sujeto político indígena en la ANC: posibilidades y límites

En esta sección se analiza de nuevo la disputa de los constituyentes indígenas y sus aliados⁷¹ para garantizar que el funcionamiento de la ANC fuera democrático; y luego se da

⁷¹ En términos generales se refiere al conjunto de intelectuales, comunicadores, periodistas, funcionarios, ONGs, y movimientos sociales, iglesias progresistas que simpatizaban, venían trabajando o habían estudiado los temas indígenas y un grupo considerable de colaboradores que apoyaban las luchas indígenas. Al interior de la constituyente el investigador Orlando Fals Borda jugó un papel protagónico en las discusiones sobre los asuntos étnicos y territoriales, así como algunos delegados sobre todo del Partido Liberal y la Alianza Democrática M-19.

cuenta de las principales discusiones y resultados en términos de posibilidades y límites en las fases iniciales, los borradores preliminares y el articulado final de la NCP.

3.2.1 Las dinámicas iniciales de la ANC y los resultados preliminares para los Pueblos Indígenas

Aunque la ANC comenzó a sesionar el 5 de febrero de 1991, desde un mes antes se estuvieron reuniendo los constituyentes para la discusión sobre el reglamento de la ANC: “era muy importante que los propios constituyentes elegidos por el pueblo discutieran el reglamento porque el Presidente Cesar Gaviria tenía el propósito de poner a funcionar la Asamblea al gusto del Gobierno” (CRIC, 2013a, pág. 310). En estos encuentros, entre otros temas, Rojas Birry propuso la creación dentro de la ANC de una comisión de paz, que buscara la vinculación de delegados de los grupos guerrilleros para consolidar el proceso de paz, y se definieron los nombres Serpa Uribe, Navarro Wolf y Gómez Hurtado como copresidentes de la Asamblea.

La ANC se dotó de su propio reglamento⁷² y sesionó en 5 comisiones⁷³, a partir de proyectos de reformas que podían ser presentados por los constituyentes, el Gobierno Nacional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado y el Congreso Nacional; y también a partir de otras propuestas que presentarían ONGs nacionales, las universidades o los grupos

⁷² En dicho reglamento se estableció que los proyectos y propuestas debían ser presentados ante el Secretario General de la Asamblea, quien los trasladaba al presidente de la misma para hacer su reparto a las comisiones, las que después de los debates llevaban a la sesión plenaria los informes de los articulados aprobados en cada una de ellas. Una vez surtido ese proceso se llevaba lo aprobado a la Comisión Codificadora, que se encargaba de organizar y revisar su coherencia política y jurídica (Asamblea Nacional Constituyente, 1991b).

⁷³ **Comisión Primera.** Principios generales, derechos humanos, libertades públicas, protección de derechos, participación democrática, sistema electoral, y estatuto de la oposición. En ella se eligió como presidente a Jaime Ortiz y a Francisco Rojas Birry como vicepresidente. **Comisión Segunda.** División política del territorio y autonomía regional y local. Nombrado como presidente Juan Gómez Martínez y Lorenzo Muelas, Vicepresidente. **Comisión Tercera.** Gobierno y Congreso. Presidente Alfredo Vásquez Carrizosa, Vicepresidente José Ortiz (Partido Revolucionario de los Trabajadores). **Comisión Cuarta.** Administración de Justicia y Procuraduría, elegido como presidente Fernando Carrillo, Vicepresidente Jaime Fajardo, E.P.L. **Comisión Quinta.** Asuntos económicos, ecología y medio ambiente, Hacienda Pública y control fiscal, presidente Rodrigo Lloreda Caicedo, Vicepresidente Jaime Benites Tobón (ONIC, 2013c, pág. 310).

guerrilleros en proceso de paz con el gobierno. La nueva Constitución fue firmada por los delegatarios el 4 de julio de 1991 (Asamblea Nacional Constituyente, 1991b).

Rojas Birry fue nombrado vicepresidente de la Comisión Primera, donde se llevaron a cabo las discusiones sobre lo Multiétnico y Pluricultural; y Lorenzo Muelas estuvo como vicepresidente de la Comisión Segunda donde se discutió sobre territorios étnicos (CRIC, 2013a). Desde allí, junto con la participación de Alfonso Peña, los constituyentes indígenas visibilizaron al sujeto político indígena y su discurso, que ofrecía una perspectiva alternativa para la comprensión de la vida y la sociedad más allá de las demandas indígenas, convirtiéndose en una de las voces con mayor protagonismo en el debate constitucional.

En este escenario se libraron las primeras discusiones en la Comisión Primera sobre el preámbulo y los principios generales de la constitución. La ONIC, por medio de Rojas Birry, propuso que el preámbulo quedara así: “El pueblo colombiano es pluralista, de naturaleza multiétnica y pluricultural. En él reside exclusivamente la soberanía y de ella emanan los poderes públicos que se ejercerán en los términos que esta Constitución establece” (Rojas Birry, Gaceta Cosntitucional N° 18, 1991a, pág. 30). También propuso que no se incluyera el nombre de Dios, explicando a los constituyentes que los indígenas tenían distintos dioses, diferentes al dios cristiano.

Después de tres semanas de debates, la mayoría aceptó que la nueva Constitución empezara por proclamar la soberanía del pueblo, pero también por invocar la protección de Dios. Birry, estuvo de acuerdo, porque consideró que quedó asegurado lo principal, es decir, que el pueblo era quien expedía la constitución en ejercicio de su soberanía (CRIC, 2013b). La confesionalidad del Estado empezaba a derrumbarse y la concepción teocéntrica se desplazaba al plano subjetivo de la protección en reconocimiento de la religiosidad en el país.

Un acuerdo que sí fue unánime en esta Comisión fue el de establecer que el pueblo colombiano era multiétnico y pluricultural, con lo que el movimiento indígena vio plasmada en la Constitución la primera de sus aspiraciones que era redefinir el país en términos étnicos. De esta manera se incluyó no solo a los indígenas sino también a los negros, a los isleños raizales y a todas las demás formas culturales (CRIC, 2013b).

Entre tanto, en la Comisión Segunda Francisco Rojas Birry y los constituyentes Orlando Fals Borda y Héctor Pineda presentaron una propuesta de ordenamiento territorial para incluir los territorios étnicos dentro de la estructura territorial de la República:

Artículo 1º. Son entidades territoriales de la República: Las Regiones, las Provincias, los Territorios de los grupos étnicos, los Distritos Metropolitanos, los Municipios, las Comunas y los Corregimientos con las características y funciones que se establecen en los artículos siguientes. Artículo 2º. La autonomía constituye el principio básico de la organización de todas las entidades territoriales de la República. Esta comprende: a) La gestión administrativa, financiera y presupuestal en los asuntos de su competencia; b) Recursos suficientes para el cumplimiento de sus funciones; c) La elección popular de sus principales autoridades. (...) Artículo 5º. Las regiones son entidades territoriales autónomas de considerable población y espacio geográfico que se conforman por la fusión de los actuales departamentos, o por provincias, municipios, territorios étnicos o distritos metropolitanos contiguos, y vinculados por razones históricas, sociales, culturales, económicas o ecológicas, previa consulta popular (...) Artículo 9º. Las entidades territoriales de los grupos étnicos estarán conformadas por sus territorios de resguardos, sus territorios tradicionales y los que constituyan su hábitat, y tendrán régimen especial de acuerdo a sus formas de organización social, costumbres y tradiciones. (Rojas Birry, Fals Borda, & Pineda Salazar, 1991, págs. 136-137)

Las aspiraciones de los delegados indígenas hasta ese momento consistían en que con Rojas Birry en la Comisión Primera aseguraran los derechos de los grupos étnicos en un capítulo especial dentro de la Nueva Constitución, y que Lorenzo Muelas y Alfonso Peña en la Comisión Segunda impulsaran la creación de los territorios étnicos como entidades territoriales. Así lo expresaba la ONIC (2013) en un documento publicado por el periódico Unidad Indígena:

Como se había definido en el III Congreso Nacional Indígena, en el proyecto de reforma que presentó Pacho [Rojas Birry] a la Asamblea Constituyente, se pide que el Estado reconozca la propiedad de los grupos étnicos (indígenas, negros y raizales) sobre los territorios que ocupan; es decir, sobre los resguardos, los territorios tradicionales y los que constituyen su hábitat. Por eso ya no simplemente decimos 'resguardos indígenas', sino 'territorios étnicos'. Pero la propiedad sobre el territorio no es suficiente, nosotros siempre hemos dicho que no es suficiente ser dueños del territorio porque, además, para poder desarrollarnos como somos y conservar nuestra identidad cultural, necesitamos autonomía. Esta nos ha sido reconocida de manera muy limitada ya que no podemos decidir sobre cosas tan importantes como los planes de desarrollo,

la explotación de recursos naturales, los programas de salud y educación, etc. (ONIC, 2013a, pág. 324)

Al mismo tiempo los constituyentes indígenas propusieron tres proyectos ante la ANC, por medio de Lorenzo Muelas, Alfonso Peña y Francisco Rojas Birry. El primero, de Muelas, sobre territorios y autonomía, contenía lo siguiente:

Artículo. (...) Los Pueblos Indígenas y las demás minorías étnicas tienen derecho a sus territorios. En el caso de los primeros serán conformados por uno o varios municipios, resguardos, comunidades, capitanías, etc., los cuales deben ser protegidos, constituyendo divisiones político-administrativas que serán reglamentadas por la ley. Los Pueblos Indígenas serán gobernados por las autoridades que les son propias, articuladas al Estado nacional, a través del Consejo de Reconstrucción Económica y Social de los Pueblos Indígenas, coordinado por una Consejería de la Presidencia de la República creada para tal efecto. Artículo. En los territorios indígenas y en los de las demás minorías étnicas los idiomas oficiales serán los hablados por los pueblos y comunidades del lugar y el castellano, como idioma nacional. Se garantizan las formas de propiedad comunitaria y familiar de las poblaciones indígenas y demás minorías étnicas, de acuerdo con sus usos y costumbres; lo mismo que su derecho a desarrollar sus formas propias de organización social. Se garantiza la educación propia de los Pueblos Indígenas y minorías étnicas como práctica social que asegura su existencia, afirma sus instituciones y preserva su cultura. (Muelas Hurtado, 1991, pág. 47)

El Segundo, de Peña, sobre propiedad y tipo de territorios, proponía:

Artículo Nuevo: El Estado reconoce y garantiza a los grupos étnicos la propiedad sobre los territorios de resguardo, los territorios tradicionales y los que constituyen su hábitat. Este derecho se extiende al subsuelo. Artículo Nuevo: El Gobierno podrá constituir territorios comunes con los países vecinos para las comunidades indígenas de la frontera, sin menoscabo de la soberanía nacional y en relación de reciprocidad. (Peña Chepe, 1991, pág. 32)

Y el Tercero, de Rojas Birry, sobre los tipos y contenidos de los territorios:

Artículo 4°. Forman parte del territorio el suelo, el subsuelo, el espacio aéreo, las aguas interiores, el mar territorial, la plataforma continental, la zona económica exclusiva, la zona contigua, y el segmento de órbita geoestacionaria, de conformidad con tratados internacionales aprobados por el Congreso, o con la ley colombiana en ausencia de los mismos. También hacen parte del

territorio los recursos naturales, la diversidad biológica, la atmósfera y la radiación solar. Artículo 5°. Son entidades territoriales de la República (...) y los territorios de los grupos étnicos, incluidos los resguardos indígenas, los cuales tendrán un régimen especial con autonomía política, administrativa y presupuestal. La ley, de acuerdo con la extensión, población, organización y recursos, determinará las categorías y la articulación que tendrán las entidades territoriales de los grupos étnicos dentro de la división general del territorio y de ellas entre sí. En todo caso no estarán divididas por otras entidades territoriales. (...)

Título Nuevo. Derechos de los grupos étnicos indígenas, negros y raizales del archipiélago de San Andrés. Artículo A. Los grupos étnicos tienen derecho a su identidad cultural. El Estado reconoce y garantiza, mediante una legislación especial, sus formas propias de organización social, gobierno, costumbres, lenguas, educación, medicina tradicional, usos y formas de propiedad de sus territorios. (Rojas Birry, Gaceta Constitucional N° 29, 1991b, págs. 6, 10)

Las propuestas de los constituyentes indígenas coincidían en varios puntos: 1) entendían que no solo los indígenas sino que también otros grupos étnicos tenían derecho a un territorio; 2) consideraban que los territorios étnicos debían elevarse a la categoría de entidades territoriales, es decir que fueran entidades político-administrativas distintas de los municipios y departamentos, aunque Muelas en este punto sostenía que los municipios podían hacer parte de los territorios indígenas; 3) eran conscientes de que se necesitaba un nuevo ordenamiento territorial, basado en provincias y regiones, porque los departamentos de ese momento no consultaban las diferencias culturales y ecológicas del país; 4) pedían que las comunidades tuvieran participación cuando se fueran a crear los territorios étnicos y que en la fijación de sus límites no se dividiera a dichas comunidades; y 5) el reconocimiento de los territorios étnicos iba aparejado con las condiciones para el ejercicio de la autoridad y la autonomía en tales jurisdicciones.

Mientras tanto, el trabajo organizativo de la ONIC continuaba en función de la Constituyente, para lo que organizó equipos que respondían a diferentes tareas: Equipo técnico-jurídico, para apoyar el estudio de todas las propuestas que se estaban presentando para cambiar o reformar la constitución; Equipo de Comunicaciones, encargado de realizar piezas comunicativas para difusión y capacitación de lo que sucedía en la ANC; Equipo Político, debía estar atento a todo lo que pasaba en el país, estudiaba las distintas propuestas políticas y establecía relaciones con otros grupos y organizaciones

populares para buscar alternativas reales a las aspiraciones de la clase popular; y el Equipo Administrativo, para el soporte de todo el trabajo (CRIC, 2013a).

Como puede observarse, el desempeño coherente, propositivo y desafiante al interior del escenario constituyente solo podía comprenderse desde la historia de configuración del sujeto político y de su nivel de desarrollo organizativo, aspecto a subrayar permanentemente en esta investigación.

Las propuestas indígenas se abrieron paso en las primeras decisiones de la plenaria de la Asamblea Nacional Constituyente y en sus cinco comisiones. En la sesión del 6 de mayo la plenaria de la Asamblea aprobó los siguientes principios generales para la Constitución:

Artículo 4º: El Estado reconoce el carácter multiétnico y pluricultural del pueblo. Artículo 9º: El Castellano es el idioma oficial de Colombia. Las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en su propio territorio. La enseñanza que se imparta en las comunidades lingüísticas propias se efectuará en forma bilingüe. (ONIC, 2013b, pág. 333)

La aprobación de estos dos principios reconociendo la existencia y la cultura de los distintos grupos étnicos del país generó gran expectativa entre los Pueblos Indígenas, pues consideraban que se constituía en la base para avanzar en el reconocimiento del conjunto de derechos en otros capítulos de la NCP (ONIC, 2013b).

Para ese momento, Francisco Rojas Birry continuaba en la lucha dentro de la Comisión Primera con la intención de que se consagrara un capítulo especial de derechos de los grupos étnicos que incluyera el reconocimiento de la identidad cultural; las organizaciones sociales políticas y económicas propias; la autonomía; la explotación y administración de los recursos naturales; la propiedad de resguardos; territorios tradicionales y lugares habitados por los grupos étnicos; la discusión con el gobierno en las decisiones que afectaran a las comunidades; y la posibilidad de llegar al Congreso, las alcaldías, etc.

En la Comisión Segunda se discutía sobre los territorios de los grupos étnicos y se había llegado al acuerdo de aprobar su autonomía, autoridades propias y recursos, aunque no se habían tomado decisiones definitivas porque se estaba debatiendo la forma de reconocer los territorios de las poblaciones negras del Pacífico. En la Comisión Cuarta, los

constituyentes Jaime Fajardo y Álvaro Gómez habían presentado propuestas en favor del reconocimiento de los indígenas y demás grupos étnicos para que emplearan su propia justicia en sus territorios, sin embargo, la comisión aún no se había ocupado del tema. En la Comisión Quinta y también la Comisión Primera aprobaron una norma protectora de los resguardos, que definía que no pudieran ser vendidos a nadie. No obstante, había inconformidad dado que no tenía en cuenta los derechos de los negros y raizales sobre sus territorios y dejaba por fuera otros territorios tradicionalmente ocupados por los indígenas (ONIC, 2013b).

Simultáneamente, entre la AICO y la ONIC se presentaban diferencias, a consecuencia de que esta última no estaba de acuerdo con la propuesta de reforma de Lorenzo Muelas, referida a que los territorios indígenas se convirtieran en Municipios o Provincias Indígenas, y que estos se relacionaran con el Estado por medio de un Consejo de Reconstrucción Económica y Social, coordinado por una Consejería de la Presidencia de la República. La razón del desacuerdo era que la ONIC consideraba que los indígenas debían decidir cómo se organizaban de acuerdo con sus propias costumbres y condiciones de recursos económicos, desarrollo y grado de organización; no debía ser la Constitución la que decidiera eso porque podría perderse la autonomía que tanto habían reclamado los indígenas:

Las comunidades para decidir si se convierten en Municipios, tienen que saber primero que en éstos, sus autoridades ya no van a ser los Capitanes, los Caciques, los Mamos, los Curacas o los Cabildos sino los Alcaldes. Estos son formas propias que se ha dado la sociedad nacional y que no tienen nada que ver con la cultura y las tradiciones de los Pueblos Indígenas; quiere decir que podríamos ir perdiendo la identidad cultural y las formas propias de gobierno que hasta ahora se nos han respetado. (ONIC, 2013f, pág. 338)

En medio de los debates al interior del movimiento y con todos los sectores representados, el movimiento indígena daba cuenta de los acumulados organizativos históricos y su capacidad de diálogo político y construcción de alianzas, lo que permitió nuevos resultados al terminar la primera vuelta de discusión.

Desde el 16 de mayo la Asamblea Nacional Constituyente entró en su recta final, día en el cual las comisiones pasaron los artículos aprobados para que todos los constituyentes

reunidos en plenaria los aprobaran o rechazaran. Finalmente, el 27 de mayo las cinco comisiones presentaron a la opinión pública los artículos aprobados por la primera vuelta de discusión y después de ese punto las variaciones fueron mínimas. Lo siguiente fue lo aprobado en materia de Pueblos Indígenas y grupos étnicos en general:

Comisión Primera:

Artículo Cuarto: El Estado reconoce el carácter multiétnico y pluricultural del pueblo colombiano. (Comisión Primera de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991b, pág. 7)

Artículo Noveno: El castellano es el idioma oficial del Estado. Las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus propios territorios. La enseñanza que se imparta en comunidades con tradiciones lingüísticas propias se efectuará en forma bilingüe. (Comisión Primera de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991b, pág. 8)

Se garantizan las libertades de cátedra y aprendizaje. Los miembros de los grupos étnicos, lingüísticos y religiosos tendrán derecho a que la formación que se les imparte respete sus diferencias culturales. (Comisión Primera de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991b, pág. 23)

Artículo: El patrimonio arqueológico pertenece a la Nación y es inalienable, inembargable e imprescriptible. La ley reglamentará los derechos especiales que pudieren tener las comunidades étnicas asentadas en territorios de riqueza arqueológica. Establecerá también los mecanismos para que el Gobierno pueda readquirir los bienes arqueológicos que se encuentran en manos de particulares. (Comisión Primera de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991b, pág. 22)

Comisión Segunda:

Artículo 1º Son entidades territoriales los Departamentos y los municipios y distritos en que se dividen aquellos, así como los Territorios indígenas, las cuales podrán asociarse (...) Las entidades territoriales gozan de la autonomía que le reconozcan la Constitución y la ley para la gestión de sus asuntos. (Comisión Segunda de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, págs. 42-43)

Artículo N° 24 Art. 198 C. N. Las Provincias se constituyen con Municipios o territorios indígenas circunvecinos, pertenecientes a uno o varios Departamentos. (Comisión Segunda de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, pág. 54)

Artículo N° 35. Los territorios indígenas están conformados por los resguardos y los territorios tradicionalmente habitados por los Pueblos Indígenas. Podrán asociarse a las diferentes Entidades territoriales o directamente a la Nación y en ningún caso podrán ser fraccionados por otras entidades territoriales. La propiedad de esos territorios será colectiva y no enajenable. Parágrafo: La delimitación de los territorios indígenas se hará por la Comisión de Ordenamiento Territorial y en la participación de representantes de los Pueblos Indígenas, de acuerdo con la Constitución. (Comisión Segunda de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, pág. 68)

Artículo N°36. Las entidades territoriales indígenas estarán gobernadas por Consejos conformados y reglamentados de acuerdo con los usos y costumbres de las comunidades que los habitan, así como con la Constitución y las leyes. (Comisión Segunda de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, pág. 68)

Artículo 37. Son funciones de los Consejos: 1ª Ejercer el control de poblamiento y velar por la integridad territorial; 2ª Diseñar las políticas, los planes y programas de desarrollo económico y cultural dentro de sus territorios; 3ª Concertar y vigilar las inversiones Públicas dentro de su territorio; 4ª Percibir y distribuir los recursos del ente territorial; 5ª Velar por la preservación de los recursos naturales y concertar su explotación dentro de su territorio; 6ª Coordinar los programas y proyectos promovidos conjuntamente por las diferentes comunidades; mantener el orden público dentro de su territorio de acuerdo con las instrucciones y disposiciones del Gobierno Nacional; 7ª Representar a la entidad territorial ante el Gobierno central y las demás entidades territoriales a las que se integran; 8ª Las demás que les asignen la Constitución y la Ley. (Comisión Segunda de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, págs. 68-69)

Artículo 38. Transitorio. El Gobierno Nacional, en concertación con representantes de los consejos elaborará un plan de reconstrucción económica y social de los Pueblos Indígenas, cuya duración tendrá como mínimo veinte años y destinará un presupuesto especial para su ejecución. (Comisión Segunda de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, pág. 69)

Comisión Cuarta:

A los grupos étnicos indígenas (raizales de San Andrés y Providencia y negros) se les reconocerá la jurisdicción especial integrada por sus propias autoridades que juzgarán de acuerdo a sus

tradiciones y costumbres dentro de su ámbito territorial. (Comisión Cuarta de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, pág. 149)

Comisión Quinta

Artículo. - Son inalienables, imprescriptibles e inembargables, los bienes de uso público, los parques naturales, las tierras de resguardo, patrimonio arqueológico y los demás que determine la ley. (Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991b, pág. 190)

Más adelante, el 28 de junio de 1991 por medio de un acto legislativo de vigencia inmediata quedó establecida la Circunscripción Electoral Especial para Comunidades Indígenas, Negras y Minorías Políticas, para que así pudieran participar en las elecciones del Congreso del 27 de octubre, así quedó establecido:

Artículo. Mientras la ley crea la circunscripción electoral especial para grupos étnicos y minorías políticas de que trata el artículo N.º de la C.N., asignanse dos curules para las comunidades indígenas, una para las comunidades negras de la Costa Pacífica y dos para las minorías políticas a la Cámara de Representantes. Artículo. Las comunidades indígenas elegirán los dos representantes en circunscripción nacional por el sistema de cociente electoral determinado para la elección de Senadores. Artículo. Los representantes de las comunidades indígenas que aspiren a integrar el Congreso de la República, deberán haber ejercido un cargo de autoridad tradicional en su respectiva comunidad o haber sido líder de una organización indígena, calidad que se acreditará mediante certificación del Ministerio de Gobierno (...) (Rojas Birry , 1991, págs. 7-8).

Frente a este punto, la labor del movimiento indígena, los constituyentes indígenas y las fuerzas aliadas, así como el impacto de una sociedad civil favorable a la inusitada presencia de este nuevo sujeto político, que además en el Cauca había sellado un acuerdo de paz con el gobierno, era muy favorable con respecto a las iniciativas propuestas en el proceso preconstituyente y en el desarrollo mismo de los debates de la ANC.

Como se ha planteado, la salud; en términos de lo indígena o de lo hegemónico no fue recogida directamente; sin embargo, en el análisis del articulado definitivo se recapitularán algunas conclusiones al respecto. Debe destacarse igualmente cómo todas las comisiones abordaron la cuestión indígena y se produjo un cuerpo relativamente coherente.

3.2.2 El articulado final: inclusiones y perspectivas para el sujeto político indígena y la salud indígena

El resultado final de la ANC arroja un balance positivo para los Pueblos Indígenas y los grupos étnicos en general en Colombia, que fundamentalmente se ubica en el reconocimiento del sujeto político diverso y de derecho dentro de la sociedad y dentro de la institucionalidad del Estado, marcando el inicio de un camino para la superación de la discriminación basada en las diferencias étnicas, la inequidad profundizada por el racismo y la exclusión política a razón de la “minoría de edad”. Más allá de la incorporación en el texto constitucional de buena parte de las propuestas agenciadas por el sujeto político indígena, se marcó una nueva arena para el desarrollo de la disputa política entre Pueblos Indígenas, sociedad y Estado, que en todo caso tiene límites flexibles en el ordenamiento general.

Debe resaltarse la consistencia del sujeto político en su diversidad para agenciar sus propuestas desde un proceso organizativo de más de 20 años en su última etapa, con una propuesta progresivamente construida y modificada y logra que dicha línea sea con sus límites y posibilidades, y que quede contenida en la Nueva Constitución Política (NCP).

A continuación, se revisará por ejes de la agenda política del movimiento indígena lo materializado en la NCP alrededor de la Cultura, el Territorio y la Autonomía, marcando algunas diferencias entre lo propuesto y lo concretado en esta, para observar su impacto sobre la salud y la política de salud indígena.

- ***Diversidad étnica y cultural:***

“Artículo 7o. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a). La ONIC había planteado la diversidad étnica y cultural del pueblo colombiano y finalmente queda como nación, con lo que se hace más extenso e incluyente el concepto. Queda claro que para la configuración de la política pública se establece una arena en la cual, por definición, al haber diversidad étnica y cultural de la nación y al ser la salud la forma de enfrentarla, una expresión del mundo cultural diverso, el sistema y el modelo de salud deben recoger la diversidad; que para el caso de los Pueblos Indígenas es evidente y hace parte de una demanda concreta

del movimiento. Las políticas de salud estarían obligadas a dar cuenta de dicha diversidad étnica.

“Artículo 10. El castellano es el idioma oficial de Colombia. Las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios. La enseñanza que se imparta en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias será bilingüe” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a). Si bien no se reconocen como idiomas las lenguas y dialectos, como fue la propuesta indígena, queda establecido el carácter oficial de las mismas en la jurisdicción de sus territorios y se asume como obligatorio desarrollar un modelo educativo bilingüe. Esto en materia de medicina tradicional y salud es significativo, por cuanto la producción y reproducción de los saberes y prácticas se desarrolla a través de la lengua, con una mayor implicación en comunidades con predominio de la tradición oral. Aquí queda pues un principio fundamental para la construcción de la política de salud para Pueblos Indígenas en un marco de interculturalidad. Las comunidades indígenas también aspiraban a que sus idiomas fueran utilizados en los documentos públicos y en las instituciones que tenían que ver con sus territorios, situación que no fue contemplada y que luego será un campo de disputa que se resuelve parcialmente con la incorporación y financiación parcial de traductores bilingües para el acceso a servicios de salud.

"Artículo 68. Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a). En línea con lo anterior, al reconocer que las comunidades indígenas tienen derecho a una formación en función del fortalecimiento de la identidad cultural, tendrá que considerarse el fortalecimiento de la medicina tradicional, el conocimiento de las plantas medicinales y la recuperación de los mitos, ritos y símbolos que aseguran la armonía entre el ser humano y la naturaleza, con lo que se producen las relaciones básicas para una política indígena de salud.

Este artículo incluye otros aspectos generales con impacto para los Pueblos Indígenas relacionados, con lo cual nadie podrá ser obligado a recibir educación religiosa, y con la inclusión de la participación de la comunidad educativa en la dirección de las instituciones educativas. De esta forma, la sociedad colombiana toma distancia de la confesionalidad y en territorios indígenas se podrá avanzar en limitar o eliminar el proselitismo religioso a

través de la educación, en procesos en los cuales las autoridades indígenas se vinculan, como comunidad educativa, a la dirección de las instituciones o desarrollan su política educativa propia, como ya lo venía haciendo el CRIC en el Cauca desde finales de los 70.

- **Lo territorial**

“Artículo 63. Los bienes de uso público, los parques naturales, las tierras comunales de grupos étnicos, las tierras de resguardo, el patrimonio arqueológico de la Nación y los demás bienes que determine la ley, son inalienables, imprescriptibles e inembargables” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a). Esta norma de protección contra cualquier amenaza de limitación a la propiedad de los grupos étnicos, de sus territorios, en la medida en que bajo las diversas cosmovisiones indígenas tales territorios son al mismo tiempo seres vivos en relación con los seres humanos, que albergan las condiciones y los medios para la pervivencia de los pueblos, se relacionan inmediatamente con todo aquello que produce armonía y equilibrio. En esa medida, la estabilidad en los territorios es parte de la garantía para la vida y la salud y para el desarrollo y la reproducción de los saberes y prácticas tradicionales relacionadas con la salud; es decir, es el sustrato básico para la medicina tradicional. “Artículo 286. Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a).

Finalmente, en el rango constitucional se reconoce el carácter de entidad territorial de los territorios indígenas, con lo cual entran a hacer parte del ordenamiento político-territorial del Estado y la nación, y por tanto, empieza un nuevo camino de disputas sobre las competencias y los alcances de la jurisdicción de las comunidades indígenas y sus autoridades dentro de dichos territorios. Esto implica que, para cualquier efecto, toda política de salud debería pasar por el reconocimiento de su carácter territorial y de autoridad y que en adelante la definición de un sistema de salud y de su gobernabilidad tendría que tener un carácter diferencial en estos territorios particulares.

Artículo 287. Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos: 1. Gobernarse por autoridades propias; 2. Ejercer las competencias que les correspondan; 3.

Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones; 4. Participar en las rentas nacionales." (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a).

En tanto entidad territorial, los territorios indígenas entrarían a disfrutar de las competencias establecidas, con las implicaciones ya señaladas para el desarrollo de las políticas de salud.

“Artículo 321. Las provincias se constituyen con municipios o territorios indígenas circunvecinos, pertenecientes a un mismo departamento (...). Para el ingreso a una provincia ya constituida deberá realizarse una consulta popular en los municipios interesados” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a). Este artículo deja previsto una visión regional que vaya más allá de la división político-administrativa y que consulte identidades regionales de tipo económico, social y ambiental. Deja abierta la puerta para que los Pueblos Indígenas puedan conformar o hacer parte de regiones más amplias.

Artículo 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 enajenable. La ley definirá las relaciones y la coordinación de estas entidades con aquellas de las cuales formen 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. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

La NCP dejó previsto el artículo transitorio número 56 que establece que mientras se expide la ley a que se hace referencia, el Gobierno podrá tomar las medidas fiscales y las demás relativas al funcionamiento de los territorios y su coordinación con las demás entidades territoriales.

Este artículo establece la propiedad colectiva de los resguardos, lo cual tiene amplias implicaciones para la vida económica y sociocultural de los Pueblos Indígenas, porque no es la lógica individual la que prima en las relaciones internas de las comunidades indígenas sino una amalgama de posibilidades donde, en todo caso, la tierra y el territorio tienen un

carácter colectivo. En el caso de la salud tiene implicaciones sobre la lectura de la situación, la concepción, la planeación y ejecución de políticas, programas y acciones y sobre todo la imposibilidad de implementación de modelos inconsultos que tengan como base exclusivamente la decisión individual.

▪ ***Justicia, gobierno y autonomía***

“Artículo 246. Las autoridades de los Pueblos Indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y leyes de la República. La ley establecerá las formas de coordinación de esta jurisdicción especial con el sistema judicial nacional”. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

El reconocimiento de la existencia de una justicia propia que tendrá formas de coordinación general con el sistema judicial nacional, además de ampliar y hacer más integral dicho reconocimiento, en el campo de la salud tiene implicación porque en cada pueblo dentro de su normatividad también establecerá y ejercerá competencia sobre todas aquellas prácticas que en el marco de su Ley de Origen, su cosmovisión y cosmogonía, puedan atentar contra sus parámetros de vida y organización sociocultural. Esta es una línea fuerte de desarrollo que queda abierta desde el rango constitucional para lo que será una disputa permanente entre la normatividad propia, la jurisdicción especial de tipo intercultural y la normatividad nacional, cuando de poner en marcha un sistema propio de salud se trate.

Artículo 330. De conformidad con la Constitución y las leyes, los territorios indígenas estarán gobernados por consejos conformados y reglamentados según los usos y costumbres de sus comunidades y ejercerán las siguientes funciones:

1. Velar por la aplicación de las normas legales sobre usos del suelo y poblamiento de sus territorios;
2. 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;
3. Promover las inversiones públicas en sus territorios y velar por su debida ejecución;
4. Percibir y distribuir sus recursos;
5. Velar por la preservación de los recursos naturales;
6. Coordinar los programas y proyectos promovidos por las diferentes comunidades en su territorio;
7. Colaborar con el mantenimiento del orden público dentro de su territorio de acuerdo con las instrucciones y disposiciones del Gobierno Nacional;
8. Representar a los territorios ante el Gobierno Nacional y las demás

entidades a las cuales se integren, y 9. Las que les señalen la Constitución y la ley. Parágrafo. La explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas se hará sin desmedro de la integridad cultural, social y económica de las comunidades indígenas. En las decisiones que se adopten respecto de dicha explotación, el Gobierno propiciará la participación de los representantes de las respectivas comunidades". (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

Este artículo resulta de suma importancia, pues señala y ratifica un amplio margen de competencias para el ejercicio del gobierno al interior de los territorios; y señala definitivamente el rol fundamental de la autoridad indígena para definir las políticas y desarrollos institucionales que requieran en su territorio, para el desarrollo de la vida material y espiritual de sus comunidades, incluyendo todo lo relacionado con la salud. En todo caso, la incertidumbre de una posterior legislación que regule este aspecto se presenta como una arena de distinto tipo en un tema crucial para los Pueblos Indígenas.

- ***Participación política***

Artículo 171. El Senado de la República estará integrado por cien miembros elegidos en circunscripción nacional. Habrá un número adicional de dos senadores elegidos en circunscripción nacional especial por comunidades indígenas (...). La Circunscripción Especial para la elección de senadores por las comunidades indígenas se regirá por el sistema de cociente electoral. Los representantes de las comunidades indígenas que aspiren a integrar el Senado de la República deberán haber ejercido un cargo de autoridad tradicional en su respectiva comunidad o haber sido líder de una organización indígena, calidad que se acreditará mediante certificado de la respectiva organización, refrendado por el Ministro de Gobierno. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

Artículo 176. Para la elección de representantes a la Cámara, cada departamento y el Distrito Capital de Bogotá conformarán una circunscripción territorial. La ley podrá establecer una circunscripción especial para asegurar la participación en la Cámara de Representantes de los grupos étnicos y de las minorías políticas (...). (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

Finalmente, la circunscripción especial que permite por primera vez en condiciones afirmativas, la participación política en el Congreso a los Pueblos Indígenas, se constituye en otro espacio de incorporación de la diversidad sociocultural de la nación a la vida política y se convierte en una oportunidad para legislar, no solo a favor de las comunidades

indígenas sino en la perspectiva de hacer parte de las aspiraciones de las grandes mayorías de la sociedad colombiana, en el proceso de construcción de una democracia participativa.

El movimiento indígena tendrá el desafío de articular la plataforma propia con una agenda general por la vida, el territorio, la democracia y la superación de la desigualdad, como condición para hacer efectivas la una y la otra. En materia de salud se abre el espacio de presentar iniciativas legislativas específicas y/o de participar en el debate de proyectos de ley generales que definen las políticas de salud del país.

3.3 La salud sin sujeto político: entre derecho, servicio público y mercado

Aunque los debates en materia de salud en la ANC fueron importantes, podría afirmarse que no fue precisamente uno de los temas principales, y las limitaciones de sistematización de la misma no permiten hacerse una idea fidedigna de la relevancia total del tema. Pues al final el articulado, aunque sustancial, es muy acotado, como se verá más adelante.

En un ejercicio de sistematización realizado por Hernández (1991) se encuentra que al finalizar el plazo de recepción de propuestas de articulado se contabilizaron 116 en salud, de las cuales 95 correspondían a ciudadanos individuales, 6 eran institucionales y 12 venían de organizaciones comunitarias o pequeños movimientos sociales organizados.

La no existencia de un sujeto político fuerte, identificable y unificado alrededor de la salud para la época, llevó a una participación fragmentada y anónima que además condujo a que:

(...) las propuestas y comentarios más influyentes no fueron las de estos ciudadanos, que aunque no lo quisieran, pasaron por anónimos, sino los de aquellos sujetos con poder de negociación, con posibilidad de exponer ampliamente sus ideas, con respaldo político, con historia de vinculación con el poder del Estado y que no figuraron en el sistema de información de la Asamblea porque intervinieron por vías muy diferentes a las reglamentadas para el funcionamiento de la Corporación. (Hernández Álvarez, 1991, pág. 71)

Al examinarse los contenidos de las propuestas se encuentra un predominio de lo relacionado con servicios asistenciales de naturaleza pública; en menor medida hay alusión

a la salud como derecho y seguridad social; y marginalmente como relacionada con el mercado:

Servicios de atención de enfermedades; Servicio Público, explícitamente enunciado y relacionado con la acepción anterior; Derecho inalienable de todo ciudadano; Asistencia Pública, del tipo que aparece en la Constitución, presentado anteriormente; Relacionada con Seguridad Social; Mercancía, es decir, sometida únicamente a las leyes del mercado. (Hernández Álvarez, 1991, pág. 73)

La concepción de salud estaba más ligada a la ausencia de enfermedad que a la idea de bienestar en casi todas las propuestas, y como derecho la idea estaba delimitada dentro del campo del servicio público. El 50% de las propuestas se refirieron a la gratuidad de los servicios en términos de eliminación de barreras para el acceso y “(...) en estos términos, muy vinculado a la concepción de derecho para todo ciudadano” (Hernández Álvarez, 1991, pág. 74). A continuación, se presentará la dinámica de los debates y la construcción del articulado en salud.

3.3.1 Las primeras discusiones en materia de salud en la ANC

Algunos de los proyectos de acto reformativo que se presentaron sobre salud al inicio de la ANC tenían origen gubernamental y de delegados, como Juan Gómez Martínez y Hernando Londoño y María Teresa Garcés Lloreda y Angelino Garzón.

Proyecto del Gobierno Nacional:

1. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud. La salud básica será gratuita y obligatoria en los términos que establezca la ley.
2. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud públicos y privados. La ley determinará las obligaciones y la responsabilidad del Estado y de los particulares para asegurar el goce de este derecho y el modo de hacerlo efectivo. (Gobierno Nacional , 1991, pág. 39)

Proyecto presentado por Juan Gómez Martínez y Hernando Londoño⁷⁴:

Artículo 23. La seguridad social integral es un derecho de toda persona y una función del Estado y de los particulares, que comprende la previsión, la asistencia, la protección y el fomento de los siguientes derechos: 1. Protección digna contra el hambre y la desnutrición. 2. Servicio integral y gratuito de salud física y mental y por maternidad. 3. Amparo de los riesgos por invalidez, vejez y muerte. 4. Estímulos para la consecución de vivienda y para participar en formas comunitarias de producción. 5. Descanso, cultura y recreación. Una ley marco establecerá el régimen de la seguridad social integral, los organismos encargados de prestarla en los sectores público y privado y fijará los mecanismos de financiación, así como la articulación de la oferta pública y privada del servicio. (Gómez & Londoño, 1991, pág. 12)

Proyecto Presentado por María Teresa Garcés Lloreda⁷⁵:

Artículo 19. Todos los habitantes del territorio nacional tendrán acceso a la seguridad social, entendida por tal la protección de la salud, la atención por invalidez, vejez, muerte y desempleo. Los ancianos gozarán de especial protección del Estado. Las organizaciones de ciudadanos beneficiarios de la seguridad social, tendrán participación en los organismos decisorios de las entidades que prestan este servicio público. Parágrafo. Para efectos de la afiliación de las personas a la seguridad social, la ley creará mecanismos por los cuales cada persona aportará a ésta proporcionalmente a su capacidad económica y las personas de mayores ingresos y el Estado subsidiarán a aquellas que carecen totalmente de ellos. (Garcés, 1991, pág. 44)

Proyecto Presentado por Angelino Garzón⁷⁶:

La salud y la seguridad social son deberes del Estado, en concurrencia con la sociedad, que deberá garantizar: 1o. La prestación de servicios de salud preventivos y curativos, mediante sistemas de salud y seguridad social que aseguren el acceso a todas las personas. La ley

⁷⁴ Juan Gómez Martínez, Conservador, Ingeniero y periodista, director del periódico El Colombiano; senador durante varios años; fue el primer alcalde de Medellín elegido popularmente; perteneció a la corriente política que lideraba Fabio Valencia Cossio. Hernando Londoño, Conservador, Abogado; profesor universitario; miembro de la comisión redactora del Código de Procedimiento Penal hasta ese momento vigente. Vicepresidente del Comité Permanente de Derechos Humanos de Antioquia y columnista de El Colombiano.

⁷⁵ María Teresa Garcés Lloreda, Integrante de la Alianza Democrática-M19, Abogada especializada en Derecho Público. Magistrada del Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca. Relatora de la Sala Constitucional de la Corte Suprema.

⁷⁶ Angelino Garzón: Constituyente por la AD- M19 y dirigente sindical. Fue secretario general de Fenaltrase y de la CUT.

reglamentará la prestación de estos servicios y la forma en que concurrirá la sociedad a quienes se encuentren impedidos o carezcan de los medios económicos para sufragarlos. 2o. la protección adecuada al trabajador y su familia cuando cumplidos los requisitos de ley para la obtención de pensión, o esté incapacitado por invalidez, vejez o muerte. 3o. El reajuste periódico y automático de las pensiones de los trabajadores en valor constante, teniendo en cuenta el costo de vida y el nivel de subsistencia. 4o. La protección a la maternidad y a la infancia, por medio de instituciones especiales. 5o. La protección de los ancianos y personas incapacitadas física o mentalmente para trabajar. (Garzón, 1991, pág. 39)

Hasta ese momento se observa que el proyecto del gobierno recoge el espíritu de la Ley 10, y que los demás, provenientes de diferentes vertientes políticas, integran la salud con la seguridad social, y en general van un poco más allá de las prestaciones económicas por vejez, invalidez y muerte. Entre estas propuestas de vinculación de la salud a la seguridad social aparece una perspectiva de asistencia pública para pobres, lo que reproduce la perspectiva de desigualdad vigente en el país.

Llama la atención que se integra la alimentación y la vivienda, y que son explícitas las prioridades para mujeres, adultos mayores, población con discapacidad y población infantil. En el proyecto de Angelino Garzón no se habla de atención básica en salud, sino se aborda de manera integral. Estos proyectos no consideran esencialmente la salud como un derecho y, por lo tanto, se encuentran con el concepto de servicio público y no contemplan la gratuidad sino en los casos de incapacidad de pago, con lo que hay una alineación general con la iniciativa gubernamental, no obstante la pluralidad de representación de estos delegados, incluyendo a Garzón del sector de los trabajadores.

En abril se presentan los proyectos de Antonio Galán Sarmiento, y también el de Aída Avella, Raimundo Emiliani Román, Germán Toro, Diego Uribe Vargas y María Mercedes Carranza, que agregarían elementos que luego en parte fueron considerados en el articulado final:

Proyecto de Antonio Galán Sarmiento:⁷⁷

⁷⁷ Liberal, Hermano de Luis Carlos Galán. Profesor universitario. La mayor parte de su carrera profesional hasta ese momento la había desarrollado en Ecopetrol, donde desempeñó diversos cargos. Proponía defender de manera integral el proyecto político de su hermano, a través de dos principios: la recuperación de la soberanía por parte del pueblo y el derecho de todos a la vida digna.

1. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud, y a elegir los medios para hacerlo, sin embargo, el cuidado médico que la ley defina como básico es de carácter obligatorio. El Estado asistirá a quienes no tengan capacidad económica para cumplir con esta obligación.
2. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar el saneamiento ambiental, la sanidad pública, la prestación de los servicios de salud públicos y privados. La ley determinará las obligaciones y la responsabilidad del Estado y de los particulares para asegurar el goce de este derecho y el modo de hacerlo efectivo (Galán & Rojas, 1991, pág. 33)

En este proyecto se sigue fortaleciendo la idea de que la gratuidad en salud es para quienes no tienen capacidad de pago, y se asocia lo básico como aquello que obligatoriamente debe atender el Estado, con lo que se sigue ratificando la idea de que hay un componente asistencial que se configura como vinculante para el Estado, mientras que la integralidad del derecho queda por fuera de esta orbita de garantía.

El Proyecto de Aída Avella, Raimundo Emiliani, Germán Toro; Diego Uribe y María Mercedes Carranza⁷⁸:

Artículo 37°. La protección de la salud y la seguridad social son deberes del Estado y derechos de las personas garantizados mediante políticas económicas y sociales que a través de un adecuado sistema de seguridad social reduzcan el riesgo de enfermedad y aseguren el acceso igualitario a los servicios de salud para su prevención, protección y recuperación. (...) Artículo 44°. De los Servicios Públicos Básicos. El Estado tiene el deber de satisfacer las necesidades básicas de la comunidad, tales como servicios públicos, de salud, educación, vivienda,

⁷⁸ 1) *Aída Avella*, Constituyente por la Unión Patriótica. Fue presidenta del sindicato del Ministerio de Educación durante varios años y presidenta de Fenaltrase. Además, en ese momento era la secretaria general de la CUT. 2) *Raimundo Emiliani*, integrante del Movimiento de Salvación Nacional, Abogado, Profesor universitario, político, diplomático y escritor; Ministro de Trabajo en la Junta Militar y en el gobierno de Guillermo León Valencia; Ministro de Justicia en la administración de Alberto Lleras. 3) *Germán Toro*, Integrante de la AD-M19, profesor, dirigente sindical; en ese momento era presidente de Fecode. 4) *Diego Uribe*, Liberal, Abogado, especializado en Derecho Internacional y Público; fue diputado por Cundinamarca, ex presidente de la Cámara de Representantes y exsenador, también fue ministro de Relaciones Exteriores y embajador. 5) *María Mercedes Carranza*, integrante de la AD-M19, licenciada en Filosofía y Letras, poeta, jefe de Redacción durante 13 años de la revista Nueva Frontera y directora de la Casa de Poesía Silva de Bogotá.

comunicaciones, agua potable, luz, recreación y deporte, mediante políticas económicas y sociales eficaces. (Abella , Emliani, Toro, Uribe , & Carranza , 1991, pág. 92 y 94)

Este proyecto es, quizá, uno de los que toma distancia del enfoque que se va convirtiendo como vertebrador en el proceso constituyente, porque estipula dentro del campo del derecho la garantía a través de políticas económicas y sociales integradas en un sistema de seguridad social, que juegan en el campo de la prevención y se complementen con la garantía de acceso igualitario a los servicios de salud. No obstante, la impronta de servicio básico se mantiene con lo que a medida que avanza el proceso, se va imponiendo como un criterio estructurante en línea con la idea de la asistencia pública y lejos de la de ciudadanía social.

A partir del 16 de mayo de 1991 las comisiones empezaron las exposiciones en plenaria de los articulados que habían sido aprobados internamente; así por ejemplo sobre salud, la Comisión Quinta encargada de los asuntos económicos, sociales, ecológicos, de hacienda y servicios públicos, realizó un Informe-Ponencia para el Primer Debate en Plenaria sobre la Finalidad Social del Estado y la Seguridad Social; allí sostenía que la

(...) concepción de la Finalidad Social del Estado debe ir necesariamente más allá de la retórica. La Seguridad Social constituye un elemento indispensable para posibilitar unas condiciones de vida dignas (...). En este sentido es necesario consagrar en la Carta el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, garantizado por el Estado a todos los habitantes del territorio Nacional. La seguridad y la previsión social tienen por objeto la protección de la población contra las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica. (Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991a, págs. 6-7)

Específicamente sobre salud se mencionaba:

Según el Estudio Nacional de Salud nuestro sistema es profundamente inequitativo, los grupos con mayores necesidades de salud reciben menos servicios que el resto de la población. Mientras tanto el sector productivo incluye como un costo la cotización para la seguridad social, o sea que por la vía de los precios toda la población asume los costos de un sector privilegiado. Lo mismo podríamos decir que ocurre por vía impositiva, con los servicios para los empleados oficiales (...) A la luz de lo anterior y de acuerdo con los recursos actuales, los inconvenientes para la transformación y ampliación del sistema no son tanto de orden financiero, como un problema de

voluntad y política para el cambio y de administración racional, eficiente y honesta. (Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991a, pág. 10)

Aquí quedan las bases para la posterior discusión sobre la finalidad social del Estado y de los servicios públicos; y en salud es relevante que a este punto hay una lectura de necesidad de cambiar el modelo o sistema de salud vigente, en la dirección de encontrar mecanismos de eficiencia, racionalidad y transparencia, que en el contexto de la agenda neoliberal pudiera significar avanzar en la privatización. Hasta el momento no se advierte apertura a la diversidad regional, étnica o cultural y se enuncia un discurso homogenizante en términos de servicios de salud.

En la Gaceta 83 de finales de mayo se puede observar una primera versión de artículos aprobados en la NCP. Todas las comisiones plantearon artículos relacionados con el derecho a la salud, aunque sólo la Comisión Quinta presentó explícitamente la aceptación de la salud como derecho en el siguiente artículo: "La salud es un derecho de los ciudadanos. Se garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud" (Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, pág. 177). No obstante, este artículo no prosperará y la noción de derecho quedará reducida a la ubicación que tendrán los artículos sobre salud en el Capítulo 2, sobre derechos económicos, sociales y culturales, que será el escenario desde donde las luchas sociales y el activismo judicial avanzarán con el tiempo para que la salud sea asumida primero como un derecho y luego como un derecho fundamental, casi dos décadas después con la sentencia T-760 de 2008 y la Ley Estatutaria de 2015.

Una dimensión que estará presente en la disputa por la salud como derecho se relaciona con la explícita alusión a que el Estado es garante de los derechos, en un artículo que aprobó la Comisión Primera:

Los poderes del Estado tienen como finalidad esencial servir a la comunidad; promover la prosperidad general y las condiciones de efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las instancias de decisión que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación. (Comisión Primera de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

La Comisión Quinta presentó un artículo sobre la finalidad social del Estado un poco más específico, en los siguientes términos:

Es finalidad social del Estado procurar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población atendiendo a principios de universalidad, continuidad y solidaridad. Será objetivo fundamental la solución de las necesidades insatisfechas de salud, educación y saneamiento ambiental. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de las entidades territoriales la inversión social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación. (Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente , 1991, pág. 175)

Las dos propuestas fueron recogidas en los artículos 3 y 13 de la NCP y la materialización de las obligaciones del Estado se traduce en (...) inversión social (arts. 350, 365 Y 366 de la NCP), preservándose el control de todos los espacios de la economía (art. 334 de la NCP). En cambio, aparece más explícita ahora la necesidad de compartir la responsabilidad con los ciudadanos, quienes tienen deberes mucho más detallados que en la antigua Constitución (Cap. 5 de la NCP). (Hernández Álvarez, 1991, pág. 15)

Con lo que aparecen dos aspectos claves que marcarán la discusión posteriormente, y es lo relacionado con la obligatoriedad del Estado en materia de derechos y la fuerza de la responsabilidad de los ciudadanos en compartir las cargas a través de deberes detallados, lo cual implica que:

(...) puede generarse una tendencia en rigor legítima, por la vía de los deberes del ciudadano, de fortalecer cada vez más la responsabilidad de los sujetos en la atención de su salud, de la educación, de la vivienda, etc. Es aquí donde aparecen visos de minimización de la responsabilidad del Estado frente a los ciudadanos. (Hernández Álvarez, 1991, pág. 76)

No obstante, al presentarse como una tensión se puede leer que:

(...) no existe una sola visión del derecho a la salud en la nueva Constitución, e incluso, se vislumbra una tendencia fuerte que intenta disminuir progresivamente la responsabilidad ética del Estado frente a estos problemas. Claro está que la tendencia actual predominante en nuestro país sigue siendo la que considera que existen los derechos sociales, económicos y culturales, por lo menos como derechos positivos, es decir aceptados y garantizados por el Estado (incluso económicamente, art. 350 NCP), si bien no aparecen entre los derechos fundamentales (Cap.-I- NCP). (Hernández Álvarez, 1991, págs. 76-77)

En definitiva, lo que se observa es que, en términos generales, el debate constituyente de la concepción del Estado y la salud marca una tendencia que se ubica en un reconocimiento de la función garantista del Estado de los derechos, sin embargo, deja la puerta abierta para que sea a través del concepto de servicio público, y a través de la conjugación de la participación de públicos y privados. Incluso se cuenta con la concurrencia de los ciudadanos par hacer efectiva dicha garantía, lo que marca la tensión hacia adelante entre lo público y la privado. En este punto la tensión con la perspectiva indígena es muy visible, porque la lectura y las acciones en salud, entendida como equilibrio-desequilibrio, comporta el abordaje integral de los individuos, familias, comunidades y territorios.

3.3.2 La salud en el texto final de la ANC y los desafíos para articularlo con una política de salud indígena

En este apartado se destaca principalmente lo relacionado directamente con salud y seguridad social, considerando que el modelo de Estado ha quedado definido y comentado anteriormente. Se presentarán los artículos respectivos en la lógica de ir descifrando su naturaleza y los espacios de oportunidad para la configuración de la política de salud indígena del Estado y las posibilidades para que los Pueblos Indígenas continúen en la estructuración de sus políticas de salud.

Seguridad Social

Artículo 48: Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley (...). (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

La ANC deja establecido el carácter de derecho universal de la seguridad social, sin embargo, señala que deberá tener la participación de los particulares y podrá ser prestada por entidades públicas y privadas. La Constitución no señala ningún parámetro para

desarrollar la seguridad social en poblaciones indígenas, considerando el carácter colectivo de la propiedad de la tierra y su configuración socioeconómica y cultural. Este será un vacío que marcará campos de disputa en el desarrollo legal posterior alrededor de una visión basada en la solidaridad, ante la imposibilidad de pago de las contribuciones por parte de poblaciones cuyo trabajo pocas veces estará ligado al empleo formal.

En el debate hubo posturas que vinculaban la seguridad social a aspectos más amplios de la vida social que, sin embargo, fueron desechadas:

La aspiración que se observó en la comisión V de una visión amplia de la seguridad social en el que: "(...) se incluían todos los sectores de las políticas sociales (vivienda, educación, salud, recreación, etc.) (...) esta concepción se descartó por su poca viabilidad político-técnica, en un momento de tendencia hacia la minimización del Estado". (Hernández Álvarez, 1991, pág. 80)

De esta forma, queda delimitada la concepción de la seguridad social alrededor de prestaciones económicas para personas mayores, invalidez e incapacidades por maternidad; situaciones que en el caso de las comunidades indígenas requerirán lecturas particulares en una legislación posterior.

En salud lo que se observa es que, a pesar del debate, la NCP recoge los planteamientos que venían de la Ley 10 de 1990 que, si bien reconocía la salud como un derecho para garantizarlo, su materialidad se traducía en servicio público, pues según el Artículo 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. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con 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. (República de Colombia, 1991 , pág. 23)

Con lo que se podría plantear que en este campo el Gobierno de Gaviria determinó el enfoque y el alcance de lo que sería la política pública en salud en la NCP.

En primer lugar, la salud se limita a la prestación de servicios que son públicos en los ámbitos de la promoción, la protección y la recuperación de la salud. Hasta aquí el campo queda centrado en la ausencia y la presencia de la enfermedad, sin relación con lo contenido en el enfoque de determinación social.

En segundo lugar, aparece el papel del Estado como dirección máxima de la organización de los servicios, haciendo alusión al carácter prestacional del derecho que, en todo caso, es un servicio público que podrá ser prestado por públicos y por privados para todos, y bajo principios de eficiencia, solidaridad y universalidad. Se evidencia una tensión permanente entre la enunciación del derecho y su materialización como servicio ligado a la eficiencia, que en tiempos de neoliberalismo está ligado a la privatización y el mercado.

En tercer lugar, se entrega al Estado la responsabilidad de fijar las competencias por nivel territorial y de los particulares, así como determinar los aportes a cargo; al mismo tiempo, señala que los servicios serán descentralizados, por nivel de atención y con participación de la comunidad. Esto que aparece como el fortalecimiento de la responsabilidad del Estado en la dirección de la política, recoge también los principios de la Ley 10; y en el marco de la tensión enunciada, abre la puerta para procesos que pueden ir en la línea de que lo público es el servicio, pero que la prestación estará a cargo del que tenga las condiciones para la eficiencia. Esto implica, como se ha planteado, avanzar hacia la privatización, así en un primer momento se anuncie fortalecer el sector público.

En tanto que servicio público (concepto ampliado en el Título XII, Capítulo 5-nCP), de carácter universal, sometido a los principios de universalidad y solidaridad, la atención de la salud adquiere una dimensión de derecho. - A pesar de la anterior acepción, por esta vía también se incluye la salud en el terreno de lo que los economistas llamarían 'bienes y servicios' y así, la prestación puede estar a cargo del Estado o de particulares. - En el terreno de lo privado, los servicios de salud ingresan a las leyes de oferta y demanda y comienzan a aparecer las inequidades relacionadas con el complejo necesidad-capacidad de pago-accesibilidad. - Se espera, entonces, que el Estado sirva de regulador, vigilante y controlador de estas inequidades inherentes al

espacio del mercado, para lo cual se requeriría un Estado fuerte, no un 'Estado mínimo' como el que se propone desde algunas vertientes radicales del neoliberalismo. (Hernández Álvarez, 1991, pág. 79)

En cuarto lugar, la gratuidad que solo se predica de la atención básica significa que hasta allí llega la obligatoriedad para el Estado, sustrayéndose la responsabilidad sobre la integralidad del derecho:

Ante los costos de la atención, es claro que el Estado no podría asumir la prestación de servicios, por lo cual se toma la vía del 'mínimo decente' (o atención básica), no sin dificultades relacionadas con quién y desde dónde determina el umbral. Lo más probable es que se fije simplemente por la capacidad de financiación del sector oficial, que tiende a disminuir cada vez más (...). (Hernández Álvarez, 1991, pág. 79)

Finalmente, el artículo hace alusión a los deberes en salud, con lo cual en el campo sanitario se recoge un planteamiento universal ligado a la responsabilidad de la ciudadanía de tomar parte en el cuidado de la salud, pero que en el mundo de la economía y dentro de un modelo neoliberal corresponde también al componente de autofinanciación.

Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada... Artículo 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. La ley reglamentará la materia. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

Este artículo destaca la determinación de una prioridad alrededor de los niños menores de un año, y vincula al Estado para garantizar el derecho a la salud, consagrado como fundamental solo para esta población. No obstante, se mantiene la limitación de la garantía de gratuidad a aquellos niños que no estén cubiertos por el sistema de seguridad social.

3.4 El balance de posibilidades e incertidumbres para la configuración de la política de salud indígena

Se selló un nuevo pacto social y político en el ámbito constitucional que más allá de los debates sobre sus bondades o limitaciones, definitivamente mueve las líneas de la arena política para que los sujetos y fuerzas que se mueven por dentro y por fuera del régimen político transiten a una nueva etapa de la disputa en los planos económico, social, cultural, político y ambiental. Los desafíos de modernización del Estado en esta nueva etapa estarán en una constante contienda entre las formas y los contenidos de la democratización, la garantía de derechos y las dinámicas del capital.

En cualquier caso, el país ha sentado las bases para una nueva dinámica de configuración de un proyecto de nación que indisolublemente no podrá avanzar sin resolver, dar o aceptar, el lugar a las diversidades socioculturales y políticas, y sin superar las condiciones que hacen posible e impulsan la guerra.

Habría la tentación de definir la inclusión de las realidades étnicas como multiculturalismo de Estado, es decir, una suerte de integracionismo moderno que encuentra posible el desarrollo permitiendo la diferencia de modelos y perspectivas, pero la intensidad y profundidad de las luchas indígenas, negras y campesinas, la rigidez para afrontar un cambio en la estructura de propiedad de la tierra, las dudas sobre la voluntad del régimen político y los actores armados restantes (FARC-EP y ELN), así como el arraigo de las lógicas mafiosas y del paramilitarismo y el compromiso de las élites con la agenda neoliberal, por lo menos invitan a pensar que se trata de un híbrido complejo entre la política del reconocimiento y la del sometimiento, por la vía de la violencia y un integracionismo de mercado.

No obstante, es claro que el Estado reconoce la diferencia en clave de derechos, se sintoniza con las corrientes internacionales expresadas en el convenio 169 de la OIT, que entraría en vigencia a partir del 7 de agosto de 1991, un mes después de promulgada la NCP, y absorbe en buena medida la agenda política presente en las luchas más dinámicas y consistentes de un sector de la sociedad encarnado en el sujeto político indígena.

Dadas estas condiciones, el tema crucial está en que ese sujeto diverso entraña una postura que no solo reivindica hacia adentro, sino que al hacerlo y siendo parte de una corriente contracivilizatoria global, desafía hacia afuera los núcleos duros del orden hegemónico capitalista de la vida y el desarrollo, y en ese camino se choca de frente con el régimen político que, aunque renovado, no parece ceder en las formas violentas de acumulación y exclusión. Por esto, las luchas por la tierra y el territorio, la participación política, el gobierno y la autonomía, junto a aspectos como la economía, la cultura y la salud, continuarán el camino de la resistencia y la negociación permanente.

Por otra parte, a partir de ese momento el movimiento indígena tiene una doble dimensión: la de una fuerza ciudadana, social y política que se ha venido construyendo por mucho tiempo, y la de ser parte de manera particular del ordenamiento del Estado como un sujeto, un sector y un tema especial.

El sistema de salud colombiano entra en una fase marcada por la apertura a un proceso de privatización, como camino para la garantía de un derecho a cargo del Estado, que está interpretado como servicio público para la dimensión prestacional en los momentos de la promoción, la protección y la recuperación y que la gratuidad está limitada para lo que se estipule como básico. Esta transición se genera en un marco que no contempla afectar los procesos de determinación social; y en el que la seguridad social quedó limitada a las pensiones, los riesgos laborales y algunas prestaciones complementarias, bajo un esquema en el que la intermediación privada queda en el rango constitucional.

En materia de salud indígena, no se encuentra una alusión explícita; pero la elevación a nivel constitucional de todo lo relacionado con territorio, cultura, gobierno, autonomía y participación política, inmediatamente hace que lo acumulado como movimiento indígena, y en particular como CRIC, encuentre un lugar privilegiado para seguirse configurando como una política indígena de salud que aspira a gobernar lo propio y lo intercultural, en un ejercicio más democrático de saberes y poderes con el sistema de salud y su modelo hegemónico de medicina occidental. Para los Pueblos Indígenas en el marco de la NCP, el decreto 1811 es interpretado como carta de derecho a la salud y resistirá su enfoque hacia una salud asumida únicamente como servicio público.

4 De la nueva invisibilidad en la Ley 100 a la Ley 691: Resistencias, negociaciones y subordinaciones, 1992-2001

El periodo 1992-2001, inicia con grandes expectativas: por la promesa de construir un Estado Social de Derecho y una democracia participativa; así como por los avances en los procesos de paz, pese a la persistencia del conflicto armado; la decisión del régimen político de transitar rígidamente dentro del modelo neoliberal; el fortalecimiento del proyecto paramilitar; los graves efectos del narcotráfico; y la creciente desigualdad social.

El Frente Nacional, terminado formalmente en 1974, persistió en tanto acuerdo de las élites políticas, aún con modificaciones hasta el nuevo pacto político de la Constitución de 1991 (Archila Neira, 2018). No obstante, el país seguirá enfrentando fuertes limitaciones para la apertura democrática, en la medida que el régimen político minará los procesos de construcción y aplicación de garantías electorales, económicas, jurídicas, de protección de la vida y de acceso a los medios de comunicación, a los movimientos y partidos políticos que buscarán instalarse en el campo alternativo, independiente y de oposición.

En este marco se suceden tres gobiernos que, con diferencias importantes, mantienen su compromiso con la apertura económica, la privatización de la institucionalidad y la política pública; la distancia con una reforma agraria integral que supere la profunda desigualdad en la propiedad de la tierra y su uso productivo y sostenible; el deterioro del trabajo y la vocación depredadora y extractivista del modelo económico.

El Gobierno de Cesar de Gaviria (1990-1994) es reconocido por su fuerte ofensiva legislativa para ganar la disputa política incluso a sectores tradicionales del régimen político, en el sentido de orientar el desarrollo constitucional en la perspectiva neoliberal y en el marco del Consenso de Washington, en aspectos como la disciplina fiscal, la reorientación de subsidios, la privatización y la desregulación económica para favorecer la libre competencia (Martinez & Soto, 2012).

Todo lo anterior se vio reflejado en temas y enfoques estratégicos como las reformas agraria, cambiaria, laboral, territorial (administrativa y fiscal), educativa y de seguridad social y salud (Edwards & Steiner, 2008). En esta línea, se buscaba avanzar en un Estado mínimo con menor intervención en la vida económica y social, y una mayor eficiencia - reclamada ya en la Ley 10 de 1990 y en la Nueva Constitución Política-, lo que en salud se traduciría en el modelo de pluralismo estructurado⁷⁹ que sustenta la Ley 100 de 1993.

Por su parte, el Gobierno de Ernesto Samper (1994-1998) transcurrió en medio de una fuerte crisis de legitimidad por la infiltración de las mafias del narcotráfico en su campaña que parecía fisurar el régimen político; y en general dio continuidad a las políticas de apertura comercial e inversión extranjera y privatización de activos públicos. Sin embargo, se diferenció por haber dado gran importancia a la inversión social, reflejada en uno de los presupuestos más altos en la región (Ocampo, 1988), en todo caso, bajo el mismo modelo de subsidios, intermediación privada y financiarización. El Gobierno de Andrés Pastrana en general contrae nuevamente la política social, aunque mantiene su esquema de implementación y da continuidad a la agenda neoliberal de los 90.

Los tres gobiernos transitaron en medio de una de las etapas más violentas de la historia alrededor de la disputa por el control territorial y el poder local entre la insurgencia, el paramilitarismo y la institucionalidad, en medio de la captura del conflicto y sus actores por parte del narcotráfico. Lo anterior a pesar de los acuerdos de Paz generados como parte y en el marco del proceso constituyente con el M-19, el EPL, el PRT y el Quintín Lame, así como del ambicioso proceso de paz con las FARC-EP, que luego de tres años de esfuerzos fracasaron frente a la expectativa de hacer la paz, pero habilitaron al régimen político para pasar a una nueva etapa de guerra total sobre la base de la deslegitimación no solo de la lucha armada, sino sobre la supuesta intencionalidad política de las guerrillas.

⁷⁹ El *pluralismo* evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado; *estructurado* evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado (Frenk & Londoño, 1993).

La intensidad del conflicto y sus efectos generó hacia 1997 la eclosión del desplazamiento forzado que convertiría a Colombia en el segundo país con las cifras más altas en el mundo, a causa de miles de masacres, asesinatos, desapariciones, secuestros y todo tipo de violaciones a los derechos humanos, con mayor crudeza en los años iniciales y finales de los 90 (Echandía, 2000). Por su parte, la movilización social tuvo su punto más bajo entre 1991 y 1994, y se escaló en 1998 a uno de los picos más altos en el periodo comprendido entre 1975-2015 (Archila Neira, 2019), en reacción a la naturaleza y dimensiones del conflicto.

En materia de violencia política contra los Pueblos Indígenas, entre 1991 y 2001 se registran 1.786 hechos de violencia política, el 27% de todos los estudiados durante 40 años entre 1974 y 2004 (Villa & Houghton, 2005).

En este capítulo se dará seguimiento al proceso contencioso de configuración de la política pública en salud indígena, desde 1991 -después de la promulgación de la nueva constituyente-, pasando por la expedición de la Ley 100 de 1993 -que reforma radicalmente el sistema de salud y seguridad social en Colombia- y culmina con la Ley 691, instrumento que luego de un largo proceso de resistencias y negociaciones termina adaptando parcialmente la plataforma de salud indígena al marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo que se llamará en esta investigación una *inclusión subordinante de mercado*. Todo esto sucede en un momento de ligera revitalización del régimen político, que cuenta con el capital del nuevo pacto constitucional y se empeña en una agenda neoliberal.

Este ejercicio se desarrolla en cuatro secciones. La primera, inicia una vez termina el proceso constituyente con una alta visibilidad indígena en la nueva Constitución Política, y llega hasta la expedición de la inconsulta Ley 100, en la que se verifica la casi ausencia de los Pueblos Indígenas en salud y su homogenización por la vía de la racializada concepción de la incapacidad de pago. Es un periodo en el que se observa una especie de reflujo en la movilidad social (1991-1993), en parte ligado al impacto de las políticas económicas, la cada vez más importante dinámica política electoral en los niveles locales y la violencia contra las organizaciones sociales y el movimiento indígena.

En una segunda sección, se da cuenta del proceso de resistencia de los Pueblos Indígenas -principalmente del Cauca- frente a la Ley 100, seguida de un proceso de negociación y adaptación contenciosa (1993-2000) como alternativa viable de los Pueblos Indígenas frente a la apabullante implementación de la ley en los territorios indígenas, que culmina con el nacimiento de las Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado Indígena-ARSI y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas-IPSI. En la tercera sección, se presenta la cristalización parcial del proceso de disputa entre Pueblos Indígenas y Estado, alrededor de la salud en lo que se denominaría una inclusión subordinante de mercado en la Ley 691 (2001). Finalmente se presenta un balance de acumulados para articular con el siguiente periodo.

En todo este recorrido se irán visibilizando y analizando los principales hitos de configuración contenciosa de la política en salud indígena, desde el Estado y desde los Pueblos Indígenas en sus expresiones de incorporación subordinante, de resistencia y de desarrollo autónomo con especial énfasis en la observación de los congresos y movilizaciones del CRIC y la ONIC, como expresión protagónica del sujeto político indígena, al mismo tiempo que se relacionan aspectos clave de la dinámica internacional pertinente.

4.1 Las victorias constituyentes y la invisibilidad indígena en la Ley 100: entre los derechos y el mercado, 1991-1993

Esta sección se orienta a analizar algunos de los hechos que marcaron la dinámica de las disputas en salud del sujeto político, al interior de las dinámicas políticas y del surgimiento de instrumentos de política pública de salud indígena a nivel nacional e internacional en el contexto postconstituyente inmediato y hasta 1993, fecha de expedición de la Ley 100 de salud y seguridad social.

Se observará cómo en este corto periodo postconstituyente los nuevos espacios de apertura política transitan en medio del recrudecimiento de la violencia política,

complejizada por la gran imbricación del narcotráfico en las luchas por el control territorial y el escalamiento de la movilización del CRIC.

En este contexto se ubican los sentidos y los contenidos de la Resolución 5078 sobre culturas médicas tradicionales y terapéuticas alternativas que reconocen, pero subordinan de manera fragmentada, las medicinas tradicionales indígenas; del Decreto 1088 que habilitará el nacimiento de las Asociaciones de Cabildos como entidades públicas de carácter especial, que servirá de base para la empresarización en salud de los Pueblos Indígenas; y la Ley 100 que reforma estructuralmente el sistema de salud en Colombia. Todas ellas fueron normas inconsultas, o parcialmente consultadas, en contravía del nuevo ordenamiento constitucional.

Finalmente, se analiza el ámbito internacional y su relación con las dinámicas nacionales, en torno a la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo con orientaciones e instrumentos regionales y globales que desarrollan el Convenio 169 de la OIT, que responden a la movilización indígena y a las tensiones entre la garantía de los derechos de los Pueblos Indígenas y las presiones neoliberales sobre la autonomía e integridad de los territorios.

4.1.1 La dinámica de las organizaciones indígenas y la salud entre la constituyente y la Ley 100

A pocos meses de promulgada la Nueva Constitución Política, inició el proceso electoral para Congreso de la República; y aunque las reglas de juego apuntaban a su transformación, la estructura del régimen político favoreció nuevamente de manera mayoritaria a las fuerzas tradicionales de predominio liberal y conservador, y el acceso de los nuevos movimientos políticos se tornó marginal en proporción con su presencia en el proceso constituyente.

La jurisdicción especial permitió la llegada al Congreso de dos indígenas con un alto nivel de figuración nacional y regional: Anatolio Quirá, indígena del Pueblo Coconuco del Cauca, expresidente del CRIC, en representación de la Alianza Social Indígena-ASI; y Gabriel Muyuy, del Pueblo Inga⁸⁰, en representación del Movimiento Indígena Colombiano-MIC. Ambos movimientos políticos nacieron al fragor del proceso preconstituyente, en el momento en que en el seno de la ONIC no fue posible consumar un acuerdo entre amazónicos y andinos, donde los primeros mayoritariamente querían promover un Inga⁸¹ al Congreso y los segundos, inconformes, decidieron crear la ASI. El movimiento indígena desde entonces ha vivido de manera conflictiva las relaciones entre movimiento político y social, buscando mantener una relativa autonomía del segundo (Laurent, 2002).

La euforia constituyente y la participación política en el congreso fueron duramente golpeadas el 16 de diciembre de 1991⁸², cuando en Caloto-Cauca las fuerzas de seguridad del Estado perpetraron la masacre del Nilo, con un saldo de 20 indígenas del pueblo Nasa asesinados; en el contexto de las luchas por la recuperación de la tierra, la tensión con los intereses terratenientes y empresariales de la región y la toma de sectores de la institucionalidad del Estado por parte de las mafias del narcotráfico. En virtud de este hecho, las comunidades llegaron a un acuerdo de reparación integral con el gobierno resumido en cinco puntos:

1. Verdad, justicia y penalización de los responsables de la masacre, los actores materiales e intelectuales; 2. Reparación individual a los más de 130 familiares víctimas; 3. Reparación colectiva al Pueblo Nasa con la entrega de cerca de más de 16.000 hectáreas de tierra que deberían estar en manos de las comunidades indígenas en los tres años siguientes a la masacre;

⁸⁰ Pueblo indígena ubicado principalmente en el Valle del Sibundoy en el departamento de Putumayo, pero con presencia en varias regiones del país.

⁸¹ Del Pueblo Inga.

⁸² "Hace 20 años una comunidad indígena, que llevaba cuatro en posesión de un predio en el norte del Cauca, fue masacrada durante una cita para dialogar sobre el problema de tierras (...). Fue el 16 de diciembre de 1991 y como los indígenas llevaban cuatro años en posesión de más de 500 hectáreas de la hacienda El Nilo, en Caloto, norte del Cauca, los nuevos dueños los llamaron para dialogar sobre su presencia en el predio. La cita fue ahí y la muerte también. Ni siquiera les permitieron explicar a los 80 indígenas que asistieron cuál era la razón de su movilización. Minutos más tarde, pasadas las 8 de la noche, la gente corría saltando alambrados, rodando abismos y gritando lo inesperado. Entonces Orlando Villa Zapata, alias Rubén, disparó junto a sus hombres y 20 nasas fueron fusilados" (Bolaños E. A., 2011).

4. Fortalecimiento y apoyo de los planes de vida [incluyen salud] de las comunidades del norte del Cauca, como estrategia de pervivencia de las comunidades indígenas; 5. Garantías de no repetición de estos hechos criminales. (Márquez, 2012)

Como ya se ha planteado en el capítulo 2, pero ahora en el contexto postconstituyente, en la medida que en la plataforma de lucha del CRIC aparece la recuperación de la tierra, los hechos derivados de la misma juegan en la configuración de la política pública de salud por varias vías: 1) La salud va ligada a la lucha por la tierra y construcción del territorio, por lo que como proceso de larga duración y gran complejidad, tierra, territorio y salud se complementan, se constituyen y se significan permanentemente; 2) en muchos de los acontecimientos de movilización, o ligados a hechos que terminan con la vida de los indígenas, se producen acuerdos con el Gobierno que involucran pactos por políticas públicas que directa o indirectamente tienen que ver con la salud; y 3) finalmente, debe decirse que ligado a las luchas indígenas se encuentran presentes primero la medicina tradicional, y luego ésta adentro del programa de salud del CRIC como soporte inherente a las mismas luchas.

En el caso del Nilo, el cuarto punto del acuerdo estipula el apoyo a los planes de vida, que en el caso de la zona norte del Cauca implican el componente de salud de manera transversal y específica. De esto, se puede observar que uno de los caminos por donde transcurre la configuración de la política de salud indígena es el de los acontecimientos de movilización, pero también de violencia política, que algunas veces, termina en acuerdos que van apuntalando la política de salud.

Es pertinente detenerse aquí, para observar cómo en el marco del acuerdo de reparación integral, se incluyó la exigencia de financiamiento de una Escuela de Etnosalud, a la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca-ACIN⁸³ organización zonal

⁸³ Aquí es necesario explicar que El CRIC es una organizacional regional de base local en los resguardos; y zonal, basada en subregiones que representan identidades territoriales, étnicas, administrativas y de coordinación. Al inicio del CRIC, las zonas más fuertes son Tierradentro, Norte, Oriente, Centro y Occidente. En los 80 estas zonas van avanzando a organizar procesos político-organizativos descentralizados pero articulados al CRIC. Uno de los más dinámicos en el inicio de este proceso es el de la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca-ACIN. Progresivamente se irán nombrando estas zonas en la investigación. Esta referencia es muy importante porque da cuenta de la construcción territorial y participativa del CRIC, y porque estas zonas ganan cada vez más protagonismo, especificidad y autonomía.

autónoma e integrante plena del CRIC. Luz Ángela Palacios⁸⁴ relata que dicha escuela: “Hizo parte de la reparación integral de la Masacre del Nilo (...). Se hizo para Promotores de Salud Indígena, así fue el nombre del programa” (Palacios, 2018, pág. 4).

Esta institución propia del sujeto político indígena, enmarcada en la línea de formación del Programa de Salud y por tanto de la política indígena de salud, se requería para recoger todos los acumulados desde los años 70; y de esta manera avanzar en gobernar los procesos de formación al interior de los territorios indígenas, dadas las dificultades permanentes de negociación entre los Pueblos Indígenas y la Escuela de Enfermería del Cauca frente a los temas de cobertura, recursos, orientación y metodologías de capacitación de los promotores indígenas. Varios aspectos hacían la diferencia a la hora de gobernar la línea de formación del Programa de Salud por parte de los Pueblos Indígenas, con relación a aquellos que se habían adelantado de manera contenciosa, bajo la dirección de la Escuela de Enfermería. Se destacan dos, la construcción de la propuesta de formación y el perfil del promotor indígena de salud:

“[Construcción de la propuesta:] (...) para hacer eso se hizo una consulta muy grande, primero hicimos un trabajo con comunidades de todos los resguardos de la zona norte que en ese tiempo eran 17, se hizo un trabajo con autoridades para preguntarles qué debería de hacer el Promotor. También nos reunimos con médicos tradicionales, parteras, personal de salud que ya estaba capacitado, hicimos un encuentro de Promotores de todos los municipios del norte, se invitaron a los Promotores Indígenas que habían sido capacitados en las escuelas comunes y corrientes y se invitaron de todos los hospitales, ese encuentro fue aquí en Popayán; con todas esas opiniones se planteó el perfil de promotor de salud (...). (Palacios, 2018, pág. 4)

Como se puede observar, adelantar un proceso de formación no era solo un problema técnico, sino también político y sociocultural, pues lo central es que las propuestas la definan las comunidades, las autoridades y los sabedores ancestrales. En materia del perfil del promotor:

Cuando se hizo esta construcción de este perfil que fue muy consultado, la gente lo último que pedía era que fuera un buen técnico en salud, pero siempre decían: alguien conocedor de la organización indígena, que fuera respetuoso y practicante de la medicina propia, que tuviera

⁸⁴ Primera coordinadora de la Escuela.

conocimientos de los procesos políticos-organizativos en salud que se desarrollaban en los resguardos, que fuera un puente de información y relación entre las instituciones de salud, la comunidad, las autoridades y por último que supiera hacer bien las cosas de salud (aplicar inyecciones, hacer curaciones, vacunar a los niños). (Palacios, 2018, pág. 4)

Con lo que la trayectoria construida desde los primeros congresos del CRIC, alrededor del rol de los procesos de formación, se mantenía ratificando la necesidad de gobernar la formación, para poder asegurar que los poderes y saberes que reproducían y recreaban en este tipo de procesos, partieran de lo propio, de lo político y lo cultural, y de esa manera generar relaciones de interculturalidad con una mayor simetría con la institucionalidad oficial y la medicina occidental.

Este tipo de hechos fundamentan a cada momento la existencia de una política indígena en construcción, que emerge del sujeto político indígena, que alimenta la dinámica de los Pueblos Indígenas hacia adentro y que sirve de referencia para la resistencia, la movilización y la negociación frente al Estado. El cual en su institucionalidad y desde los paradigmas educativos, científicos y de la medicina occidental -dependiendo de la correlación de fuerzas-, incorpora la diferencia, a veces adaptando, muy pocas veces asumiendo, siempre con una impronta racializada frente a la otredad.

El año 1992, será particularmente contencioso en el Cauca. Las luchas indígenas por la tierra se intensificarán⁸⁵ en un escenario de tensión por el control territorial entre las guerrillas de las FARC-EP y el ELN, así como por parte del narcotráfico.

La presión nacional a nivel de organizaciones indígenas, de derechos humanos y de la comunidad internacional por los hechos del Nilo⁸⁶, y los riesgos de nuevas masacres y violaciones de derechos humanos por la fuerte conflictividad por la tierra en el Cauca, llevaron al gobierno de Gaviria a expedir el Decreto 715 de abril de 1992 mediante el cual se creó el Comité Nacional de Derechos Indígenas, cuyo objeto sería la prevención y el

⁸⁵ El 5 de marzo: “El gobierno departamental realizará un análisis del problema de tierra ante la nueva oleada de invasiones que se registran en el oriente del Cauca (El País, 1992, pág. 9C).

⁸⁶ El 7 de febrero de 1992: “Un grupo de 10 senadores estadounidenses, encabezado por Alan Cranston y Edward Kennedy, envió ayer al presidente César Gaviria una comunicación expresando su preocupación por la situación de los indígenas del Cauca, luego de la masacre ocurrida en Caloto y le solicitaron agilizar las investigaciones por el múltiple crimen y tomar acciones severas contra grupos paramilitares” (El Espectador, 1992, pág. 11A).

esclarecimiento de los hechos violatorios de los derechos humanos de las comunidades indígenas (El Siglo, 1992, pág. 16A). No obstante esos instrumentos de política pública, en el Cauca no había avance en el cumplimiento de acuerdos; y la estrategia del gobierno de enfrentar los cultivos de uso ilícito a través de la erradicación forzada estaba produciendo más tensión y violencia.⁸⁷

En medio de esta dinámica se precipita una nueva negociación y acuerdo entre los Pueblos Indígenas que rechazan la erradicación forzada de los cultivos de uso ilícito y el Estado, en lo que se denominó el acuerdo de Jambaló, en el que se acepta la propuesta de sustitución voluntaria: "(...) los indígenas han planteado abandonar el cultivo de los narcóticos a cambio de programas que puedan satisfacer sus necesidades de alimentación, de servicios básicos y de fuentes de trabajo dignos (...)" (Perafan, 1999, pág. 4). Sin embargo esto pareciera un lugar común, dadas las características del sujeto político que negocia, pues cuando se habla de necesidades se vincula todo a su plan de vida -que incluye la salud-; y cuando se refieren a narcóticos -como denominación estatal- los Pueblos Indígenas aceptan la sustitución voluntaria, porque defienden la coca como planta sagrada y recurso tradicional, y rechazan su inserción en las redes de narcotráfico por parte de actores violentos que irrumpen en las comunidades desafiando a las autoridades y al orden comunitario.

Debe resaltarse cómo las negociaciones y las luchas de resistencia frente a las políticas del Estado, en cualquier campo, siempre se constituyen en escenarios desde los cuales se recoge la fuerza y la concepción del movimiento indígena, en términos de autonomía

⁸⁷ Si bien el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria-INCORA, informa de sus esfuerzos por avanzar en la compra de tierras y de su concertación entre "ocupantes" y "propietarios, al parecer estas dinámicas también son materia de discusión y se acumulan en lo que es el escenario contencioso en el Cauca. El 10 de junio de 1992, el gerente del Incora declara que el Instituto ha autorizado la compra de 3.974 hectáreas en 1992, y hay un total de 1.385 millones para adquirir 6.183 hectáreas en lo que resta del año. "No encuentro justificación en las críticas de las comunidades indígenas sobre un supuesto incumplimiento de los convenios porque los acuerdos aún tienen vigencia y están dentro del tiempo para ser cumplido" (El País, 1992, pág. 7D), expresó Corrales. El expediente de la disputa en las lecturas del conflicto por la tierra se mantiene en el escenario racista y de presunción permanente de ilegalidad de las luchas: "con la ocupación de tierras se ha planteado una controversia entre los sectores en conflicto. Los propietarios de las tierras sostienen que los indígenas invaden por ocupar los predios ya que no los trabajan y posteriormente quedan abandonados. Entre tanto los aborígenes defienden la entrega de tierras, expresando que se trata de una acción justa y simplemente la utilizan para producir los elementos de consumo" (El País, 1992, pág. 1C).

política y sociocultural y control territorial, con lo que la salud desde lo propio y desde la reivindicación de garantías del derecho a la salud están presentes con mayor o menor nivel de explicitación. Igualmente, se va tejiendo una trayectoria histórica de disputa alrededor de los acuerdos que se vuelven política pública mediante decretos, resoluciones, actas y otro tipo de instrumentos del Estado, en una especie de espiral, porque el nuevo acuerdo ratifica las demandas anteriores que, al no ser en general cumplidas, dado el nuevo momento histórico, tales demandas se ensanchan cualitativamente porque ganan otros sentidos y cuantitativamente porque aumenta el contenido de las mismas. Entre otras, hasta aquí se ha transitado del CAPIC (1985), al Acuerdo Integral de Reparación del Nilo (1991), al de Jambaló (1992), y así sucesivamente se encontrarán en este estudio estos hitos de configuración compleja y contenciosa de las políticas públicas en particular de salud.

En este contexto, entre el 10 y el 15 de octubre de 1992 se presenta una gran movilización en el Cauca, que congregó más de 10.000 indígenas del CRIC y campesinos del Macizo Colombiano, y que fue objeto de una represión sin antecedentes⁸⁸ con la participación del ejército, capturas de manifestantes y uso de armas de fuego; represión que sin embargo no logró detener la movilización, que llegó el emblemático 12 de octubre al centro de Popayán, y que en todo caso culminó con un nuevo acuerdo suscrito con el alto gobierno alrededor de compromisos de tierras, créditos, vivienda, educación y salud (El País, 1992, pág. 7C).

Esta gran movilización es quizá la primera en el país que a nivel rural advierte de las consecuencias de la apertura económica de Gaviria para el campo, por lo que será, entre otros, la invasión de productos agropecuarios básicos del extranjero que terminarán de quebrar la producción campesina e indígena.

Adicionalmente, la movilización adquiere una rica significación política y cultural por realizarse en el escenario de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los

⁸⁸ “Contra la marcha campesina del Cauca predominó la brutalidad oficial. El viernes 9 de octubre, a las 6:00 de la mañana, las tropas del Batallón Pichincha, por órdenes de la Presidencia de la República, despejaron violentamente la carretera Panamericana a la altura del puente de Río Blanco, lanzando tanques ‘Cascabel’, armas de fuego y fuerza contundente contra millares de indígenas y campesinos que bloqueaban la vía (...) 32 manifestantes fueron detenidos y reclusos en Popayán y casi una docena resultó herida. El representante de la UP y PC, Manuel Cepeda, se trasladó el sábado 10 a Popayán (...). Desde el domingo 11 por la noche los indígenas se concentraron en el Parque Caldas. El lunes 12, a la una de la tarde, la multitud de indígenas, con las bocas vendadas y las manos amarradas, recordando la época de la Colonia, entró a Popayán” (Voz, 1992, pág. 6A).

españoles, a propósito de la disputa entre el discurso integracionista y desarrollista del “encuentro de dos mundos” impulsado por los Estados Iberoamericanos, y el anticolonial de los movimientos sociales y Pueblos Indígenas en resistencia a la extinción física, material y cultural de los pueblos originarios, que por tanto rechazan tal visión oficial⁸⁹. En el caso Colombiano, fueron la ONIC y el CRIC quienes enfrentaron esa disputa a través de la campaña de “autodescubrimiento” que adelantaron desde 1989, cuyo objetivo, más allá de la resistencia, pretendía enviar el mensaje de la necesidad de que las sociedades latinoamericanas se reconocieran a sí mismas en su diversidad y en su urgencia de descolonizar el desarrollo, la naturaleza, la cultura y la vida, a partir de un pensamiento y una práctica propia; y con mayor urgencia en tiempos del neoliberalismo y mercantilización del territorio y la vida.

En materia de salud, dicha campaña posicionó los trabajos de los programas de salud de las organizaciones indígenas como instituciones propias, a cargo de la defensa de la medicina tradicional, del liderazgo en las relaciones con el Estado y el acceso de los pacientes a los servicios de salud; y se dio un fuerte debate al modelo médico occidental centrado en la enfermedad y el mercado de los medicamentos.

Luego de la expedición de la NCP, fue hasta el 29 de marzo de 1993 que se realizó el siguiente Congreso del CRIC, el cual en su novena versión -que se desarrolló en Corinto-, priorizó el análisis histórico de la organización y se determinó que se había iniciado una nueva etapa “fruto de los 500 años de resistencia, de los 22 años de lucha organizada y de los derechos reconocidos en la Constitución de 1991” (CRIC, 2009, pág. 50). La tarea ahora pasaba por promover una educación y capacitación integral, comprometiendo a todos, especialmente a los cabildos y autoridades en los niveles local, zonal y regional; fortalecer la autonomía territorial, política, económica y cultural; promover el desarrollo integral de todas las zonas y comunidades por igual; promover la solidaridad entre los Pueblos Indígenas y con las demás fuerzas sociales; y dar especial atención a los niños, a los jóvenes y a las mujeres como grupos sociales que deberían ser protagonistas de un nuevo contexto en cada comunidad y en toda la organización (CRIC, 2009).

⁸⁹ Los indígenas caucanos consideran como funesta la fecha del 12 de octubre y por ello rechazarán la conmemoración de los 500 años del llamado descubrimiento de América (El País, 1992, pág. 1C).

Otros objetivos que se planteaban eran: fortalecer el proyecto político indígena frente al Estado con el aporte de otras fuerzas sociales; construir paz duradera, que se haría por medio de proyectos sociales y fortaleciendo las relaciones entre los sectores populares; y fortalecer los diferentes programas -incluido el de salud- y los proyectos del CRIC, haciendo énfasis en el proyecto económico, estimulando la producción en las tierras recuperadas.

En el mundo de la producción las disputas eran muy intensas, pues en el marco de la visión colonial del desarrollo, la productividad y la eficiencia eran el paradigma desde el cual juzgar y racializar la disputa por la tierra; pues como se ha planteado, no solo se deslegitimaban los procesos de recuperación, sino que se cuestionaba su utilidad, por cuanto “los indígenas” no trabajaban la tierra y las dejaban ociosas. El CRIC y los cabildos en los territorios enfrentan esas discusiones a nivel interno, forjando procesos de economía propia que sirvieran para proteger la naturaleza, el agua y los suelos; recuperar las prácticas tradicionales no intensivas de uso del suelo; diversificar los cultivos entre el pancoger y las plantas medicinales; y producir para vender y así obtener algunos ingresos, haciendo frente a los cultivos intensivos de café y fique entre otros.

En tiempos de neoliberalismo, las iniciativas de empresas comunitarias desde los 80 enfrentaban la presión de la cooperación internacional, las instituciones públicas y el mercado para producir y comercializar de manera eficiente e intensiva, incluso bajo la promesa de ubicarse en el mercado nacional e internacional. En una mezcla de desarrollo de las contradicciones alrededor de la tierra, el mismo Estado y los Cabildos en algunos casos coincidían que en los predios recuperados y legalizados por el INCORA se establecieran ejercicios empresariales, como el caso del resguardo de Novirao bajo el discurso del integracionismo:

En 1986 el Incora entregó esas tierras a esa comunidad Paez luego de estar en ellas por espacio de 12 años por vías de hecho. ‘En otras épocas, cuando Guillermo Angulo era el propietario de las mismas, debían pagar lo que se conocía como terraje, es decir que los indígenas pagaban con trabajo el derecho a estar en una pequeña parcela’ (...). De 1896 hectáreas de tierra de que consta la finca, 112 serán reforestadas con pino pátula, que sumadas a las 240 hectáreas que ya están en producción, se convierten en un elemento para el beneficio de 78 familias que ven en la empresa comunitaria la esperanza de un futuro mejor e integrado al desarrollo económico del país. (El País, 1993, pág. 1E)

Los conflictos, de gran importancia y generados sobre el desconocimiento de los derechos de propiedad ancestral de los Pueblos Indígenas, se complejizaron cuando la empresa Cartón de Colombia⁹⁰, vendió parte de predios de propiedad indígena a cooperativas de campesinos para producción de pino. Esta acción lleva a lo que ya desde los 70 fue una estrategia de producción de enfrentamientos entre indígenas y campesinos por la tierra; mientras que la reforma agraria integral quedaba postergada, siempre con esa impronta racista de la improductividad de los indígenas, pero al final para no resolver el problema de acceso y propiedad de la tierra de campesinos, negros e indígenas, como tampoco los problemas de crédito, asistencia técnica y comercialización.

En adelante, el acceso a la tierra -desde la concepción del Estado- estará progresivamente condicionado a la demostración de rentabilidad y a formas de asociatividad empresariales; por lo que las luchas por la tierra tendrán que desafiar formas refinadas de racismo, que no se detendrán en la discusión de la propiedad, sino de la rentabilidad y la productividad, con lo que la disputa política se hará más compleja.

Estos criterios permearán las políticas públicas, incluidas las de salud, como se verá más adelante en la concepción e instrumentación de la Ley 100, que reforma en profundidad el sistema general de salud y seguridad social, y obliga al proceso de constitución de empresas para poder participar dentro del mismo.

⁹⁰ “28 de octubre de 1992. Se enfrentan campesinos e indígenas. Enfrentamiento entre campesinos e indígenas del Departamento del Cauca, se registra por disputa de la finca La Elvira, en el municipio de Buenos Aires en la región de El Naya. 800 campesinos agrupados en la empresa Agroforestal, adquirieron el predio a la firma Cartón de Colombia, pero los indígenas de la zona han empezado a invadir con la tesis que esas tierras pertenecen a las comunidades indígenas. El Incora, en un esfuerzo por mediar esta situación, ha señalado que está dispuesta a reubicar a los indígenas en la hacienda ‘Dinamarca’, en una extensión de 600 hectáreas, pero los nativos quieren los dos predios señalando que son tierras de sus antepasados” (El País , 1992, pág. 10A). Más adelante en diciembre, el 15 de agosto de 1993, la prensa registra bajo el título de “La ‘llama’ sigue viva en el Cauca”, que “(...) la organización campesina culpa a los indígenas de un incendio de más de 70 hectáreas [que deja] en un sentimiento de rabia entre los 80 socios de la empresa campesina Agroforestal El Naya, empresa que surgió con espíritu cooperativo como una solución al viejo conflicto planteado entre Cartón de Colombia y el Cabildo Indígena de La Paila” (El País, 1993, pág. 10C).

Mientras tanto, en el nivel nacional, entre el 31 de agosto y el 3 de septiembre de 1993 se realiza el Cuarto Congreso Indígena Nacional de la ONIC, en Natagaima (Tolima), denominado “Con la unidad en la diversidad construimos un futuro con dignidad”. A sus 11 años, la ONIC contaba con la participación de 84 Pueblos Indígenas. Las luchas hasta ese momento no habían sido nada fáciles, ya que se habían presentado cifras inusitadas de asesinatos y vulneraciones de derechos. En menos de diez años 600 indígenas habían sido asesinados por reclamar sus tierras y defender sus lenguas, culturas y autonomía. Para ese momento ya se contaba con representantes indígenas en el Senado, Cámara de Representantes, Asambleas Departamentales, Consejos Municipales, Alcaldías y otras instancias del Estado.

El reto principal lo constituyó la construcción de propuestas para: 1) Fortalecer la unidad en la diversidad como principio de acción; 2) Ampliar y consolidar el espacio constitucional y sus desarrollos legales; 3) Fortalecer el nacimiento y/o desarrollo de los movimientos o partidos políticos y apoyar los más pluralistas y diferentes, sin manipulación de las organizaciones gremiales; 4) Evaluar e integrar el papel de la nueva generación indígena al interior de la organización nacional y regional (indígenas con formación profesional e intermedia o forjados al calor de las luchas y necesidades apremiantes); 5) Fomentar y fortalecer la participación política de la mujer indígena (Eusse, 2013).

En síntesis, en este Congreso se acordó trabajar en cuatro líneas estratégicas: una mayor participación de las bases en todas las regiones para evitar la burocratización y aumentar la democracia participativa; la necesidad de impulsar el desarrollo igualitario entre regiones y etnias, bajo una relación democrática para su consecución; la articulación del movimiento indígena nacional o regional y sus elegidos a los cuerpos colegiados; y una mayor atención a la formación de las nuevas generaciones indígenas (ONIC , 1998).

Si bien este Congreso era extraordinario, toda la dinámica de fortalecimiento organizativo implicaba tensionar los niveles de desarrollo programático en las regionales y a nivel nacional en todos los programas de la organización, incluido el de salud. No obstante, este congreso no alcanzó a registrar que en paralelo trascurrieron varias reformas en el congreso, incluida la de la salud y la seguridad social.

4.1.2 La medicina tradicional y las asociaciones de cabildos: reconocimientos y subordinaciones

Un hito de política pública en salud en este periodo, con potencial impacto sobre los Pueblos Indígenas, aunque no de forma exclusiva ni explícita, es la resolución 5078 “por la cual se adoptan normas técnico administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y se crea el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas” (Ministerio de Salud, 1992). Esta norma sería también uno de los primeros desarrollos basados en la NCP de 1991 en lo referido a la salud indígena y la medicina tradicional, en el que emergen definiciones y normas técnicas específicas, y responde concretamente en materia de salud al desarrollo específico de la Ley 10 de 1990, con lo que se ratifica la afirmación de que en materia de salud la Constitución se remitió a elevar a rango constitucional los principios básicos de dicha ley.

En efecto, en los considerandos, el Ministerio invoca el Artículo 7, referido al reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la nación; el 8, sobre la “(...) obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a); y el Artículo 70, sobre promoción y fomento del acceso a la cultura:

El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional.

La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991a)

Estas motivaciones pondrían en evidencia que de alguna forma la agenda política del movimiento indígena en salud encontraba un reconocimiento explícito de la medicina tradicional, con base en los fundamentos constitucionales que promueven y protegen la diversidad étnica y cultural de la nación. Esto plantea al menos dos aspectos: por un lado, la medicina tradicional hace parte ahora de un cuerpo general del sistema de salud; pero por el otro, su basamento está en su naturaleza cultural, y por lo tanto de la conformación

identitaria de la nación. Esto generará, en la arena de la lucha por la configuración de la política de salud indígena, la tensión permanente entre el reconocimiento y la subordinación de la medicina tradicional a un lugar complementario al aparato de conocimientos y prácticas hegemónicas ligadas a la medicina occidental.

Esto es lo que se observará permanentemente como el proceso de incorporación subordinante de lo Indio en lo general, que puede ser al mismo tiempo el proceso de avanzar y retroceder, ya que cada vez que se reconoce se modifica el sentido de aquello reconocido; la medicina tradicional como un bien importante ligado a la identidad cultural de la nación, como un recurso a ser promovido e investigado, pero en posición subordinada dentro del sistema de salud general y aún dentro de los territorios indígenas, donde en todo caso opera como matriz el sistema general de salud.

Lo anterior cobra mayor relevancia al estudiarse la parte resolutive, puesto que a pesar del título y los considerandos de este instrumento de política pública, el primer artículo traza los límites conceptuales, y troca, o incluye tácitamente sin una línea argumentativa, “las medicinas tradicionales” por o dentro de las “culturas médicas tradicionales”. Además, en una forma poco clara, podría interpretarse que las medicinas tradicionales en su dimensión terapéutica caerían en el campo de las terapéuticas alternativas.

El Artículo 1 señala que las “Culturas Médicas Tradicionales: son el conjunto de conocimientos, creencias, valores, actitudes y comportamientos que se acostumbran ancestralmente en nuestras comunidades, para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la explicación de las enfermedades” (Ministerio de Salud, 1992). Se observa claramente que aparece el concepto de culturas médicas tradicionales y no vuelve a aparecer en el articulado el de medicina tradicional. Al revisar esta definición en vez de hacer alusión a una visión integral de la cultura y sus campos de desarrollo, se referencia a lo relacionado con la enfermedad con lo que desaparece su potencia y cobertura, y se decide desde el pensamiento médico hegemónico fragmentar desde fuera la totalidad cultural de los Pueblos Indígenas e imponer que allí hay un cuerpo de saberes y prácticas equivalente en contenidos, relaciones y fines al de la medicina occidental.

Lo que pudiera aportar el concepto en el sentido de articular los saberes y prácticas médicas con el mundo cultural -en su conjunto- de un grupo étnico, luego se ve reducido a una aplicación específica sobre la enfermedad, lo cual además puede implicar que predomina una visión clásica de la salud y la enfermedad, y que además, la definición cubre el campo de las alternativas terapéuticas, que no siempre están referenciadas a un mundo cultural diferenciado, como por ejemplo la homeopatía o la terapia neural. Parece un instrumento ambiguo, que se centra en la regulación de las prácticas más allá de la naturaleza de los sujetos, donde tales prácticas adquieren historia, sentido y proyección.

Para el caso de los grupos étnicos y en particular de los Pueblos Indígenas, se estaría haciendo una fragmentación, como si las prácticas en “salud” fueran independientes del mundo sociocultural, político, económico y normativo de cada una de las comunidades.

Por su parte, la definición de terapéuticas alternativas como: “(...) el conjunto de procedimientos terapéuticos derivados de las diversas culturas médicas existentes en el mundo, empleados para la prevención, tratamiento, rehabilitación y explicación de las enfermedades” (Ministerio de Salud, 1992), estaría indicando que el nivel operativo de las culturas médicas tradicionales serían los procedimientos terapéuticos, con lo que en el caso de nuestro objeto de análisis, la medicina tradicional indígena en su nivel “procedimental” sería considerada una terapéutica alternativa.

De esta manera se estarían generando, para este momento histórico, una serie de nuevos elementos que entrarían en tensión con los contenidos de la construcción en salud de los Pueblos Indígenas, que de manera diferencial ligan de forma integral la medicina tradicional a su mundo político y sociocultural. Debe tenerse en cuenta que dicho mundo es dependiente de su cosmovisión, de su organización propia y sus autoridades tradicionales, no como un campo centrado en la enfermedad, sino en el todo de la vida de la comunidad.

En el resto del articulado, no obstante, se señalan obligaciones que conforman una agenda para el Estado y el sistema de salud, que dejan ver un camino de construcción de la política de salud en el campo del fomento de la investigación, el diálogo y la coordinación entre la institucionalidad de los servicios de salud y los centros de formación con los agentes tradicionales, las culturas médicas tradicionales y las terapéuticas alternativas.

El Ministerio de Salud, promoverá la articulación al sistema de prestación servicios de salud de aquellos recursos y las Culturas Médicas Tradicionales y las Terapéuticas alternativas, que en cada región resulten como consecuencia de acuerdos entre las autoridades de salud y los representantes de las comunidades. (Ministerio de Salud, 1992)

En resumen, la Resolución 5078, primer instrumento de política pública relacionado con la medicina tradicional, aunque la contempla dentro de las culturas médicas, al mismo tiempo la reduce a una terapéutica, y de esta manera deja sentado un hito para la configuración de la política en salud indígena del Estado. Abre una puerta para la discusión con los Pueblos Indígenas, que como se verá a lo largo del estudio, no son consultados a pesar de las disposiciones constitucionales en materia de consulta previa y en la mayoría de los casos, cuando son convocados, los marcos de referencia de las decisiones ya están definidos.

En otros casos, pese a registrarse procesos de diálogo, los resultados de los instrumentos de política pública no recogen las aspiraciones del sujeto político indígena, más allá de lo que permite la correlación de fuerzas a nivel de poderes y saberes. Para los mismos días de la resolución anterior se expide el Decreto 1088, dirigido a regular las formas de participación de los cabildos en la administración de los recursos públicos y, en parte, de los territorios. Esta es una norma que busca, de manera provisional y parcial, avanzar en el funcionamiento de los territorios indígenas, mientras se crean las entidades territoriales indígenas mediante una ley orgánica de ordenamiento territorial que, según la NCP, debe crear el Congreso.

Este decreto se convierte en el instrumento que permite a los resguardos y cabildos indígenas asociarse y mantener la figura de entidad pública de carácter especial para efectos de desarrollo integral de las comunidades en zonas y regiones más amplias que la de un resguardo; y para gestionar, negociar, acordar y contratar tanto con el Estado como con los particulares. No obstante, la ONIC sienta un precedente de rechazo y desacuerdo:

El Gobierno se burló de los indígenas: En su cuestionamiento la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), dijo ayer que el Gobierno se burló descaradamente de los acuerdos a que habían llegado en materia de reglamentación para el funcionamiento de autoridades y asociaciones aborígenes (...). De acuerdo con la ONIC, luego de un año de reclamar en este

sentido, se logró un acuerdo para la expedición de dos decretos reglamentarios de las organizaciones y asociaciones de autoridades indígenas, pero, desde el convenio sólo se ha expedido una norma con puntos que no fueron concertados. [De esta forma] (...) 30 organizaciones conformadas por las comunidades indígenas, quedan sin piso jurídico, pues quedan como si no existieran. (El Nuevo Siglo , 1993, pág. 18A)

Este instrumento de política pública que no recoge el conjunto de la negociación, en todo caso define en su Artículo 2 la naturaleza jurídica de las asociaciones de cabildos como de: “Derecho Público de carácter especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa” (Ministerio del Interior, 1993), con lo que se va consolidando que los cabildos y sus asociaciones sean al mismo tiempo expresión del sujeto político, sector del Estado y temática específica. Esto tendrá implicaciones posteriores en materia de salud, por cuanto las organizaciones empresariales del nuevo sistema serán asimiladas bajo este decreto a asociaciones de cabildos como se verá más adelante.

4.1.3 Instrumentos internacionales en y para la disputa por la salud y los derechos de los Pueblos Indígenas

Fruto de la movilización internacional a favor de los Pueblos Indígenas en las Américas, en el marco de la conmemoración contenciosa en 1992 de los 500 años de la llegada de los españoles al continente, y en medio de las disputas entre los discursos del “reconocimiento” y el “encuentro de dos mundos”, y aquellos de la resistencia del “autodescubrimiento”, se declaró el año 1993 como año internacional de los Pueblos Indígenas. En este escenario, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en alianza con varias agencias internacionales y en particular la Sociedad Canadiense por la salud internacional, realizaron la “Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud” en Winnipeg (Manitoba, Canadá) entre el 13 y el 18 de abril, con el objetivo de discutir la situación, conocer las experiencias y definir una ruta de trabajo sobre la salud de los Pueblos Indígenas en la región de las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 1993c, pág. 1).

En este taller participaron delegados indígenas, funcionarios y expertos de toda la región en temas indígenas. Por Colombia asistió Anatolio Quirá, expresidente del CRIC y de la

ONIC, asesor de los delegados indígenas a la ANC y uno de los primeros senadores indígenas, quien presentó una ponencia sobre las instituciones, los indígenas y las políticas de salud en Colombia.

El taller identificó principios orientadores y recomendaciones en materia de políticas a partir del reconocimiento de puntos comunes de la problemática. En línea con lo estipulado en el Convenio 169 de la OIT, se establece la necesidad de fortalecer la integralidad y el carácter holístico del concepto de salud como fundamento de un modelo integral e indígena que incluye lo físico, lo espiritual y lo mental; respeta las lenguas, tradiciones, costumbres y religiones, así como la autonomía y el autogobierno, de tal forma que sean los Pueblos Indígenas quienes definan e implementen las políticas de salud, al mismo tiempo que controlen y se responsabilicen de su salud mediante un proceso de participación dentro de las comunidades y frente a las instituciones, en un marco de unidad (Organización Panamericana de la Salud, 1993c, pág. 2).

La problemática común identificada en el taller tiene que ver con:

La inaccesibilidad física, cultural, geográfica y económica [a servicios de salud en un contexto de pobreza, y la presencia] de enfermedades sociales como el alcoholismo, los suicidios, el abuso de drogas, la violencia; las guerras, la contaminación ambiental, la falta de infraestructuras, epidemias, la exposición a productos químicos tóxicos, la desaparición de pueblos, la mala alimentación, el despojo de tierras, el hacinamiento, la migración hacia zonas urbanas, el desempleo masivo, en fin, males productos del modelo de injusticia que se impuso a lo largo de la historia de colonización y que se han agudizado con la implementación de medidas de ajuste estructural de corte económico tales como la privatización, balances de déficit fiscal, globalización del mercado produciendo mayor empobrecimiento y deterioro acelerado de los servicios de salud para los Pueblos Indígenas. (Organización Panamericana de la Salud, 1993c, pág. 3)

Esta lectura que además reconoce el racismo y otras formas de discriminación, así como el desconocimiento de los gobiernos de los derechos de los Pueblos Indígenas refleja la existencia de un debate entre las voces de representantes indígenas, intelectuales aliados y funcionarios que logra posicionar un consenso básico alrededor de cinco grupos de recomendaciones: políticas públicas, recursos humanos, investigación, programas y proyectos y seguimiento a las resoluciones adoptadas en la *Reunión de Trabajo sobre*

Pueblos Indígenas en Salud, conocida como Reunión de Winnipeg, que se resumen a continuación (Organización Panamericana de la Salud, 1993c).

En relación con las políticas públicas, en la Reunión de Winnipeg se definió asumirlas como vinculantes para los Estados y orientadas –a través de programas de salud participativos, interculturales y autogestionarios– hacia el restablecimiento, reorganización y desarrollo de los sistemas tradicionales de salud indígena, para lo cual será clave el reconocimiento y legalización de la medicina indígena y la protección de los médicos tradicionales que vienen siendo víctimas de persecución y violencia. Esto sería posible si se cumplen las siguientes condiciones: que los gobiernos disminuyeran el impacto de las medidas de ajuste estructural y se protegieran los derechos a la tierra, la alimentación y la vivienda; que se retomaran los conocimientos y experiencias de los Pueblos Indígenas para el manejo y la conservación del medio ambiente; y que el grupo de trabajo sobre Pueblos Indígenas aprobara el proyecto de Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, hecho que sucedería solo 15 años después.

Como se observa, esta agenda responde a los lineamientos del Convenio 169, y es reflejo del debate entre instituciones y delegados indígenas; está claro que hay acuerdo sobre los impactos del modelo neoliberal, pero se impone una línea de atenuación sobre una de autodeterminación. En todos los casos se observa que las políticas son pensadas para y desde el Estado, y no hay un reconocimiento de las políticas que se van forjando al interior de las organizaciones y movimientos indígenas.

En relación con los llamados recursos humanos, se establecen tres líneas ya observadas en parte en la Resolución 5078 arriba comentada. La complementación de los médicos indígenas con tecnologías occidentales y la sensibilización del personal no indígena para que adquiera competencias y gane pertinencia en el trabajo en territorios indígenas; el acceso concertado de personal indígena con perfil intercultural a formación universitaria y la obligatoriedad del Estado de asegurar personal de salud en zonas remotas. Si bien se observa la apertura hacia un modelo de reconocimiento basado en derechos e identidades, se insiste en el enfoque de asimilar a los médicos tradicionales con los médicos occidentales, con lo que se reduce la visión de la interculturalidad a la fragmentación biomédica que impone el modelo hegemónico.

En la línea de investigación se plantean procesos participativos impulsados por la OPS y los gobiernos; y el desarrollo de regulaciones para evitar la sobreexplotación, depredación de plantas y otras sustancias medicinales por parte de farmacéuticas y otros intereses creados. Este último aspecto resulta crucial, pues evidencia la disputa entre los participantes del taller en un tema central para el control y autonomía en los territorios indígenas en un momento de mayor liberalización y extractivismo, no solo de minerales y combustible fósil sino de saberes y patrimonio natural.

Sobre los programas y proyectos de Salud, se orienta el carácter participativo e intercultural de la vigilancia en salud, de todas las acciones en salud, en especial las experiencias locales que desarrollen la interculturalidad. El taller crea una comisión de monitoreo en la que es designado el senador Anatolio Quirá, en reconocimiento a su liderazgo y cargo legislativo en Colombia.

Este evento representa un hito en la configuración de las políticas públicas en salud indígena, porque es el primero en su género y es representativo de la región; concita la participación gubernamental e intergubernamental y de la academia y Pueblos Indígenas en la perspectiva de construir consensos. A partir de allí se observa el desarrollo de una serie de instrumentos de política para el continente en materia de salud indígena, pues las recomendaciones que se han analizado, emanadas de la *Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas en Salud-Winnipeg*, se retomaron plenamente en la *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas* (Organización Panamericana de la Salud OPS, 1993a) y finalmente fueron adoptadas por la OPS en la Resolución CD37.5 de septiembre de 1993 (Organización Panamericana de la Salud OPS, 1993b).

Esta resolución, en su parte considerativa, en primer lugar da estatus a la reunión de trabajo de Winnipeg, luego ratifica la gravedad de la situación de salud de cerca de 43 millones de indígenas en la región; posteriormente reconoce el derecho a la salud y al medio ambiente de estas poblaciones, así como a controlar sus propias instituciones y a fortalecer su identidad étnica y cultural; y finalmente llama al reconocimiento del aporte de estos pueblos a la sociedad y a la construcción de la biodiversidad y equilibrio ecológico.

En este punto se introduce en la parte considerativa un concepto que es parte del modelo de OPS para la época, relacionado con los Sistemas Locales de Salud (SILOS), muy sintonizado con los contenidos de la Ley 10 del 90 en Colombia, que sugiere que lo indígena se articule con los SILOS:

Reiterando la importancia de la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud y de la propuesta de desarrollo de modelos alternativos de atención a nivel de los sistemas locales de salud (SILOS) como un recurso táctico valioso y requisito fundamental para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones indígenas (...). (Organización Panamericana de la Salud OPS, 1993b)

En la parte resolutive se puntualiza la necesidad de crear institucionalidad dentro de la OPS para atender la temática a través de una "Comisión Técnica de alto nivel", u otro mecanismo que se considere adecuado, con la participación de las comunidades indígenas para la formulación de políticas y acciones en materia de salud indígena; la puesta en marcha de estrategias de fortalecimiento institucional en los países para atender la salud indígena, así como las acciones intersectoriales; e insta a que :

d) Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 1993b, pág. 3)

Mientras que buena parte de los países de la región impulsaron el modelo de SILOS que representaba una versión blanda de la privatización porque, en todo caso, fortalecía la gestión y participación local, muy en línea con la Ley 10 de 1990, Colombia avanzaba en un modelo más agresivo de apertura de las fuerzas del mercado en el campo de la salud.

En paralelo, en noviembre del mismo año, luego del levantamiento indígena de 1990 en Ecuador, se realizó el Primer Encuentro Continental de Pueblos Indígenas con la participación de 120 naciones indias de más de 20 países, incluido el CRIC, en el que se adoptó la Declaración de Quito, en la cual se destacaba: la definición sobre la construcción de la autonomía y la autonomía en el interior de los Estados Nacionales, bajo un nuevo

orden popular; la defensa de la cultura, la educación y la religión como bases de la identidad de los pueblos, en relación con la naturaleza, la conservación de los recursos naturales agredidos por las transnacionales. Todo esto en el marco de reivindicar la administración, el derecho indígena y el control territorial a cargo de los Pueblos Indígenas, que al mismo tiempo deben ser acogidos como tales en el derecho internacional y en los Estados Nacionales (Oliva, Los Pueblos Indígenas a la conquista de sus derechos, 2012).

Este sujeto político diverso de carácter regional y global continuaría su proceso contencioso de incidencia en medio de hechos favorables, que se intensificaría en 1992 con la ya citada conmemoración alternativa y contestataria del Quinto Centenario, el otorgamiento del premio nobel de la paz a Rigoberta Menchú, el ascenso a vicepresidente del Katarista⁹¹ Vicente Hugo Cárdenas; y se crea el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe-FILAC⁹² (Oliva, 2012) como instrumento de contención y negociación de origen intergubernamental, que buscaba desestimular las crecientes aspiraciones de plurinacionalidad, autodeterminación y autonomía, a cambio del reconocimiento parcial de los procesos de autodesarrollo impulsados por los Pueblos Indígenas que, en todo caso, se seguirían gestando en medio de la matriz neoliberal, la violencia y la discriminación.

Pero la presencia indígena se ensanchaba a nivel internacional, logrando diversos niveles de reconocimiento y participación en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo de 1992, y su Agenda 21⁹³, en tanto sujetos claves para el desarrollo sostenible, quedando un escenario profundamente contencioso sobre los alcances, los riesgos, las conveniencias y las amenazas de dicho sujeto político emergente.

En este proceso de intensa movilización internacional a finales de 1993, de conformidad con una recomendación de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Asamblea

⁹¹ Movimiento de los años 60 en Bolivia, citado en el capítulo 2, pionero en América Latina en la emergencia de la reivindicación étnica dentro del movimiento social Boliviano.

⁹² El Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe (FILAC), es un organismo internacional de derecho público creado en 1992 por la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Madrid, España, con el fin de apoyar los procesos de autodesarrollo y promoción de los derechos de los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de América Latina y El Caribe, cuyos órganos de gobierno y funcionamiento se basan en relaciones paritarias entre Estados y Pueblos Indígenas.

⁹³ Involucra los Convenios relativos a: Biodiversidad, Cambio Climático y Desertificación.

General proclamó el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, que inició el 10 de diciembre de 1994 y terminó en 2004. Posteriormente, la Asamblea General decidió que el tema del Decenio sería “Las poblaciones indígenas: alianza y acción”. El objetivo del Decenio era fortalecer la cooperación internacional para la solución de los problemas a los que se enfrentaban las poblaciones indígenas, en cuestiones tales como los derechos humanos, el medio ambiente, el desarrollo, la salud, la cultura y la educación (ACNUDH, 2018).

Previo a dicha conferencia, se había realizado en Bogotá el Segundo Encuentro Continental de los Pueblos Indígenas en el que se ratificó y amplió la Declaración de Quito. Y entre otros pronunciamientos, se denunció la situación de los Pueblos Indígenas de Colombia porque el gobierno estaba impulsando cooperativas de seguridad rural en medio de anuncios de procesos de paz, y continuaba dejando en el limbo el compromiso de las entidades territoriales indígenas

El movimiento indígena colombiano a través de delegados de diferentes organizaciones regionales y nacionales, estuvo involucrado en la dinámica internacional jugando siempre un papel protagónico y deliberante que lo liga fuertemente a la globalización del sujeto político indígena, y al fortalecimiento de una concepción de la salud que traspasa el modelo hegemónico y la ubica en la defensa del territorio, la autonomía y la autodeterminación como garantía para la vida y el equilibrio entre todos los seres de la naturaleza.

Termina este periodo con un acumulado muy importante en lo internacional y lo nacional con los desarrollos de la Ley 10, las implicaciones del Decreto 1811 y el 1088; la Resolución 5072, así como con una movilización general de los Pueblos Indígenas muy importante, pero poco centrada en la agenda legislativa en curso que estaría preparando la lectura neoliberal de la Constitución Política en muchos sectores, particularmente en salud.

4.1.4 La Ley 100 de 1993: la nueva invisibilidad indígena en el mundo del mercado de la salud

En una paradoja inevitable se convirtió la constitución de 1991. Representaba un momento crucial para dar salida a buena parte de las expresiones del conflicto político y social colombiano, y en parte era el punto de llegada de un proceso de Paz con el M-19, el Quintín Lame, el PRT y el EPL. Luego, era el espacio ideal para dejar las puertas abiertas al desarrollo de algunas de las pretensiones del “Modelo Neoliberal” y al mismo tiempo tenía todo el basamento y estructura para construir un Estado Social de Derecho.

Indudablemente hubo una victoria para las mayorías que pugnaban por un Estado con mayores posibilidades y vocación hacia la equidad y la justicia social. No obstante, las puertas para la privatización y la intermediación quedaron incluidos dentro de ella.

Suele suceder, que cuando un dispositivo de tal magnitud es producto de una fuerte polarización, cuando se sienta a negociar en parte logra consensos, pero al interior de los consensos cada parte queda con ventajas estratégicas. En este caso la ventaja estratégica para los sectores democráticos inspirados en la equidad, la participación y la justicia social es la filosofía del Estado Social de Derecho, la perspectiva de reconocimiento a la diversidad de la nación, la dimensión ambiental, la función social y ecológica de la propiedad, el laicismo, la descentralización, la participación, etc. Para los sectores hegemónicos dentro del régimen político interesados en la acumulación de capital, ningún principio afectaba estructuralmente sus intereses y la correlación de fuerzas en el escenario legislativo les daba la confianza de imponer las reformas y desarrollos más convenientes, sobre todo con el camino ya andado por la vía de los ajustes estructurales, las presiones del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, y la adscripción acrítica de buena parte de los sectores de la economía y la política a las bondades de la economía de mercado.

Para el caso que nos ocupa, si bien la salud hace parte del Estado Social de Derecho, su catalogación no es como derecho fundamental y se consagra como servicio público de carácter obligatorio, que podrá ser prestado por públicos y privados. Aunque se reivindica la dimensión prestacional, ésta solo se refiere a los servicios de prevención, curación y

rehabilitación en la esfera del concepto biomédico y no de todo el proceso de determinación social de la salud. Por otra parte, se recorta el alcance de fundamental a este derecho humano, como está previsto en la legislación internacional.

Claramente hay un avance frente a toda la historia previa a 1991, pues por fin la salud salta a la esfera de los derechos y abandona el escenario de la caridad, e indudablemente la nueva arena es potencialmente más favorable, sobre todo para la activación de las fuerzas de la sociedad en la medida en que avancen por su movilización y organización política en la concreción del Estado Social de Derecho, y también vayan alcanzando la realización del derecho a la salud.

El modelo neoliberal plantea que el Estado es ineficiente, porque sus logros no se compadecen con los gastos, y porque asume funciones que no debe y que se ha demostrado no puede atender eficientemente, ya que son de la esfera de los actores del mercado. La interferencia del Estado en estos campos es perjudicial y debe ser eliminada o al menos disminuida. El mercado puede a través de las leyes de la oferta y la demanda ser el mejor asignador de recursos y de crear las condiciones para que los ciudadanos-consumidores se mantengan en una competencia permanente por ascender y producir sin perjuicio de que los actores más “capaces” puedan acumular en tanto circula la mercancía de los servicios de salud.

En los debates en el Congreso sobre la reforma a la salud y la seguridad social, se presentaron posturas que iban desde el neoliberalismo extremo hasta una socialdemocracia amplia, que se evidencia en los proyectos presentados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, el grupo de Hatogrande, los empresarios, grupos conservadores y la asociación de medicina prepagada -los cuales, aunque con matices, abogaban por la privatización y un mercado de seguros muy en la línea política de la llamada Atención en Salud Gerenciada⁹⁴-; el gobierno Gaviria, que en pensiones abogaba

⁹⁴ Esta política implica reformas de tipo administrativo-financieras, ya que consideran como la causa de la crisis del sector el crecimiento de los costos de las prestaciones. Por ello, plantean la necesidad de una intermediación entre prestadores y usuarios, para separar la administración financiera de la prestación de servicios. La propuesta implica la introducción de empresas (estatales, privadas o mixtas) que administren bajo el concepto de riesgo compartido el financiamiento (sistemas capitados), y contraten con prestatarias de las que los servicios estatales podrán formar parte (OPS, 1996; Merhy et al., 1998). En lo que hace al presupuesto estatal, estas soluciones planean que debe estar definido por la demanda (prestaciones efectivamente realizadas) y no por la oferta prestacional.

por los fondos privados y en salud por un sistema de seguros eficiente que en la versión de la Alianza Democrática-M19 debería ser público pero en otros sectores debía ser privado; y las posturas de los sindicatos que en general se inclinaban por buscar la eficiencia dentro del sector público, algunos de ellos definieron resguardarse en regímenes especiales como el Magisterio y la Unión Sindical Obrera-USO (Hernández, 2002, pág. 997).

Los congresistas indígenas propusieron en esta última línea un régimen especial para los Pueblos Indígenas, pero no tuvieron mayor audiencia, y la movilización específica prácticamente no existió durante el trámite de la ley, como tampoco la consulta constitucionalmente establecida.

En este marco, la Ley 100 de 1993 se convierte en el primer y fundamental pulso entre las tendencias neoliberales y socialdemócratas alojadas bajo el mismo techo de la Constitución de 1991. La discusión no era si se mantenían los principios constitucionales de universalidad, equidad, accesibilidad, calidad, progresividad, irreversibilidad, participación, subsidiaridad, que de hecho quedaron consagrados en la Ley 100; sino el modelo para lograrlo y en ese sentido triunfó el pluralismo estructurado, ya comentado, de tanto Estado como sea necesario y tanto mercado como sea posible:

(...) "pluralismo" evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. "Estructurado" evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado¹⁵⁽¹⁶⁾. (Frenk & Londoño, 1993)

En palabras del exsenador indígena Piñacué:

Gaviria cumplió un rol muy determinante, dado que el planteamiento de ellos a través del Gobierno era que el Estado podía atender gratuitamente a todos los colombianos pero eso era insostenible, por tanto se necesitaba privatizar algunas áreas que el Estado tiene y venía toda la

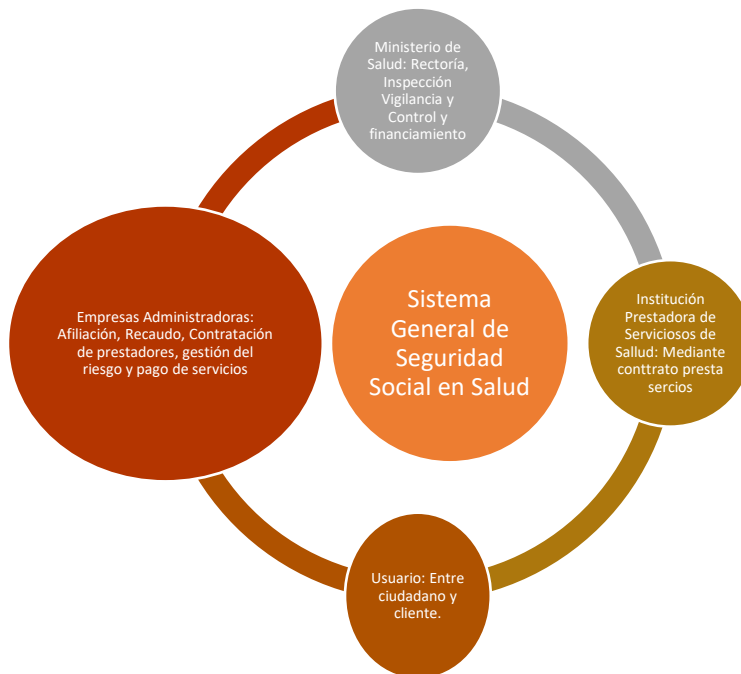
Esto permite una reducción de costos y un manejo más eficiente de los recursos, ya que se controla la sobreprestación y se dirige el financiamiento hacia los prestadores de mayor calidad. Los prestadores, a su vez, según esta lógica, para obtener el financiamiento, se ven obligados a disminuir los costos y brindar mayor calidad en sus servicios. En lo que hace a la conducta de la población, estos discursos ponen énfasis en que, si ésta se siente dueña de su aporte o paga por la atención, será una reguladora "natural" de los costos y la calidad, ya que estará en condiciones de elegir el prestador que le brinde los mejores servicios al menor costo (Bresser-Pereira, 1995; MSAS, 1997).

andada hacia la privatización de distintas actividades que el Estado tenía en favor de los ciudadanos, de hecho ocurrieron muchas movilizaciones en contra de esto, el sindicalismo era el actor más fuerte. (Piñacué, Entrevista N° 5, 2018, pág. 1)

Los congresistas indígenas propusieron en esta última línea un régimen especial para los Pueblos Indígenas, pero no tuvieron mayor audiencia y la movilización específica durante el trámite de la ley prácticamente no existió, como tampoco la consulta constitucionalmente establecida.

En este marco, de manera general la Ley 100 construye un sistema de aseguramiento progresivamente universal, que se divide en contributivo para la población con capacidad de pago vinculada laboralmente; subsidiado para la población catalogada como pobre según un sistema de clasificación socioeconómica sin capacidad de pago; y un grupo que deberá ir disminuyendo, denominado población pobre no afiliada o vinculada. El siguiente gráfico refleja la organización de los principales actores del SGSSS:

Gráfico 4: Esquema básico del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.



Fuente: Ley 100 de 1993
Elaboración: Jaime Hernán Urrego

El Estado, a través del Ministerio de Salud, se hace cargo de la rectoría; la Superintendencia Nacional de Salud ejecuta la inspección vigilancia y control; y el Fondo de Solidaridad y Garantía realiza el ciclo de gestión los recursos, los cuales provienen de las contribuciones de los aportantes en el régimen contributivo, de los fondos públicos destinados a subsidiar la demanda y, marginalmente, a la oferta para la población vinculada.

Las Empresas que en el régimen contributivo se denominarán inicialmente Empresas Promotoras de Salud-EPS, y en el régimen subsidiado Administradoras del Régimen Subsidiado-ARS; aparecen como intermediarias administrativo-financieras de los recursos públicos del SGSSS que el gobierno les transfiere a través de Unidades de Pago por Capitación-UPC, las cuales equivalen al valor del total de pólizas individuales que soportan los denominados Planes Obligatorios de Salud-POS; que son la canasta de servicios de salud incluidos en la póliza, a los cuales tienen derecho las personas afiliadas que son diferenciadas en una primera etapa para régimen contributivo y para el régimen subsidiado. Estas Empresas igualmente recaudan las contribuciones de quienes tienen capacidad de pago, contratan la red de prestadores de servicios de salud, gestionan el riesgo individual en salud y financiero, y finalmente pagan a los prestadores por servicios facturados. La integración vertical entre las Empresas y sus propios prestadores será permitida con restricciones que irán variando a lo largo de la implementación, en una tendencia en la cual los privados tendrán cada vez mayor participación y control del mercado.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS, que podrán ser privadas y públicas, harán parte de redes organizadas por las Empresas Administradoras. Las privadas terminarán concentrándose en las ciudades y en los servicios preventivos, curativos, de rehabilitación de mediana y alta complejidad, por su mayor rentabilidad. Las públicas terminarán asumiendo la ruralidad y los sectores populares urbanos.

Las IPS públicas, principalmente puestos y centros de salud, así como hospitales de mediana y alta complejidad, dentro del esquema neoliberal deberán convertirse en Empresas Sociales del Estado, y dejar de depender del presupuesto público para entrar a competir en el mercado por los clientes y los contratos de las Empresas.

El sistema entonces se configura con un debilitamiento del papel de dirección por parte del Estado, y a través de un organismo supraministerial que es el Consejo Nacional de Seguridad Social, donde la correlación de fuerzas se asegura a favor del sector privado, se licencia un nuevo actor que es el de la intermediación, que puede ser público o privado, y que por su especialidad como agente asegurador dentro del mercado será el encargado de manejar los recursos.

El componente de la prestación de los servicios se independiza de la administración, y se transforma progresivamente en la dirección según la cual lo público debe convertirse en estructura privada para poder acceder a los contratos de servicios, y lo privado se institucionaliza para recibir recursos públicos, hecho sin antecedentes en la historia del sistema de salud. De esta forma el gran capital quedaba habilitado para ingresar a usufructuar a nombre de la eficiencia, vía libre competencia, de los recursos públicos de la salud y en el caso de la Ley 100, los de las pensiones mediante fondos privados y los de los riesgos laborales a través de las administradoras especializadas.

En este esquema, el ciudadano es un *cliente*, con derechos proporcionales a su capacidad de compra, y todas las acciones colectivas y de salud pública quedan virtualmente excluidas del sistema y de financiamiento relevante, pues por tratarse de áreas con presencia de grandes externalidades no resulta rentable para los agentes privados:

El nuevo sistema de salud parte de la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado (...) los bienes privados son aquellos que implican un beneficio individual diferenciado, por el cual las personas están dispuestas a pagar. Los bienes públicos son sólo aquellos con altas externalidades (...). (Hernández, 2002, pág. 996)

En materia de salud indígena se replica la paradoja, pues si bien la constitución hace el reconocimiento a la multiculturalidad y a la diversidad étnica de la nación, la Ley 100, inconsulta con los Pueblos Indígenas, desconoce este acumulado y en su texto original a través de 6 alusiones, define su comprensión de lo Indígena en la reforma a la salud y la seguridad social bajo la impronta de que acoge dentro de la matriz esencial del mercado a lo distinto como segmento del mismo, como nicho dentro de la estructura, para

funcionalizarlo subsumido en la lógica general, y por esa vía arrasando con los derechos colectivos, que quedan de nuevo asimilados a derechos individuales.

A continuación, se detalla cada uno de los artículos y se analizan algunas de sus implicaciones, considerando que no se encontró en el proceso de trámite de la Ley procesos de participación evidente de las comunidades indígenas⁹⁵, con lo que la discusión transcurrió en su momento como la formulación de políticas para la otredad.

En el Título II, sobre los objetivos del Sistema de Seguridad Social Integral, se incluye a los indígenas como *sectores* que acceden a prestaciones a razón de la *no capacidad de pago suficiente*:

ARTÍCULO 6. OBJETIVO 3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que, en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, *indígenas* y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral. (Ley 100 , 1993)

Se observa que no existe una diferenciación ligada al conjunto de derechos reconocidos a los Pueblos Indígenas, por el contrario, el racero para construir una categoría al lado de sectores diversos es la de la no capacidad de pago suficiente, incluso independiente de la causa por la cual no se alcanza dicha capacidad, pero sobre todo definiendo que en el nuevo sistema el acceso va a estar determinado por esta condición, con lo cual se confirma el análisis según el cual la reforma a la salud y la seguridad social van orientadas a un financiamiento individual que delimitará la forma de acceder al sistema. Por otra parte, las prestaciones en dinero serían esencialmente las garantías a las cuales tendrían derecho

⁹⁵ No obstante, la alusión a un documento del Ministerio de Salud del año 94, citado por Hernández donde habría una propuesta de régimen especial. (Hernández, Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia, 2002, pág. 996)

los Pueblos Indígenas, haciendo una homogenización inconsulta del concepto de seguridad social integral.

En el Libro I de Pensiones, Título I (Capítulo I Artículo 13, literal i) del texto original de la Ley 100, sobre las características del sistema general de pensiones, se encuentra que los indígenas y otros grupos sociales están incluidos como sujetos a ser cubiertos por el Fondo de Solidaridad Pensional como población que, por sus características y condiciones socioeconómicas, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social:

ARTÍCULO 13. i. Existirá un Fondo de Solidaridad Pensional destinado a ampliar la cobertura mediante el subsidio a los grupos de población que, por sus características y condiciones socioeconómicas, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social, tales como campesinos, *indígenas*, trabajadores independientes, artistas, deportistas y madres comunitarias. (Ley 100 , 1993)

No obstante, este Literal fue modificado en el 2003 mediante la Ley 797 en su Artículo 2: los indígenas ya no aparecen como beneficiarios, a cambio se estipula la creación de: "(...) una subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, destinado a la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante un subsidio económico, cuyo origen, monto y regulación se establece en esta ley" (Congreso de la República de Colombia, 1993), con lo que se ratifica como interpretación dura la asimilación vía pobreza o indigencia, incluso 12 años después de la Constitución de 1991.

En el capítulo II, sobre los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, en el artículo 157, y en línea con el hilo de este análisis, la pobreza da lugar al subsidio y por ello se establece que hay dos categorías de afiliados: aquellos que pertenecen al contributivo porque su situación laboral y de ingresos lo permite, y aquellos del régimen subsidiado que:

(...) son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y

vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias [mujeres que prestan servicios de cuidado a la primera infancia], las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, <persona en situación de discapacidad>, los campesinos, *las comunidades indígenas*, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago. (Ley 100 , 1993)

Más adelante en el Título III, capítulo I, refiriéndose a las Empresas intermediarias del SGSSS, estipula:

ARTÍCULO 181. TIPOS DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades (...) las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

Se establece que las comunidades indígenas podrán constituir empresas administradoras dentro del régimen subsidiado si cumplen con una serie de requisitos que tendrán que ser reglamentados posteriormente.

En términos de la organización de las poblaciones afiliadas en calidad de demandantes de servicios de salud, en el Capítulo IV de los Usuarios, en el artículo 200 se estipula que:

Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo, el gobierno promoverá la organización de las comunidades como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las organizaciones comunitarias de que trata el artículo 22 de la Ley 11 de 1986, y el Decreto 1416 de 1990, los cabildos indígenas y, en general, cualquier otra forma de organización comunitaria. (Ley 100 , 1993)

Con lo cual se asume que los cabildos indígenas, que son una autoridad que hace parte de una organización, actúen en calidad de tal para efectos de convertirse en demandantes de servicios, reduciéndose las competencias constitucionales establecidas.

En materia de financiamiento, los recursos provendrán de los fondos seccionales, distritales y locales de salud, según el numeral 7 del Artículo 216, que para la administración del régimen de subsidios en salud establece que:

Las Entidades Promotoras de Salud que afilien beneficiarios del régimen subsidiado recibirán de los fondos seccionales, distritales y locales de salud, de la cuenta especial de que trata el parágrafo del artículo 214, por cada uno de los afiliados hasta el valor de la unidad de pago por capitación correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 213 de la presente Ley. Durante el período de transición el valor de la Unidad de Pago por Capitación será aquel correspondiente al plan de salud obligatorio de que trata el parágrafo 2 del artículo 162 de la presente Ley (...) PARÁGRAFO 2o. El 50% de los recursos del subsidio para ampliación de cobertura se distribuirá cada año entre los beneficiarios del sector rural y *las comunidades indígenas*, hasta lograr su cobertura total. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

Con lo que aparece un mensaje de priorización nuevamente a razón de una lectura racializada de los Pueblos Indígenas como vulnerables y pobres.

Finalmente, en el libro IV “Sobre servicios sociales complementarios”, el Artículo 257 al referirse a un programa para ancianos determina crear un:

(...) programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan los siguientes requisitos: (...) PARÁGRAFO 2o. Cuando se trate de ancianos indígenas que residan en sus propias comunidades, la edad que se exige es de cincuenta (50) años o más. Esta misma edad se aplicará para dementes y minusválidos. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

Por lo que quedan incluidos los indígenas en tanto categoría dentro de los ancianos indigentes o inimputables, advirtiéndose por lo menos una ambigüedad, o un ejercicio explícito de racismo, ligado de nuevo a la imposibilidad de pago y total dependencia económica de la sociedad, situación que no consulta las particularidades de las comunidades indígenas que tienen lecturas y mecanismos propios de abordaje para sus *mayores*. Finalmente, en el componente de riesgos laborales los Pueblos Indígenas no son mencionados en una omisión que de nuevo obedece a no considerarlos dentro de la lectura hegemónica del mundo del trabajo y por supuesto bajo el enfoque de *población pobre que no trabaja*.

El impacto de la Ley 100 sobre los Pueblos Indígenas no está determinado solamente por los artículos que los mencionan, sino por su contenido y fundamentalmente por la estructura y el modelo, que como se ha planteado, no fue objeto de consulta y define que en adelante la garantía del derecho a la salud estará atravesado en una perspectiva individual por el papel del mercado, la privatización y la intermediación. Esto no solo es válido para la salud, sino también para las pensiones, los riesgos profesionales y las prestaciones equivalentes a servicios sociales complementarios.

Todo esto en tensión con los modelos subyacentes a los sistemas de salud universales, gratuitos, con enfoques familiares y comunitarios basados en Atención Primaria; al igual que frente a los lineamientos en materia de salud indígena de las OPS, pero de manera especial en relación con la jurisprudencia que se iba produciendo por parte de la Corte Constitucional.

En efecto, aspectos como el carácter colectivo del sujeto de derechos fundamentales indígena o del reconocimiento de la identidad y la diversidad, más allá de la capacidad de pago establecidos en la Constitución de 1991, han sido desarrollados por la jurisprudencia a través de la sentencia T-280 de 1993, citada en la sentencia T-376 de 2003:

8. La comunidad indígena ha dejado de ser solamente una realidad fáctica y legal para pasar a ser "sujeto" de derechos fundamentales. En su caso, los intereses dignos de tutela

constitucional y amparables bajo la forma de derechos fundamentales, no se reducen a los predicables de sus miembros individualmente considerados, sino que también logran radicarse en la comunidad misma que como tal aparece dotada de singularidad propia, la que justamente es el presupuesto del reconocimiento expreso que la Constitución hace a "la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana" (CP art. 1 y 7). La protección que la Carta extiende a la anotada diversidad se deriva de la aceptación de formas diferentes de vida social cuyas manifestaciones y permanente reproducción cultural son imputables a estas comunidades como sujetos colectivos autónomos y no como simples agregados de sus miembros que, precisamente, se realizan a través del grupo y asimilan como suya la unidad de sentido que surge de las distintas vivencias comunitarias. (Corte Constitucional, 2003)

De esta forma, la Ley 100 vulnera además del derecho a la consulta previa, las dimensiones del reconocimiento constitucional de la diversidad étnica y cultural de la nación, no tanto por falta de mención o "inclusión" en la ley, cuanto por la forma de hacerlo en términos ontológicos y las consecuencias axiológicas y praxiológicas posteriores, así como por el desconocimiento de los procedimientos que obliga la ley, lo que en últimas conduce a la persistencia de la visión de la alteridad como aquello distinto a asimilar o integrar, y a la homogenización del otro como vulnerable o como pobre.

En este sentido, la Corte Constitucional va más lejos al precisar que atender o afrontar tal diversidad pasa por el reconocimiento pleno de todas sus dimensiones, por cuanto no hacerlo conduce virtualmente a la extinción de la alteridad:

La defensa de la diversidad no puede quedar librada a una actitud paternalista o reducirse a ser mediada por conducto de los miembros de la comunidad, cuando ésta como tal puede verse directamente menoscabada en su esfera de intereses vitales y, debe, por ello, asumir con vigor su propia reivindicación y exhibir como detrimentos suyos los perjuicios o amenazas que tengan la virtualidad de extinguirla. (Corte Constitucional, 2003).

Cuando el Estado asume en la Ley 100 que los Pueblos Indígenas son vulnerables e incapaces de pago; y adicionalmente no los consulta -como lo estipulan la Constitución de 1991, el bloque de constitucionalidad y la jurisprudencia-, abre un espacio contencioso estructural que acompañará las lógicas y los alcances de la disputa política. Esto supone una confrontación entre el modelo homogenizante de consumidores individuales, y la asunción de la integralidad de todas las dimensiones de la diversidad

étnica y cultural, con lo que se pone en riesgo permanente de extinción a los Pueblos Indígenas:

El reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en la Constitución supone la aceptación de la alteridad ligada a la aceptación de multiplicidad de formas de vida y sistemas de comprensión del mundo diferentes de los de la cultura occidental. El reconocimiento exclusivo de derechos fundamentales al individuo, con prescindencia de concepciones diferentes como aquellas que no admiten una perspectiva individualista de la persona humana, es contrario a los principios constitucionales de democracia, pluralismo, respeto a la diversidad étnica y cultural y protección de la riqueza cultural. (Corte Constitucional, 2003)

La Ley 100, en el caso de los Pueblos Indígenas, es todo un desafío con ribetes de ilegalidad que pone en escena la disputa, como muchas políticas públicas, entre las legitimidades construidas mediante las luchas sociales, y las que impone un régimen político que fragmenta como herramienta de poder los desarrollos jurídicos y programáticos, en favor de un modelo hegemónico de salud ligado al mercado y a la perspectiva médica occidental. Siguiendo lo planteado en la sentencia, se podría entonces afirmar que este tipo de dinámicas vulnera no solo los derechos fundamentales, sino la garantía de la democracia y la pluralidad.

Adicionalmente, el que la Ley 100 como tal no fuera objeto de revisión constitucional por tratarse de una ley ordinaria, ha significado que la disputa se haya instalado al interior de la jurisprudencia. Esto se expresa cuando, al responder todo tipo de demandas, la Corte no cuestiona los fundamentos del modelo de dicha norma, sino que los tensiona al máximo para buscar la garantía del derecho a la salud. Se genera así un enfrentamiento constante de incompatibilidades estructurales entre mercado y derecho a la salud; lo cual se escala y complejiza cuando la disputa se dan entre estas dimensiones y los derechos fundamentales de los Pueblos Indígenas.

Esto ha hecho que por ejemplo la libertad de elección de la empresa aseguradora, que es individual en la sociedad general, se ejerza de manera colectiva en el caso de los Pueblos Indígenas. Así se salvaguarda parcialmente tanto la ilusión de la elección racional como la prerrogativa indígena de decidir colectivamente, quedando como un inamovible el que se requieran empresas intermediarias para hacer efectiva la política y

el derecho a la salud, y materializándose lo que se viene planteando: una inclusión subordinante de la otredad y una negación de la alteridad.

4.2 Entre la resistencia y la adaptación subordinante: 1993-2001

Esta sección presenta el análisis de los procesos de resistencia y negociación inicial de los Pueblos Indígenas, principalmente del CRIC y el Estado frente a la Ley 100 (1993-1997); y luego se detalla la creación y desarrollo de las Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado Indígena-ARSI, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena-IPSI, como expresión visible del proceso contencioso de adaptación subordinante por parte del Estado (1997-2001). Finalmente se recorren los procesos de debate y lucha social indígena en una fase de exigibilidad de cumplimiento de acuerdos y de la Constitución de 1991, con referencias a hechos y normativas internacionales relevantes en la región.

4.2.1 Entre el rechazo a la Ley 100 y las primeras negociaciones, 1993-1997

La complejidad de la reforma, que iniciaba con un proceso de transición, en realidad ocasionó que la institucionalidad y el conjunto de la sociedad iniciaran un camino de transformación, porque de un sistema de pensiones, salud y riesgos laborales en manos del Estado se entraba en el mundo de la privatización y la intermediación.

Estos nuevos códigos, más allá de la nueva parafernalia institucional, requerían un tiempo de aprendizaje y comprensión; en este sentido, el proceso fue bastante bizarro, incierto y permanentemente “provisional”. Fue el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, instancia de gobierno del nuevo sistema de salud, el que quedó a cargo de ir dando forma y contenido a la transición e implementación de la Ley 100. En este Consejo, conformado por 11 miembros, había un cupo para las asociaciones de usuarios de servicios

de salud rural (Acuerdo No 001 de 1994) y no había participación de los grupos étnicos, a menos que tácitamente estuvieran dentro la categoría del sector rural.

El que, en 2003 nueve años después de creado el CNSSS, Belkis Izquierdo, abogada del Pueblo Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta, ocupara esa representación, no significaba que esta instancia tuviera explícitamente un cupo para Pueblos Indígenas, con lo que no solo no hubo consulta ni participación en la formulación de la Ley 100, sino que tampoco en la instancia más importante de dirección de la implementación. Como se verá más adelante, las formas de participación fueron en niveles intermedios y operativos, mediante instancias funcionales de poco peso decisonal, o en mesas de trabajo, y casi siempre fruto de movilizaciones y exigencias de las organizaciones indígenas.

Ya desde la Ley 10, en el marco de la propuesta de descentralización y la participación de la comunidad, se había desplegado una pequeña iniciativa de conformación de asociaciones comunitarias y empresas solidarias que podrían participar en la gestión de servicios de salud. Sobre esta base, muchos actores –sobre todo no gubernamentales-, en el marco de la nueva ley entraron a conformar las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) que se convirtieron en las operadoras de este régimen⁹⁶. Muchas de estas entidades, aparecieron en el Cauca y, dado el furor de crecer y afiliarse a personas, irrumpieron en las comunidades indígenas con todo tipo de mecanismos y ofertas, incluso muchas veces con la venia de las autoridades indígenas de los resguardos, las cuales no tenían mayor información sobre la materia. Al respecto, Escué, exagente comunitario de salud y más adelante uno de los gerentes de la empresa indígena del CRIC, la Asociación Indígena del Cauca-AIC, expresa:

Entonces, mientras que el CRIC se para en el derecho colectivo a la salud, la Ley 100 empieza a fraccionar a las comunidades indígenas, entonces aparecen varias administradoras de la salud como Activa Salud y otras, empezando a promover un asunto de afiliarse a la gente, entonces mientras el CRIC daba debates con el Gobierno peleando por la no implementación de la Ley 100, por dentro nos estaba carcomiendo. Hay una decisión final que es cuando Caldonio decide no meterse a la Ley 100 pero luego ocurren dos fenómenos: las empresas administradoras de

⁹⁶ Recuérdese que el SGSSS tiene un nivel de rectoría a cambio del gobierno, un nivel de intermediación administrativa, financiera y gestión del riesgo en salud, que maneja los recursos públicos de la salud, afilia la población y contrata la red prestadora de servicios. Por su parte los servicios de salud son prestados por hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc., denominados Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; y finalmente el nivel del usuario mediante asociaciones de usuarios.

salud de la época empiezan a crecer en población en todos los municipios, estas empresas convierten esa capacidad de cobertura en salud en un asunto político o más bien politiquero. (Escué , 2018, pág. 6)

Progresivamente, las comunidades observaron que, sin pasar por una discusión colectiva, miles de comuneros⁹⁷ estaban afiliados a distintas ARS; y por el año 1995 en las juntas directivas de cabildos, se empezó a cuestionar este sistema tanto por lo inconsulto como por su carácter individualista, y además porque empezaron a verse las transformaciones de los hospitales públicos que respondían a los acuerdos, convenios o contratos que iban suscribiendo con las ARS, y no a un plan anual de atención integral como venía funcionando. Marciana Quirá, Agente Comunitaria de Salud, Promotora y posteriormente una de las gerentes de la ARS indígena AIC, manifiesta:

Después de la Constitución del 91 se transformó la salud y surgió la Ley 100, una ley de descentralización y privatización. También se hicieron unas grandes asambleas, movilizaciones y se dijo que los Pueblos Indígenas no íbamos a ingresar en ese nuevo sistema y que seguíamos con el sistema antiguo, en el que veníamos con el decreto 1811. Sin embargo, como ya era el negocio de la salud, entonces a la gente casa a casa la iban carnetizando y la gente finalmente terminó en varias empresas y la atención en el hospital ya no la estaban haciendo, a toda la gente la devolvían así estuviera enferma si no tenía carnet, ahí se hicieron unos acuerdos con los hospitales para la atención porque tampoco la afiliación que estaba llegando era para todos. (Quirá, Entrevista No. 7, 2018, pág. 4)

En este contexto, en 1995, en los primeros días de septiembre en el Resguardo de la María Piendamó, en el marco de una movilización de más de 5.000 indígenas pertenecientes al CRIC⁹⁸, se adelanta un bloqueo a la Panamericana para forzar el diálogo con el gobierno y que respondiera por el incumplimiento de acuerdos en materia de la masacre del Nilo (1991), la exigencia de presupuesto para atender la reconstrucción de la región de

⁹⁷ Es el nombre que en el Cauca Indígena se da a la persona que pertenece a cada comunidad indígena.

⁹⁸ En 1995 firmó el primer convenio con el gobierno de Samper, que consistió en la entrega de la hoy conocida hacienda La María en el municipio de Piendamó, a 30 kilómetros de Popayán (Bolaños E. A., 2011).

Tierradentro afectada por la avalancha del Río Páez de 1994⁹⁹, la entrega de tierras, proyectos productivos y el desarrollo del modelo educativo propio y en salud.

En esta movilización se presenta la primera protesta por la adopción inconsulta de la Ley 100 y su entrada en los territorios a través de las ARS privadas que silenciosamente tenían afiliados ya más de 25.000 indígenas en todo el Cauca.

Los compromisos adquiridos por el gobierno se conocen como el Convenio de la María Piendamó de 1995, reiterándose lo ya planteado sobre la modalidad de acuerdos y convenios entre el CRIC y el alto gobierno, que involucran incumplimientos y nuevas demandas, y que seguirá siendo la impronta por analizar a lo largo de esta investigación.

Para este momento, el programa de salud del CRIC, en conjunto con las diferentes zonas del Cauca, además de denunciar estos hechos, identifica que hay, entre otros, tres aspectos centrales que están en contra de sus políticas propias de salud, en el marco de la normatividad propia y la normatividad externa: la gobernabilidad y autoridad en salud; la gratuidad; y el reconocimiento de la medicina tradicional que requiere transitoriamente su modificación, mientras se negocia un sistema de salud especial.

En primer lugar, la Ley 100 en su operación impone un carné individual que expide una entidad foránea y que desconoce la certificación que por más de 15 años venían expidiendo los cabildos como instrumento legal y legítimo de reconocimiento de la pertenencia de una persona a la comunidad, por otro lado, son ahora organizaciones externas a las autoridades indígenas como instrumento legal y legítimo de ejercicio de autoridad colectiva. Por otra parte, son tales organizaciones ajenas, las Empresas de Salud, las que ahora van a identificar y afiliar beneficiarios, así como definir redes de atención por encima de las autoridades políticas y tradicionales.

En segundo lugar, se insiste que la Ley 100, con los subsidios, acaba con el principio de gratuidad del Decreto 1811 y la Resolución 10013 que, si bien la garantizaban a razón de la incapacidad de pago, ahora queda reducida a un beneficio individual y parcial para acceder a servicios de salud. Finalmente, se advertía sobre la no inclusión dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de la medicina

⁹⁹ El 6 de junio de 1994, un terremoto desencadenó destrucción y una avalancha que produjo más de 1.000 muertos principalmente indígenas Nasa y campesinos de la región oriental del Cauca en los Municipios de Páez e Inzá.

tradicional, las casas de paso, los traductores bilingües y el transporte, aspectos centrales para garantizar con integralidad el derecho a la salud (CRIC, 2009).

En este contexto y fruto de la presión de las organizaciones indígenas que empiezan a ver los impactos de la Ley 100, y en particular de la movilización de la María Piendamó de 1995, por un lado, el gobierno notificado del rechazo a la norma se compromete a financiar al CRIC un proceso de socialización y discusión comunitaria que permita conocer mejor sus contenidos y preparar propuestas de negociación; y por otro, el Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social-CNSSS expide el primer instrumento de política pública: el Acuerdo 23 (1995, pág. 2), orientado a iniciar la regulación de lo que serán las adaptaciones de la Ley 100 a la normatividad indígena vigente, en materia de identificación de beneficiarios, prioridad y gratuidad, en un marco de inclusión subordinante a una estructura inconsulta y al momento, rechazada.

En efecto, en el Artículo 4 del mencionado Acuerdo se define que no será mediante el Sistema de Identificación de Beneficiarios-SISBEN que se establecerá si las personas pertenecen y tienen derecho, sino a través del listado censal que entregará el Gobernador del Cabildo, con lo que se devuelve a la autoridad indígena la potestad de determinar mediante el censo, que es suscrito por el Gobernador, quiénes son los beneficiarios de los subsidios en salud. No obstante, deja intacto cualquier debate o consideración sobre lo que significa, en el seno de la comunidad indígena, la asignación individual de subsidios y su repercusión sobre el concepto de gratuidad.

Por otra parte, en el Artículo 9 se establece la prioridad dentro del límite de los recursos para afiliar a la comunidad indígena, y en el Artículo 19 se exonera a los miembros de las comunidades indígenas, así como a los indigentes, de la cofinanciación de los servicios vía copago¹⁰⁰ y cuota moderadora¹⁰¹.

De nuevo aparece la concepción de no pago de las cuotas de cofinanciación, ligado a la incapacidad del mismo, al lado de la figura de sectores como el de la indigencia, que claramente se define por la condición de incapacidad de pago. Más allá de esta

¹⁰⁰ Es un mecanismo de cofinanciación con cargo al usuario en el momento de cada atención y busca desestimular el uso indebido o irracional de los servicios de salud.

¹⁰¹ La cuota moderadora se paga en el régimen contributivo y aunque cofinancia también, su objetivo principal es racionalizar el uso de los servicios de salud.

consideración, la eliminación de las cuotas de cofinanciación no restablece el derecho a la gratuidad, por cuanto ella no deviene –en el caso de los indígenas- de una incapacidad esencial, sino de la pertenencia a una diversidad cuya identidad principal es la propiedad colectiva de la tierra y a razón de su vida social, cultural y económica; una inserción social distinta con la estructura más amplia de la sociedad.

Así mismo, los servicios que ofrece el régimen subsidiado, mediante la canasta básica de prestaciones del régimen subsidiado, es inferior a la del régimen contributivo, y en esa medida, el financiamiento para el acceso a dichos servicios no queda cubierto como tampoco la dimensión de la medicina tradicional y lo propio, ya mencionado.

Mientras tanto, el CRIC, en el marco del compromiso del Gobierno de financiar la socialización de la Ley 100, inició una serie de 7 talleres durante el primer semestre de 1996, a través de un convenio entre el Ministerio de Salud, el Servicio de Salud del Cauca y el CRIC. Durante este proceso se pudo constatar el malestar y rechazo a dicha Ley por no haber sido consultada, por la usurpación de competencias propias del Cabildo, el empeoramiento de los servicios de salud y por la no inclusión de la medicina tradicional (Programa de salud del CRIC, 1996).

Se discuten algunas posturas, sin que haya un consenso, relacionadas con la propuesta de reclamar un sistema de salud exclusivo para indígenas y aquellos que planteaban la necesidad de entrar en la Ley 100 adecuándola y con la posibilidad de una administradora propia de salud.

Entre tanto en el nivel nacional, la ONIC, con la participación del CRIC, desencadena una ola de movilizaciones en las cuales el tema central es el incumplimiento de acuerdos en todos los niveles y la demanda de que la Constitución de 1991 fuera efectiva, incluyendo que el sistema de salud incorpore lo propio y se supere el abandono en salud en muchos territorios: “Nos unimos alrededor de la vida, porque nos están matando, y alrededor de nuestros territorios (...). Es la madre tierra la que nos convoca, la que convoca a sus hijos (...), dice Abadio Green Stocel, un indígena tule y presidente de la Organización Indígena de Colombia (Onic), cuyo nombre original es Manipinitikinya” (El Tiempo , 1996, pág. 1B).

El viernes 5 de julio de 1996, indígenas de los seis Departamentos de la Amazonía (Caquetá, Amazonas, Putumayo, Guainía, Guaviare y Vaupés), de Cauca, Chocó, Córdoba, Valle y otros, se tomaron pacíficamente la sede de la Conferencia Episcopal Colombiana,

lugar de reunión de los obispos de todo el país, exigiendo la instalación de una mesa de concertación sobre la política indigenista. Según el Cacique Zenú Celedonio Padilla, la movilización obedecía a lo siguiente:

(...) se nombró allí una Comisión negociadora indígena conformada para interlocutar con el gobierno, y así mientras permanecía la toma del Episcopado, en otras regiones aumentaba la presión. En Putumayo por ejemplo unos 200 indígenas Sionas, Kofanes, Ingas y Kamëntzá, ocupaban...la gobernación en Mocoa y pedían al gobernador pronunciarse a favor de las demandas indígenas. En el Tolima unos 200 Pijaos se tomaban la sede regional del INCORA en Ibagué, el Consejo Regional Indígena del Tolima-CRIT pedía elaborar un Plan de Desarrollo concertado...con las organizaciones indígenas. De esta movilización se logra la expedición del Decreto 1396 de 1996, por medio del cual se creó la Comisión de Derechos Humanos, CDH, el Programa Especial de atención a los Pueblos Indígenas; y el 1397, que creó la Comisión Nacional de Territorios Indígenas y la MPC, escenarios que reivindican la autonomía, principios, derechos e identidad de los pueblos. (Padilla , 2013, pág. 469)

Se resalta el Decreto 1397 porque se genera por primera vez una instancia mixta de alto nivel entre Estado y Pueblos Indígenas a nivel nacional, la Mesa Permanente de Concertación-MPC, que en adelante será uno de los escenarios de la disputa política y social dependiendo del tipo de gobierno y la intensidad de la movilización. En cierta forma este dispositivo de política pública deberá potenciar el diálogo y la concertación con las comunidades indígenas, y deberá facilitar la integración de los Pueblos Indígenas a las discusiones de las iniciativas legislativas y ejecutivas que les puedan afectar. Obsérvese la reiteración, ahora a nivel nacional, entre movilización, acuerdo, mesas de negociación, incumplimientos y nueva oleada de movilización en medio de la violencia política; y la transformación inconsulta de las políticas públicas. Porque, en el mejor de los casos, solo se convocará a hablar sobre aquello particular de las normas generales, pero no a discutir las lógicas de las mismas, con lo que el sistema de representación legislativa indígena de la Constitución, estará cada vez más limitado en su impacto, y será la participación electoral en lo local, la exigibilidad jurídica y el activismo judicial, la incidencia internacional, pero sobre todo la movilización y la resistencia, el núcleo duro de transformación de las disputas históricas entre Pueblos Indígenas y Estado.

En este clima de fuerte movilización indígena en el Cauca, el 31 de julio, ahora en Novirao municipio de Totoró, el CRIC se concentró en la Panamericana y bloqueó la carretera para exigir el cumplimiento de los acuerdos de la María Piendamó de septiembre de 1995, (Redacción del Tiempo, 1996), frente a lo cual el Ministro de Gobierno, Serpa, admite dificultades financieras¹⁰² y procede a suscribir el Acta de Novirao en la que anuncia una partida presupuestal de 6.000 millones de pesos para la corporación Nasa Kiwe, que atiende a los damnificados indígenas que dejó la avalancha del Río Páez.

De igual manera se comprometió a fortalecer la inversión para los sectores de educación, salud y empleo, entre otras peticiones de los líderes indígenas reunidos con Serpa y que se hacen extensivas para todas las comunidades del país (Vanguardia Liberal , 1996).

En materia de salud, se estaba exigiendo que se concertara un régimen especial de salud para los Pueblos Indígenas. Sin embargo, el gobierno ofreció 5.000 subsidios en el marco de la Ley 100 para atender las comunidades de Tierradentro¹⁰³, damnificadas de la avalancha del Río Páez reasentadas en otros municipios del Huila y el Cauca, con lo que aún en la intensidad de la movilización la balanza se inclinó hacia la incorporación subordinante dentro del SGSSS, pese a que el proceso de socialización de comienzos de año había arrojado el rechazo a la Ley 100.

El CRIC define, en concertación con los cabildos de los asentamientos, asignar estos subsidios a ARS privadas en el marco de acuerdos para que su ejecución contemple asignar recursos para medicina tradicional, adecuación sociocultural, fortalecimiento político organizativo, casas de paso y autonomía alimentaria, con lo que oficialmente inicia un proceso de tránsito hacia adentro del SGSSS, buscando condicionar la operación y aprovechando lo ya incorporado en materia de demandas indígenas en el acuerdo 23 del CNSSS.

Esta experiencia será una de las bases para que en 1997 se cree la Administradora del Régimen Subsidiado Indígena-ARSI, y para estructurar lo que muy pronto se denominará

¹⁰² Serpa dijo que el Gobierno estaba cumpliendo fielmente con lo pactado en el convenio de La María-Piendamó, que se firmó en septiembre de 1995. Sin embargo, reconoció que hay serias dificultades en el manejo de la cuestión fiscal (Redacción del Tiempo, 1996).

¹⁰³ Municipios de Páez e Inzá en el Oriente del Departamento del Cauca.

el Proyecto de Salud Indígena, a financiar con los recursos de los subsidios con los componentes señalados y con la exigencia de contratar personal indígena para la ejecución de las acciones comunitarias, y la implementación de equipos extramurales con presencia frecuente en las comunidades, cuyo personal profesional debería ser avalado también por las autoridades indígenas.

En el marco del clima de movilización indígena, el gobierno, si bien no responde a las demandas de concertar un sistema propio, sí produce a través del CNSSS el Acuerdo No. 25 de 1996 -Artículo 3-, mediante el cual se incorpora la participación de un representante indígena elegido por las comunidades en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organismo equivalente al CNSSS, pero con un poder muy limitado en términos de decisiones (Acuerdo Número 25, 1996a, pág. 2).

No obstante, el malestar de las comunidades seguía aumentado por cuanto las ARS privadas continuaban afiliando comuneros indígenas en las diferentes zonas del país y del Cauca. Un dirigente indígena manifestaba a la prensa:

‘Es un sistema de seguridad social obsoleto porque el Gobierno le entrega la plata a unas Empresas Promotoras de Salud que son comerciales, y a nosotros no nos atienden como debería ser porque las EPS nos tienen marginados completamente’ aseveró Lesmes Morales¹⁰⁴. Según el dirigente indígena, para las comunidades es mejor seguir con la medicina tradicional que han aplicado históricamente. Agregó que ‘es mejor que el Estado entregue ese dinero a los hospitales y centros de salud’. (El País, 1997, pág. 5C)

En este contexto se realiza el décimo Congreso del CRIC en Silvia (Cauca) entre los días 12 y 17 de marzo de 1997¹⁰⁵. Los avances, retos y proyecto político que se planteaban estaban referidos principalmente a lograr que la Constitución de 1991 fuera realmente

¹⁰⁴ vicepresidente de la Organización Indígena Nacional Emigrante, OINE, y representante de la Asociación Departamental para el Quindío y la comunidad indígena emigrante, Asoinaya.

¹⁰⁵ Indígenas paeces, guambianos, yanaconas, coconucos y demás comunidades integrantes del Consejo Regional Indígena del Cauca (Cric) iniciarán hoy en Silvia...su décimo congreso en el que evaluarán el desarrollo de sus resguardos en los últimos cuatro años y las tareas a realizar en el siguiente cuatrienio. Unos 5.000 nativos procedentes de 64 cabildos participarán en esta cumbre. Se estima en más de 200 mil los indígenas que habitan en el Cauca. La autonomía que les otorga la Constitución, la presencia de grupos guerrilleros y paramilitares en sus zonas y su economía son los principales temas para debatir (El Tiempo, 1997, pág. 9A). Progresivamente, hay referencias menos ideologizadas sobre el significado del CRIC y lo que representa en el Cauca.

implementada, puesto que pretendía ser frustrada por parte de los partidos tradicionales y el poder económico que se negaba a aplicarlos.

El caso más alarmante, según los participantes del Congreso, se daba por el incumplimiento de los acuerdos que el Gobierno había firmado con distintos Pueblos Indígenas de Colombia, haciendo que los indígenas recurrieran frecuentemente a las vías de hecho como las movilizaciones o las denuncias públicas del nivel nacional e internacional para exigir su cumplimiento. Observaban también, con gran preocupación, cómo el Gobierno implementaba distintas formas de violencia para mantenerse en el poder, creando Cooperativas de Seguridad, fumigando terrenos rurales bajo el argumento de combatir los cultivos ilícitos, emitiendo decretos y leyes que iban en contra de los Pueblos Indígenas y entregando las riquezas del país a las grandes multinacionales (CRIC, 1997a).

En este sentido las principales líneas de discusión sobre las que giró el Congreso fueron: 1) la Jurisdicción Especial Indígena, sobre la que se manifestó que era necesario fortalecer la autoridad tradicional y su estructura orgánica; 2) Territorialidad y Autonomía, sobre la que se reiteraba que el Estado debía oficializar los territorios indígenas como había quedado estipulado en la Constitución; 3) Gobierno y Administración Territorial, donde se debía pensar la administración de los resguardos en torno a los territorios, justicia, educación, economía, gestión, avances culturales, identificación de los jóvenes y manejo de transferencias; 4) Participación Electoral, se decía que había que fortalecer la relación cabildo, organización local, zonal y regional con la dirección de la Alianza Social Indígena¹⁰⁶, también buscar mecanismos de control y seguimiento a quienes fueran elegidos y trabajar por la identidad del Movimiento; y 5) Relaciones con el Estado, frente a esto se pretendía socializar las problemáticas de cada comunidad y los acuerdos firmados con el Gobierno, con el propósito de que todos estuvieran enterados y por consiguiente pudieran apoyarse para lograr el cumplimiento de estos.

Las conclusiones generales sobre el Programa de Salud Indígena y el Régimen Especial Indígena de Salud afirmaban que el Decreto 1811 debía seguir garantizando la gratuidad

¹⁰⁶ La Alianza Social Indígena se creó en julio de 1991 en una asamblea convocada por las regionales indígenas de Antioquia, Cauca y Tolima como un proyecto político que contaba con la participación de otros sectores sociales. Allí se decidió presentar una lista encabezada por Anatolio Quirá para el Senado, quien resultó electo (CRIC, 1997a).

de la salud para las comunidades indígenas, es decir, que las instituciones prestadoras del servicio de salud del Estado tenían la obligación de ofrecer los servicios en todos los niveles. Las comunidades indígenas debían continuar elaborando y estructurando el proyecto de salud indígena del Cauca; rechazaban el SISBEN, la estratificación y el carné para la atención en salud, y ratificaban el listado censal que venía elaborando el cabildo y la comunidad; estaban de acuerdo y exigían la vinculación colectiva y no individual al sistema de seguridad social en salud para todas las comunidades; y se propuso que los cabildos fueran los encargados de administrar los recursos para la atención en salud de las comunidades.

Como se puede ver, se reivindica el Decreto 1811, al tiempo que se propone crear un Régimen Especial Indígena en Salud (REIS) que fuera independiente de la Ley 100, y al mismo tiempo, había sintonía con los acuerdos expedidos por el CNSSS durante 1995 y 1996, quedando pendiente la afiliación colectiva. En medio de este mosaico de análisis y opciones, al final el Congreso evalúa como mejor alternativa, sobre todo para frenar la entrada de empresas privadas de manera inconsulta, estructurar una administradora indígena. El presidente del CRIC en ese momento, Jesús Piñacué, resumía así la discusión que condujo finalmente a la creación de la Administradora del Régimen Subsidiado Indígena-ARSI:

Nosotros nos encontramos ante varias presiones, una es que hay un dinero que podemos manejar en forma directa y autónoma, algunos entendían muy determinadamente que la autonomía estaba confirmada por el poder económico y si no teníamos manejo del acceso a los recursos pues la autonomía era muy discutible. Otros decían que había que seguir insistiendo con la gratuidad de la salud y para ello era la Resolución 1811. Nosotros teníamos una lectura intermedia: se podía seguir luchando por la gratuidad en la prestación del servicio, pero también teníamos que ponerle un límite a la colonización en recursos que estaban llegando a todos los territorios indígenas a través de las famosas ARS. Los indígenas aún no teníamos una, pero todos queríamos como contar con nuestra propia ARS, hasta ahí quedó la discusión. (Piñacué, Entrevista N° 5, 2018)

La discusión al interior del CRIC se resolvió en la línea identificada a lo largo de esta investigación de aprovechar la normatividad existente en lo que se juzga conveniente y porque no hay más opciones y avanzar en la construcción de la política propia de salud. La

definición de la creación de la ARS indígena significa ganar terreno dentro del SGSSS manejando los recursos previstos, sin desistir de la gratuidad, de la aspiración de un régimen especial indígena y del fortalecimiento del Programa de Salud.

No obstante, el Congreso ratifica la voluntad de seguir construyendo una política propia de salud que recoja para el caso de los Nasas el rol del sabedor ancestral o médico tradicional, Thë'Wala o Kiwe Thek¹⁰⁷ a pesar del fuerte impacto de la Ley 100.

En nuestra historia los médicos tradicionales [Thë'wala, en las comunidades paeces] han sido un pilar fundamental para la sobrevivencia de nuestros pueblos, pues ellos son los que garantizan la permanencia del pensamiento de nuestras culturas (...). Otras de las funciones que han tenido los Thë'wala es la de organizar los cabildos y comunidad como consejeros en: 1. Preparación de los matrimonios; 2. Entierro 'cordones umbilicales'; 3. Preparación de rocerías; 4. Cuido y siembra de las semillas; 5. Agradecimiento de la cosecha; 6. Armonización de lugares sagrados: lagunas, ojos de agua, bosques y ciclos de la luna. (CRIC, 1997a, pág. 32)

Algunas propuestas que se presentaban acerca el tema eran: que cada Thë'Wala ayude a formar nuevos Thë'Walas; conservar los lugares sagrados; cultivar plantas medicinales; concientizar sobre la medicina indígena a la comunidad; propiciar la coordinación del cabildo con los Thë'Walas para sus actividades y la defensa del territorio; el cabildo en coordinación con los Thë'Walas debían apoyar proyectos para el fortalecimiento de la

¹⁰⁷ El Thë'Wala, que significa el "grande", el "mayor", corresponde a la figura de la autoridad tradicional que ancestralmente a orientado las dinámicas espirituales del pueblo Nasa, y que la sociedad blanco-mestiza, ha caracterizado primero como el brujo de la comunidad y progresivamente lo ha asimilado al equivalente del médico occidental. Las comunidades mantienen la doble dimensión del Thë'Wala, pues en el mundo intercultural aceptan parcialmente que sea la figura equivalente al médico occidental, pero hacia adentro es realmente una autoridad tradicional integral. Manuel Sisco investigador Nasa, manifiesta que el concepto más adecuado es Kiwe Thek cuidador del territorio, más que el grande que había sido utilizado por la Iglesia para cooptarlos y manipularlos a su favor. "Yo era una de las personas que criticaba el uso del término Thë'Wala, porque cometimos un error de empezar a utilizarlo, porque Thë'Wala quiere decir el Mayor, el Máximo, entonces ya cuando empecé a madurar lo de la cosmovisión, no se hablaba de ese término, se hablaba de Kiwe Thek, que son los truenos territoriales. The Wala es un término *Cristiano* porque Cristo es 'el máximo'. A la Iglesia le convenía eso porque les decía: 'ustedes son los grandes, vengan para acá', creo que fue un error muy grande que nosotros cometimos el hacer crecer ese término." (Sisco, 2018, pág. 3). Con esto se pretende reflejar las transformaciones y discusiones al interior del CRIC al respecto, por lo que en cada momento se utilizará el término según aparezca en la fuente, conscientes de que hay debates al respecto que superan los alcances de esta investigación.

medicina tradicional a nivel local, zonal, regional, nacional e internacional; y se debía profundizar, a través del proyecto formativo e informal, en los saberes de los Thë'Walas en medicina tradicional para posibilitar su desarrollo (CRIC, 1997a).

Como puede observarse por las funciones asignadas y por el rol en la reproducción de los saberes y las prácticas del Thë'Wala, queda claro que la mayoría tienen que ver con el campo espiritual, político y social y por esa vía está al frente de restablecer y mantener el equilibrio entre ser humano, comunidad y territorio, con lo que está propendiendo por la armonía de manera integral de su sociedad. En este sentido estaría trabajando por la salud de la comunidad y desde ahí se erige como el encargado de ésta en su territorio, más allá de suplir o fungir como equivalente del médico occidental.

Estas reflexiones y definiciones en el seno de un Congreso del CRIC son significativas, por cuanto marcan por un lado la postura frente a lo propio, pero también la tensión que significa que los contenidos de la medicina tradicional no solo sean distintos a los de la medicina occidental, sino que el nuevo sistema de salud bajo la Ley 100 no los contempla, y que además, por lógica individual y asistencial no “puede” contemplarlos.

En el mismo año del Congreso, el Programa de Salud del CRIC hacía una sistematización de su experiencia organizativa, que arrojaba elementos claves para la comprensión del desarrollo de su institucionalidad. Según el CRIC (1997b), el objetivo central para la creación del Programa de Salud fue apoyar las dinámicas de recuperación de tierras, contribuyendo con proyectos alternativos de salud en beneficio de la armonía y el bienestar de las comunidades. En la década de los 90 se busca el desarrollo y fortalecimiento de la salud propia, además se adelanta una estrategia de atención primaria en salud, que parte del diagnóstico, promueve la participación comunitaria, propicia grupos de atención y avanza en jornadas de nutrición y producción.

En consecuencia, los objetivos específicos del Programa de Salud son brindar apoyos en capacitación sobre autonomía interna y derechos indígenas, impulso y fortalecimiento de la medicina tradicional, recuperación y siembra de cultivos nativos, como también su preparación y consumo. Todo ello, sin bajar la guardia en cuanto a las relaciones con el

Estado y la investigación sobre usos y valores de la salud en los términos que la practican las comunidades indígenas (CRIC, 1997b).

Entre los logros del programa de Salud del CRIC se menciona: el luchar por la garantía de la gratuidad del servicio de salud con base en el Decreto 1811; la formación de agentes comunitarios de salud-ACS, voluntarios, promotores, y auxiliares de enfermería; el fortalecimiento de la medicina tradicional y revalorización de los agentes propios de salud de las comunidades; la producción de material didáctico e informativo; y la realización de encuentros e intercambio de experiencias y capacitación (CRIC, 1997b).

Mientras la intensa discusión y movilización se daba en el Cauca y todo el país, el proceso de adecuación normativa continuaba en el CNSSS a través de dos Acuerdos: el 72 y el 77 de 1997, en relación con los contenidos de lo que se ha llamado canasta o Plan Obligatorio de Salud-POS para las comunidades indígenas, y sobre las condiciones de funcionamiento del régimen subsidiado en comunidades indígenas.

En el Artículo 8 del Acuerdo No. 72 se define la obligatoriedad de la concertación entre las comunidades indígenas, las autoridades sanitarias y las empresas administradoras para ajustar los contenidos y las formas de prestación de los servicios de salud del POS, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS que los prestarán (Acuerdo Número 72, 1997b, pág. 2)

Si bien esto permitiría iniciar el proceso de inclusión de acciones relacionadas con la medicina tradicional y las propuestas indígenas en salud, así como la adecuación de los servicios de salud occidentales, en este momento fue con el valor de la Unidad de Capitación-UPC de la población general sin incluir un monto para cubrir el valor de actividades adicionales propias. Este paso importante en la línea de la adecuación significaba que se legitimaba el proceso de funcionalización y subordinación a la lógica de la Ley 100.

Por otro lado, el Acuerdo 77 (1997c) en el Artículo 4 ratifica lo estipulado sobre la autoridad del Cabildo para entregar el listado censal de afiliados; en el Artículo 13 establecía un nuevo hito al permitir que los Gobernadores Indígenas "(...) de común acuerdo con las autoridades legítimamente reconocidas al interior de su comunidad, podrán seleccionar la

Administradora del Régimen Subsidiado a la cual se afiliarán todos sus integrantes, buscando mantener la unidad étnica”¹⁰⁸; y finalmente en el Artículo 43 se abre la puerta para la cofinanciación al definir que para financiar el aseguramiento de las Comunidades Indígenas podrán concurrir entre otros recursos, los de los resguardos indígenas provenientes de las transferencias de la nación ya mencionadas anteriormente.

En estos tres Artículos va tomando forma y ratificándose dentro del proceso de adaptación de la Ley 100 que la autoridad para efectos de certificar pertenencia a una comunidad indígena y definir ser sujeto de subsidio es el Cabildo, y que no debe aplicarse el SISBEN en territorio indígena. Se introduce el concepto de “unidad étnica” como el mecanismo según el cual en general la afiliación será colectiva a la administradora, para que las comunidades no se “fragmenten” en varias entidades y las decisiones sean preferentemente colectivas en ese sentido. El sentido de lo colectivo aquí es interpretado como suma de individuos que hacen parte del listado, y su elección es limitada a escoger una administradora, por lo que no emerge con fuerza el sentido de que el individuo sujeto de derechos es la comunidad, como ya se describió según jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Finalmente, a pesar de que están eliminadas las cuotas moderadoras y copagos, se insinúa que el resguardo podría definir recursos de las transferencias del sistema de participaciones del situado fiscal,¹⁰⁹ para cofinanciar el régimen subsidiado, lo cual genera las tensiones alrededor de que un presupuesto como el de los territorios indígenas que debe responder a sus Planes de Vida, pueda en un momento dado tener que asignar recursos para el funcionamiento de los subsidios.

¹⁰⁸ Lo anterior no obsta para que los indígenas individualmente considerados puedan escoger una Administradora diferente. En este último caso no será imperativa la concertación de que trata el Artículo 8° del Acuerdo 72 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (Acuerdo Número 77, 1997c, págs. 8-9)

¹⁰⁹ Para ese momento tal sistema de participación de los recursos de la nación era el Situado Fiscal para las comunidades indígenas. Luego se convertirá en 2001, con la Ley 715, en Sistema General de Participación, que es el conjunto de recursos que la nación transfiere a las entidades territoriales para fines específicos como salud, educación, agua y saneamiento básico y que en el caso de las comunidades indígenas está definido en el 0,52% del total de los recursos y se calcula de acuerdo con la población del resguardo respectivo.

4.2.2 Las Administradoras de Recursos de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena: Entre la imposición y la apropiación 1997-2001

En el año 1997 se estructura la Administradora del Régimen Subsidiado Indígena y la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena en el Cauca en medio de la violencia política, la movilización y un gran debate sobre su conveniencia.

De hecho, ya en 1996 se habían creado las primeras Empresas Solidarias de Salud que fueron la primera figura para administrar el régimen subsidiado por parte de los Pueblos Indígenas; la Asociación de Cabildos Indígena del Tolima (ASOCRIT) y MALLAMAS por iniciativa de los Pastos en Nariño.

En 1997 ya con el nombre de administradoras del régimen subsidiado-ARS, se crea en diciembre DUSAKAWI, en calidad de Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira; posteriormente, en enero de 1998 se autoriza a la Asociación Indígena del Cauca (AIC), ARS del CRIC, y luego, en abril la Asociación de Cabildos del Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba y Sucre Manexka; finalmente, en 2001 en julio la etnia Wayuu a través de asociaciones de cabildos conforma la Empresa Promotora de Salud-EPS Anas Wayuu. En 1998 hay 5 administradoras indígenas funcionando, y en 2001 un total de 6, con lo que se consolidaba la figura de la intermediación en salud en su totalidad para los Pueblos Indígenas en Colombia. Luego todas las administradoras harían tránsito a la figura de Empresas Promotoras de Salud-EPS en el 2006, salvo Anas Wayuu que inició directamente bajo esta denominación.

Debe señalarse que salvo las dos primeras administradoras Mallamas y ASOCRIT, que nacen como empresas solidarias en un reconocimiento, todavía frágil, de la posibilidad de asociación de los cabildos, las siguientes administradoras nacen como asociaciones de cabildos con base en el Decreto 1088 de 1993, el cual, como ya se mencionó, permitió también en medio de intensos debates, que las instituciones de intermediación del sistema de salud se asimilaran bajo la figura de entidades de derecho público de carácter especial; con lo que ahora la estructura organizativa de los Pueblos Indígenas se iba complejizando desde el cabildo, pasando por la asociación de cabildos y ahora igualmente como asociación de cabildos, pero con funciones de administradoras de recursos en salud.

Así mismo, a nivel territorial, mientras el cabildo es la autoridad en el resguardo, la asociación tiene capacidades delegadas más allá del resguardo y las administradoras del

régimen subsidiado podían ser de un cabildo, una asociación o varias asociaciones con diferentes jurisdicciones territoriales. Por ejemplo, la AIC en el Cauca asociaba en su momento cerca de 100 cabildos, la gran mayoría miembros de asociaciones de diferentes zonas del Cauca Indígena.

Es solo hasta 2001 que, en el marco del decreto 330,¹¹⁰ “(...) se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas” (Decreto 330 , 2001); desarrollándose por primera vez, con especificidad, el principio de la Ley 100 que dejaba previsto que las comunidades indígenas podrían conformar empresas para participar dentro del SGSSS (Artículo 181 de la Ley 100, ya citado). Esto explica por qué las ARS indígenas, en adelante ARSI, que se estructuraron con anterioridad, lo hicieron bajo las mismas reglas exigidas para las administradoras del régimen subsidiado en general y es solo hasta este decreto presidencial que cuentan, luego de un proceso de movilización, negociación y concertación parcial, con unos criterios diferenciadores que no modificaban la estructura básica de las empresas creadas por la Ley 100 para la población general.

Así las cosas, los Pueblos Indígenas no lograron el reconocimiento de sus formas organizativas como las idóneas para administrar los recursos de salud en sus territorios. No obstante, la norma hizo una adecuación en cuatro aspectos que vale la pena destacar.

En primer lugar, el número mínimo de afiliación se estableció en 20.000 personas de las cuales el 90% tendría que ser indígena, a diferencia del resto de empresas en las cuales el mínimo era de 50.000 personas. No obstante, a inicios de 2003, dicho número debería igualarse con el subsidiado general para poder permanecer en el SGSSS, siempre manteniéndose el porcentaje de afiliación indígena.

La cobertura de las ARSI, a diferencia del resto, podría ser nacional en orden a “(...) proteger la unidad étnica y cultural de los Pueblos Indígenas” (Decreto 330 , 2001), lo cual

¹¹⁰ Ya en varias normas operativas se daba por sentado la operación de las Administradoras Indígenas de los recursos del régimen subsidiado, pero se asumía su funcionamiento y requisitos como similares a los de las demás del régimen subsidiado. El decreto 1804 de 1999, al referirse en el artículo 5°, a los “Requisitos para la operación del régimen subsidiado. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación del régimen subsidiado a las entidades que reúnan los siguientes requisitos: 1. Tener personería jurídica y estar organizadas como entidades promotoras de salud o empresas solidarias de salud. Estas últimas deberán estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas”. (Presidencia de la República, 1999)

fue concertado más que por el argumento citado, con el objetivo de que las ARSI existentes pudieran alcanzar el mínimo de afiliados y continuar dentro del SGSSS, considerando que se habían extendido por todo el país y que las nuevas igualmente tendrían que sumar varios Pueblos Indígenas ubicados en diferentes regiones del país para poder alcanzar la meta fijada.

Detrás de esta regla mínima estaban los cálculos del gobierno de que estas empresas pudieran contar con un volumen suficiente de afiliaciones que permitiera su equilibrio financiero y sostenibilidad. Las organizaciones indígenas a nombre de defender la posibilidad de cubrir el territorio nacional, sobre todo a aquellas comunidades pequeñas, buscaban generar el hecho político de entrar a administrar y gobernar los recursos de salud en tensión con el SGSSS, y luego enfrentar con el Estado el problema de la inviabilidad financiera, por cuanto los costos calculados por demanda individual necesitan escalas de afiliación mayores, máxime en territorios altamente dispersos y alejados de la infraestructura hospitalaria.

En segundo lugar, se estableció un capital social mínimo de 250 salarios mínimos por cada 5.000 afiliados (Artículo 4) menor que el de las ARS no indígenas, a pesar de que las responsabilidades eran las mismas e incluso mayores dada las condiciones socioculturales y geográficas de operación, con lo que se ponía en riesgo la sostenibilidad de las ARSI en una especie de condescendencia racializada, a condición de que el modelo de mercado no fuera puesto en cuestión, sino que incluso se pudiera demostrar que había entrado en los territorios indígenas.

Si bien esto condenó a la crisis financiera permanente de las ARSI, en particular en el Cauca, el CRIC desafió dicha lógica no solo aumentando el acceso de sus comuneros a servicios de salud, sino que en el marco de los efectos que produce las lógicas participativas y de control social de las comunidades, y alcanzó ciertos niveles de eficiencia que vale la pena mencionar.

En primer lugar, en términos de gobierno se encuentran varias instancias que aseguran participación comunitaria en los destinos de la empresa. Los socios de la Asociación Indígena del Cauca, la ARSI del CRIC, son los cabildos en representación de las autoridades y comunidades. Por tradición y por normatividad propia y especial, los intereses que representan estos sujetos son colectivos y materia de control permanente. Esto hace que no se puedan tomar decisiones en la empresa que no hayan sido discutidas y

aprobadas por las comunidades. La asamblea si bien se conforma con los socios, en la práctica se convierte en un evento multitudinario en el que los cabildos se acompañan de otros delegados de las comunidades, incluidos miembros de los programas de salud de las zonas del Cauca Indígena, y por tanto se convierten en espacios de dos y tres días de socialización, capacitación, discusión y definición contenciosa pero colectiva.

El representante legal o coordinador de la empresa es nombrado en asamblea y el escrutinio sobre su idoneidad y compromiso es realizado masivamente en este tipo de eventos. La junta directiva de la AIC es conformada por delegados de todas las zonas del Cauca Indígena, en asambleas multitudinarias en los diferentes territorios indígenas. El CRIC y el Programa de Salud adicionalmente hacen parte de dicha junta directiva, con lo que la dirección política está por encima de la dirección administrativa y técnica del coordinador, o gerente.

Los periodos de las autoridades administrativas no superan los dos años, siendo descartada la reelección. La junta directa y su gerente rinden cuentas aproximadamente cuatro veces al año a la gran asamblea, y adicionalmente está obligado a participar en las asambleas de los resguardos, las zonas y en los Congresos y Juntas Directivas del CRIC.

En términos de control social, además de lo que implica la estructura descrita, pasa porque las autoridades y cabildos en los resguardos tienen conocimiento y participación en la supervisión de la atención de las personas que reclaman los servicios de salud que debe garantizar la AIC. La negación de servicios es prácticamente imposible, no obstante, las regulaciones normativas, puesto que más allá de las discusiones técnicas, legales y políticas, prima la atención de los comuneros, so pena de que las autoridades interpongan no solo acciones jurídicas contempladas en la norma, sino exigencia política y social inmediata de alto impacto sobre los funcionarios de la AIC, el CRIC y el Programa de Salud.

En lo relacionado con el personal técnico y administrativo, la empresa progresivamente estará conformada mayoritariamente por indígenas en los niveles de promoción, tecnológico y profesional. Este personal es seleccionado y/o delegado por las comunidades y la AIC, la cual, en todo caso, preservando los requerimientos técnicos responde al control social de equilibrio territorial en la participación de la gestión de la empresa, y genera un ambiente de identidad y proximidad con las comunidades.

La ARSI genera una estructura interna que, respetando la norma impuesta, mantiene un ambiente de confianza y cercanía con las autoridades y comunidades. Las oficinas de atención al usuario, denominadas de atención al comunero no tienen por función justificar a la empresa, interponer barreras de acceso o posponer y dilatar la atención, al contrario, debido al control político comunitario se convierten en una forma de presión interna para responder a las demandas de atención.

En relación con el modelo de atención, pese a las limitaciones impuestas por la norma, la AIC estructura muy pronto el llamado Proyecto de Salud Indígena-PSI, en el cual progresivamente abre un espacio contencioso en términos del desafío a la rigidez de la medicina occidental y del funcionamiento previsto para la empresa. Este proyecto junta los componentes que durante 15 años han estructurado el Programa de Salud del CRIC, el político organizativo, la medicina tradicional, el cuidado intercultural de la salud, la formación y le dan más fuerza al de autonomía alimentaria¹¹¹. Este Proyecto de Salud Indígena-PSI, se convierte en el instrumento que tensiona hacia adentro el desarrollo del Programa de Salud y la concepción de lo que debe ser la salud, con el modelo hegemónico sanitario y empresarial de la Ley 100. Es un escenario de disputa porque implica eficiencia en los recursos previstos en la UPC, atender sin barreras a los comuneros, cumplir las normas y requerimientos administrativos, financieros y técnicos del SGSSS, blindar de legitimidad el proceso de trabajo en salud y fortalecer el proceso político y sociocultural del CRIC.

De esta forma, la dinámica generada con la AIC toma distancia de las empresas de salud del régimen subsidiado y contributivo a nivel nacional, e incluso de algunas ARS indígenas cuyos procesos organizativos son distintos y en algunos casos no alcanzan el mismo nivel de fortaleza que el CRIC.

Todo este proceso es posible por los acumulados construidos por el sujeto político indígena, pero además por lo logrado en las negociaciones expresadas en el Decreto 330 en mención y que dispone que:

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente decreto y en las normas vigentes sobre la materia, las EPS Indígenas atenderán las directrices y orientaciones que les impartan los Cabildos y/o

¹¹¹ Autonomía es vez de seguridad alimentaria, porque no se busca solamente la seguridad de la disponibilidad de alimentos, sino que ese proceso ligado a la cosmovisión, la autoridad, el territorio y la autodeterminación debe traducirse en definir lo que se produce y lo que se come en marcos más amplios de comprensión sociocultural.

Autoridades Tradicionales Indígenas, en el ámbito de sus respectivas competencias, de conformidad con las normas vigentes. (Presidencia de la República, 2001)

Con lo que se refleja que en la negociación las comunidades indígenas no renuncian a ejercer el derecho a la autoridad y al gobierno de estas entidades, aunque el gran peso de la estructuración y funcionamiento de éstas esté regulado por exigencias que escapan a su control, configurándose así nuevos campos y trazados a la disputa emprendida por gobernar y administrar la salud en los territorios desde fuera y por dentro del SGSSS.

El hecho que el Decreto se ocupe de pocos asuntos relacionados con el funcionamiento de las EPS indígenas, significa que en lo demás se rigen por la normatividad general vigente, y por tanto el margen de maniobra de los Pueblos Indígenas sobre este tipo de organizaciones empresariales queda subordinado a las lógicas de mercado y de modelos de salud por lo menos no concertados ni definidos por las comunidades, sino solo parcialmente sometidos a algunos procesos de adecuación sociocultural.

Con la creación de las ARSI vino aparejada la creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas-IPSI. En efecto, desde 1996, y con el fin de hacerle frente a la avalancha de ARS privadas en los territorios indígenas en la zona norte del Cauca, la Asociación de Cabildos Indígenas-ACIN, miembro del CRIC, desarrolló propuestas de un modelo preventivo e intercultural que, todavía de manera marginal, lograron que fueran contratadas con tales empresas como una forma práctica de garantizar que esos recursos públicos pudieran llegar bajo lineamientos técnicos y socioculturales construidos participativamente con los Pueblos Indígenas. Experiencias similares empezaban a verse en la región de Tierradentro y en los Asentamientos nuevos de los damnificados de la Avalancha del Páez de 1994.

Con estos acumulados, el CRIC define crear en 1997 su propia Institución Prestadora de Servicios de Salud, la IPSI-CRIC que empezaría a contratar con las ARS privadas la prestación en salud en algunos resguardos y asentamientos, y que luego se convertiría en una de las 9 IPSI que se irían creando a lo largo de los siguientes años, garantizando una cobertura en casi todo el Cauca indígena, y a nivel nacional a través de una de ellas, llamada Minga.

Estas instituciones, reguladas también por la normatividad general, surgieron como iniciativa comunitaria con el enfoque de prestar los servicios del Proyecto de Salud

Indígena-PSI, descrito arriba, y mediante el cual aseguraban que la atención comunitaria, cerca de las familias y los comuneros, fuera prestada por instituciones gobernadas por los mismos cabildos o las asociaciones de cabildos zonales. De esta forma se convirtieron en las entidades de baja complejidad y de obligatoria contratación por parte de la AIC, una vez fueron saliendo las ARS privadas de los territorios.

El personal de estas IPSI estaba conformado por los promotores de salud que venían preparándose y trabajando desde finales de los 80; así como auxiliares de enfermería, enfermeras, psicólogos, odontólogos médicos y técnicos agropecuarios con los que se conformaron equipos de base comunitaria articulados por el promotor de salud indígena en los Resguardos y a través de recorridos extramurales permanentes en todas las zonas indígenas del Cauca. En los primeros años, este personal iba creciendo a medida que crecía la afiliación de las comunidades indígenas, llegando a superar hasta 2001 las cuatrocientas personas, la gran mayoría indígena y un buen porcentaje bilingüe. Igualmente, estas IPSI ensancharon las actividades de medicina tradicional en todos los territorios, financiando medios de vida (dotaciones, apoyo a vivienda, alimentación y transporte) a los médicos tradicionales, así como los rituales familiares, comunitarios, zonales y regionales. En poco tiempo, con la decisión de los Pueblos Indígenas, la cobertura de atención primaria e intercultural se amplió como nunca antes en los territorios indígenas del Cauca, e igualmente, se abrieron oficinas de atención al comunero en la mayoría de los municipios de cobertura de la AIC en coordinación con las asociaciones de cabildos.

El Programa de Salud del CRIC lideraba este proceso de la mano de las Asociaciones de Cabildos, los promotores, las IPSI y la AIC. No obstante, la llegada de recursos económicos generó que la jerarquía política del Programa de Salud entrara en tensiones con las dinámicas administrativas y operativas de la AIC y las IPSI, que debían responder a las exigencias técnicas y legales propias del SGSSS.

De esta forma, se podía decir que en 2001 la adecuación de lo indígena en salud a la Ley 100 ya tenía un gran camino recorrido, que se podía resumir en que al interior del SGSSS, los Pueblos Indígenas tenían forma de participar parcialmente en el gobierno de la salud a través de los consejos territoriales de salud; que el contenido de los servicios de salud ya había ampliado su concepto hacia incluir lo demandado en materia de medicina tradicional, condiciones de acceso, apoyo intercultural, etc., situación que había iniciado su correlato financiero con la necesidad de calcular el valor de una UPC de carácter diferencial que

reconociera costos por dispersión geográfica y servicios asociados al “ser” indígena como casas de paso¹¹², traductores bilingües, autonomía alimentaria y medicina tradicional, entre otros.

Para completar el mapa en este punto, los Pueblos Indígenas podían administrar los recursos del sistema de seguridad social en salud a través de las ARSI, y prestar servicios -al menos de baja complejidad- a través de las IPS indígenas; la afiliación se volvió colectiva y definida por las autoridades de las comunidades y por esa vía al haber ARSI e IPSI terminó casi en todo el territorio nacional el mercado de las empresas privadas o públicas, que de facto ya no tendrían condiciones para operar en los territorios indígenas.

A partir de este proceso, la negociación vía contrato con las IPS públicas y privadas para los servicios de mediana y alta complejidad se convirtió en una prerrogativa de la AIC, así como la compra de medicamentos, insumos y tecnologías complementarias.

De esta forma el CRIC estaba enfrentando dinámicas complejas que implicaban contar con instituciones mixtas con una gobernabilidad parcial como la AIC y las IPSI, donde se combinaba contenciosamente la norma técnica y administrativa del SGSSS con los principios de la administración ancestral ligada a la decisión colectiva, la adecuación sociocultural de los servicios occidentales, y en alta tensión con la norma el financiamiento de las acciones propias de medicina tradicional con un modelo de base comunitaria muy fuerte, y un mejoramiento en el acceso sin barreras a los servicios de mediana y alta complejidad. En todos los escenarios de discusión política del CRIC, a partir de este proceso se instaló una discusión sobre la conveniencia y pertinencia de todo este proceso que por ejemplo en palabras de Manuel Sisco, Sabedor Ancestral Nasa y docente de la Universidad Autónoma Indígena-UAIN, se plantea como que:

Hemos cometido el error desde las estructuras de gobernabilidad de buscar la trascendencia sin base cosmogónica y como la cosmovisión no ha sido constante entonces las diferentes etapas de gobernabilidad han legislado para meternos más a la globalización que para hacer una interculturalidad. La cosmovisión Nasa ha aclarado que no hay que olvidarse que los sabedores son sujetos pensantes, pero pueden trascender conociendo con mucho respeto otras sabidurías, esa filosofía por mucho tiempo no se ha tenido en cuenta, entonces en vez de hacer

¹¹² La Casa de Paso es una iniciativa de los Pueblos Indígenas desde finales de los años 70 que buscaba dar apoyo en alojamiento y alimentación a los familiares de las personas que acudían a los hospitales en las ciudades.

interculturalidad nos hemos ido metiendo a la cultura globalizante, eso es un error y hasta ahora hemos venido siendo insistentes en eso. (Sisco, Entrevista N°3, 2018)

Todo esto comportaba al mismo tiempo el incremento del consumo de medicamentos, tecnologías diagnósticas y curativas que a la postre se convertirá en una nueva arena de disputa entre la intensa utilización de los recursos de la medicina occidental y el desarrollo de la medicina tradicional, frente a lo cual Manuel Sisco de nuevo plantea:

Con la Ley 100 se volvió peor, porque es que el médico [Kiwe thë] está en un vaivén, porque él quiere atender, pero la gente no ha entendido y lo busca para casos puntuales, entonces la gente viene acá y va también a lo otro [lo occidental], eso está entremezclado y la gente no entiende que las yerbas pelean con las pastas que crean otras enfermedades; la gente que va a las consultas con el médico lo interpreta como un sabedor puntualista y no le da el rol que le corresponde que es ser el orientador desde la cosmovisión espiritual. (Sisco, Entrevista N°3, 2018, pág. 2)

Estos eran los ribetes de los desarrollos, discusiones y disputas originados con el surgimiento de la AIC y las IPSI en los territorios indígenas que por la época llegaban a más de 100.000 indígenas, casi un 50% de la población indígena del departamento del Cauca.

4.2.3 Nueva fase de luchas indígenas por el cumplimiento de acuerdos y el gobierno de Floro Tunubalá 1998-2001

Mientras la Ley 100 avanzaba, varios debates se adelantaban en el nivel nacional en materia de salud indígena, como los presentados en el Quinto Congreso Nacional Indígena: *Pueblos Indígenas de Colombia, un reto hacia el nuevo milenio*, que se realizó del 13 al 18 de diciembre de 1998 en el Colegio Claretiano de Bosa.

El asesinato de más de 250 líderes, el modelo desarrollista y extractivista, y el nivel de incumplimiento entre lo previsto en la Constitución de 1991, sobre todo el irrespeto del derecho a la vida, el territorio y la consulta previa¹¹³, planteaban la búsqueda de nuevas

¹¹³ Obsérvese la tensión entre empresas petroleras, autoridades públicas y Pueblos Indígenas; y cómo se mantiene el discurso colonial y desarrollista. “06 de octubre 1998. Minorías étnicas, otro problema para el crudo. El manejo del tema de las minorías étnicas se está convirtiendo en un problema, de muy difícil solución para las empresas petroleras con actividades de exploración y producción de hidrocarburos en el país (...) esta situación aunada al fuerte decrecimiento de la actividad exploratoria en los últimos cinco años pone en alto riesgo la producción de hidrocarburos en el país (...) El ministro

formas de organización y protesta acordes con las problemáticas de ese momento y se afirmaba que la Organización seguía siendo “el Corazón de la Lucha” (ONIC , 1998, pág. 29). Adicionalmente, más allá del incumplimiento de acuerdos, se observaba que la agenda de la privatización avanzaba, como en el caso de la salud con la Ley 100.

La Comisión de Salud del Congreso, no obstante, en el marco de la preocupante situación adelantó de nuevo reflexiones importantes sobre: medicina indígena; autoridad, territorio y autonomía; interculturalidad; condiciones de salud; políticas y legislación del Estado sobre salud.

Sobre la medicina indígena se ratifica el concepto del rol del médico indígena, más allá de la equivalencia asignada por la medicina occidental:

(...) no se basa únicamente en curar el cuerpo, como lo hace la medicina occidental, sino que se encarga de mantener el equilibrio del cuerpo, el espíritu y la naturaleza, en la que la salud lleva todos los ingredientes que rodean al hombre, como es la tierra, los cultivos, las lagunas, los animales, el espacio y los sitios sagrados. Nuestras autoridades indígenas ancestrales, conocían las bondades de las plantas, eran los jefes políticos y espirituales, con su sabiduría dictaban reglas de comportamiento y convivencia, orientaban a nuestros pueblos de cómo vivir en paz, sin alterar el mundo natural y espiritual, dichas reglas se aprendían al calor del fogón, caminando por el bosque, observando el firmamento, etc. Entonces los médicos indígenas nacen para dar a conocer la ley de las personas, de los animales, las aves, la naturaleza y el mundo espiritual de los tres espacios de vida, el subterráneo, el terráqueo, y el celeste, entonces no solo se piensa en la tierra, sino en la interrelación de esos mundos orientando a trabajar el entorno de la integralidad en cada territorio. (ONIC , 1998, pág. 123)

Al referirse a la autoridad, el territorio y la autonomía, durante el congreso se afirmaba que la constante imposición generada por el Estado a través de las leyes al interior de las

de Minas y Energía, Luis Carlos Valenzuela, explica que la ley existente en la actualidad para darle el tratamiento a este asunto es que no permite dirimir los conflictos. Algunas compañías petroleras desistieron de seguir adelantando cualquier tipo de actividad ante las dificultades presentadas (...) El titular de la cartera de Minas sostiene que a las minorías hay que respetarles sus derechos, pero bajo un mecanismo que tenga fin. La exploración y explotación de crudo tiene que contribuir a solucionar el problema también de las mayorías. ‘Este país tiene un gran nivel de miseria’” (El Espectador , 1998, pág. 4B). No solo la lucha por la tierra, sino la defensa del territorio pone a los Pueblos Indígenas en una gran encrucijada entre pervivencia y resistencia frente a la violencia, la guerra y las violaciones de derechos humanos, amparada por un discurso ambiguo y profundamente racista.

comunidades, además de delimitar la salud únicamente a la visión occidental, desconocía el sentido de esta como la armonía integral del hombre y del universo. “Ante la competencia desproporcionada, desconoce la autoridad tradicional, el saber indígena y el derecho sobre el territorio en el que vivimos, afectando culturalmente el sentido de respeto al interior mismo de las comunidades” (ONIC , 1998, pág. 123).

Aquí se puede leer cómo la entrada de las ARS venía teniendo un impacto de debilitamiento de la autoridad tradicional, frente a lo cual, debe seguirse trabajando en un modelo intercultural:

En estas condiciones la medicina indígena desde siempre ha tenido un papel importante en la búsqueda de mantener la armonía individual y comunitaria; pero las enfermedades venideras producto de los determinantes externos han llevado a la necesidad de ir pensando en un modelo de atención adecuado a esa realidad (...). (ONIC , 1998, pág. 124)

Su valoración sobre la situación de salud y la configuración de las políticas públicas es muy dicente, puesto que a pesar de los avances con las luchas indígenas, movilizaciones, denuncias y peticiones formales que terminaban en resoluciones, decretos y circulares que muchas veces no llenaban las expectativas, y el esfuerzo para crear programas de salud propios, continuaban problemas de salud como la violencia (por desplazamientos, violaciones, de derechos humanos, violencia intrafamiliar), la desnutrición, epidemias, enfermedades producidas por la contaminación y fumigaciones (ONIC , 1998). Todo ligado a un modelo de desarrollo excluyente, y a la violencia en particular, ejercida contra los indígenas por su lucha por la tierra.

La Ley 100 de 1993, afirmaba la Comisión de Salud del Congreso, produjo graves consecuencias, ya que se fortaleció al sector privado para el manejo de los asuntos de salud desconociendo los derechos particulares. Frente a la dinámica impuesta, los Pueblos Indígenas adelantaron diferentes procesos de socialización y concertación con las instituciones, buscando la participación comunitaria y evitar que siguieran interviniendo de forma negativa la dinámica cultural y el ejercicio de la salud tradicional indígena.

(...) los Coreguajes comentan que la ley 100 contribuyó a la división de las comunidades indígenas desde el punto de vista político, social y cultural, originando la decisión de no entrar en

el sistema y seguir con el decreto 1811. Otros pueblos ingresaron a la ley sin conocimiento del sistema y de sus políticas, se plantearon acuerdos con las A.R.S, los cuales no han sido cumplidos. Se ubicaron como fallas principales la no entrega de medicamentos básicos para el tratamiento de enfermedades y eventos no contemplados en el P.O.S. Esto deja ver que no se ha respondido a las condiciones reales de salud de las comunidades y [que hay] incompatibilidades operativas frente a la medicina tradicional y la medicina occidental. (ONIC , 1998, pág. 132)

Puede observarse un panorama complejo y confuso, porque son los primeros años de la Ley 100 y la comprensión de su operación no es todavía clara, sin embargo, ya se advierten problemas de tipo estructural y operativos, que proyectaban la tensión existente y que explicarían en parte por qué a esa fecha ya los Pueblos Indígenas habían tomado la decisión de crear ARS e IPS, para resolver ellos mismos –con un modelo que no fue consultado- sus propios problemas.

El problema de coordinación con los médicos tradicionales viene acrecentándose en el marco de la Ley 100, pues cada vez los promotores tienen mayor dificultad por sus tareas y mandatos institucionales a no trabajar en equipo, al igual que las autoridades del cabildo. Los médicos tradicionales en el Congreso piden que se mejore esta situación. ya que ellos siempre han sido los responsables de la revitalización de la cultura, por lo que era importante recuperar su rol en las familias, cabildos, resguardos y organizaciones (ONIC , 1998).

En el Cauca, por su parte, en 1999 hay gran preocupación porque además del incumplimiento de los acuerdos¹¹⁴ firmados entre el gobierno y las autoridades indígenas, los asesinatos de líderes indígenas en el Cauca llegan casi a 50, y el clima de zozobra generado por los actores armados es insostenible. Cerca de 15.000 indígenas se convocan en el Resguardo de la María Piendamó en calidad de Congreso Extraordinario (CRIC,

¹¹⁴ Solamente quince de los 46 convenios suscritos entre las comunidades indígenas del Cauca y el Gobierno Nacional, entre 1992 y 1998, se han ejecutado o revisado; y los costos son del orden de los \$435.000 millones. Marcos Avirama, ex presidente del Consejo Regional Indígena y ahora uno de sus asesores, reveló que los aspectos como la tierra, la educación, la salud y la reparación integral a las comunidades donde se han producido masacres, presentan grandes vacíos debido a que los pactado no se ha cumplido (El País, 1999, pág. C2).

2009), con la exigencia de que el gobierno declare la emergencia social, económica y cultural para los Pueblos Indígenas del Cauca como mecanismo que en el marco de la excepcionalidad permita y obligue al gobierno a ejecutar medidas expeditas en materia presupuestal, administrativa y operativa para afrontar la problemática acumulada:

[Los cabildos indígenas del Cauca se declararon]...en emergencia social a raíz del incumplimiento de los convenios de La María y Novirao, y por el asesinato, por la guerrilla y las Fuerzas Militares, de 50 de sus miembros en los últimos dos años. Si bien el fundamento del congreso será el de pasar revista a los acuerdos y convenios con el Estado, entre los años 1995 a 1999 [según balance preliminar ascienden a 500.000 millones en tierras, salud y educación], habrá también nuevas denuncias por los asesinatos de indígenas por parte de las Fuerzas Armadas y la guerrilla. El congreso de Piendamó se ocupará, igualmente, de tratar el tema de los derechos humanos, que según el Consejo Regional del Cauca, apenas 'existe en la letra'. (El País, 1999, pág. D2) (Gros & Morales, 2009)

Ante la no asistencia del presidente Pastrana y el alto gobierno, las comunidades se declararon a sí mismas "(...) en emergencia social, cultural y económica, tras calificar de irrespeto la no asistencia del presidente y cinco de sus ministros, a quienes habían invitado hacía tres meses; [por lo que] los indígenas no descartaron...el bloqueo de la Carretera Panamericana" (El País, 1999, pág. B4).

Finalmente, fue delegado el ministro del interior de la época, Néstor Humberto Martínez Neira, quien negó la posibilidad de declarar la emergencia por razones jurídicas, pero aceptaba a nombre del gobierno que reconocía que los Pueblos Indígenas del Cauca se declaraban en emergencia, y para ello el gobierno expidió el decreto 982 del 10 de junio de 1999, que en términos generales planteó lo siguiente:

Que es necesario impulsar en el marco de la Constitución Política de 1991, la participación de los Pueblos Indígenas como mecanismos para implementar las políticas relacionadas con el desarrollo integral de dichos pueblos. Que es necesario fortalecer los sistemas de educación y salud propios de los Pueblos Indígenas y sus autoridades, de acuerdo con sus características culturales, sociales y administrativas (...) Créase una Comisión para el desarrollo integral de la Política Indígena del Departamento del Cauca (...) Serán funciones de la Comisión Mixta: Diseñar e implementar las políticas que permitan superar la situación por la cual están atravesando las comunidades indígenas del Cauca, en cuanto a territorialidad, medio ambiente, derechos

humanos, economía y seguridad alimentaria. (República de Colombia. Ministerio del Interior , 2009 , pág. 62)

Este Congreso Extraordinario marca un nuevo hito en la construcción del sujeto político indígena, y el Decreto 982 se convertirá un referente de la disputa política, jurídica y social en el país y en el Cauca en los siguientes 18 años entre el Estado y los Pueblos Indígenas organizados en el CRIC. No obstante, y como se ha planteado, este nuevo instrumento de política pública reitera y escala en espiral lo comprometido, lo incumplido parcial o totalmente en el Decreto 615 de 1985 que creó el Comité Asesor de Política Indigenista para el departamento del Cauca-CAPIC, los acuerdos el Nilo de 1991, de Jambaló de 1992, de la María Piendamó de 1995 y de Novirao de 1996, entre otros.

Cada nuevo acuerdo reflejado en actas o decretos, además de los compromisos materiales y presupuestales, habilita una instancia de diálogo y monitoreo que funcionará por un tiempo y luego desaparecerá. La impronta violenta que atraviesa estos procesos de configuración de las políticas públicas también se mantiene con cientos de víctimas que se producen entre cada momento contencioso, y en varias ocasiones al interior de las movilizaciones que presionan los acuerdos.

El análisis de este proceso revela que el talante excluyente del régimen político cobra especial virulencia contra el CRIC, dado su poder desafiante al orden colonial y racializado presente en los discursos y prácticas institucionales violentas. Pareciera que el establecimiento, además de las incapacidades y dinámicas propias del mundo estatal y de su captura por las élites económicas y políticas tradicionales, extrema el cierre democrático ante un sujeto político que lo enfrenta integralmente en los terrenos ideológicos, políticos, económicos y socioculturales.

Este espiral tiene una dinámica paralela en el nivel nacional con el mecanismo de la Mesa Permanente de Concertación-MPC liderada por la ONIC con la participación del CRIC, también creada en el fragor de una movilización cuatro años atrás con lo que adicionalmente al interior del movimiento indígena se marcan campos de lucha y acción con una plataforma común, pero con diferencias en el orden político, metodológico y sociocultural. El régimen político y la institucionalidad irán encontrando en esta doble instancia oportunidades para dividir al movimiento indígena al avanzar a tiempos distintos

en la negociación y cumplimiento parcial, entre lo que se plantea en el nivel nacional y lo que demanda el CRIC.

En salud, el Decreto 982, además de reclamar la vinculación laboral del personal de salud, desarrollo de infraestructura y continuidad de planes locales de salud concertados con los municipios, es explícita en cuanto a la tensión entre buscar el fortalecimiento de una política indígena de salud propia y avanzar dentro de los límites de la Ley 100; en una dinámica ya iniciada hacía dos años con la ARSI-AIC y varias IPSI. Es decir, el CRIC sigue con su institucionalidad propia basada en los Programas de Salud, sus modelos de salud propios basados en la medicina tradicional y el personal propio de promotores, al tiempo que negocia y se desenvuelve dentro de una institucionalidad impuesta y progresivamente apropiada de ARSI e IPSI.

Un hecho sustancial, fruto de este congreso extraordinario, es el reconocimiento del CRIC como autoridad tradicional mediante la Resolución 025 del 8 de junio de 1999, con lo que se abre un nuevo escenario para las dimensiones del sujeto político que, siendo una organización de tercer nivel¹¹⁵ en el Cauca, luego de las asociaciones y los cabildos adquiere la figura de autoridad, con lo que finalizando los 90, los Pueblos Indígenas vuelven a ganar un espacio dentro de lo público; ya no solo como entidad pública de carácter especial, sino como *tradicional* ligado a usos y costumbres, pero en el cuerpo de una potente organización política de carácter regional (CRIC, 2009).

Al mismo tiempo, conscientes de su rol protagónico como sujeto político y preocupados por el enfoque del gobierno frente al proceso de paz¹¹⁶, reducido a construir acuerdos entre armados en el Caguán¹¹⁷, el CRIC en conjunto con otras organizaciones sociales,

¹¹⁵ Primer nivel son los cabildos; segundo nivel las asociaciones de cabildos y tercer nivel la organización regional.

¹¹⁶ Las comunidades indígenas del Cauca, incluso y considerando la intensidad de la guerra en sus territorios, llegaron a plantear facilitar diálogos con los actores armados y con la sociedad civil, frente a lo cual el Comisionado de Paz, declaró: "Entiendo que ustedes querían y así lo han dado a conocer dentro de un gran espíritu de paz, que el Cauca sea zona de distensión, pero será mejor tratar el tema en otra ocasión. De momento, cree el Gobierno Nacional que el buen nombre de área de Convivencia y Concertación dado por el Congreso es un saludable inicio para que juntos comencemos a trabajar por la paz", dijo Ricardo" (El País, 1999, pág. D4).

¹¹⁷ El Gobierno de Andrés Pastrana había prometido sellar la paz con las FARC-EP como parte de su propuesta de gobierno; e incluso este hecho contribuyó en su victoria en las elecciones de 1998. En ese marco, gobierno y FARC-EP, avanzaron en un ejercicio novedoso de despeje de un amplio territorio en el oriente del país, para adelantar lo que se conoció como "los diálogos del Caguán".

académicas, organizaciones no gubernamentales y diversos actores sociales y políticos a nivel nacional e internacional, buscan desplazar el foco hacia la necesidad de la participación democrática de las fuerzas sociales del país y ubicar la paz en el campo de la justicia social, el respeto de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario, de manera complementaria a los diálogos Gobierno-FARC-EP, para lo cual buscarán declarar la María Piendamó, como territorio de “Convivencia, Diálogo y Negociación” (CRIC, 2009).

Desde 1995, La María Piendamó se convirtió durante muchos años en un espacio de referencia¹¹⁸ para el movimiento social colombiano, el debate público, la movilización, negociación, resistencia y de represión en muchas ocasiones por parte de fuerzas de seguridad del Estado. El CRIC como autoridad tradicional iniciará en todos los campos, pero en particular en salud, la lucha por la transformación de la institucionalidad de la Ley 100 en una institucionalidad propia en un proceso contencioso que durará muchos años.

En el marco de la minga de la María en 1999 y del paro campesino¹¹⁹ del Macizo Colombiano en el sur del Cauca en noviembre del mismo año, se reconstituyeron alianzas políticas y sociales que tenían como características comunes tres elementos: 1) la resistencia al proyecto neoliberal que destruía la vida y el territorio; 2) el carácter interétnico, la consolidación de las luchas en el Cauca como un proyecto político cultura que no solo estaba liderado por los pueblos indígenas sino por el campesinado y las comunidades afrocolombianas; y 3) la necesidad de trascender la lucha social a la conquista del poder político territorial. Estos elementos llevaron a que en el año 2000 se fraguara la candidatura

¹¹⁸ “Las comunidades indígenas del Cauca proclamarán el próximo 12 de octubre al resguardo de La María, en el municipio de Piendamó, como un territorio en el que la sociedad civil podrá consultar y discutir todos los temas relacionados con los acercamientos de paz que hacen con la guerrilla. Ese día estarán en ese lugar, situado a 18 kilómetros al norte del Departamento, la indígena guatemalteca y premio Nobel de la Paz, Rigoberta Menchú (...) ‘Nosotros, los indígenas, negros, campesinos, mestizos y los blancos, especialmente, nos sentimos huérfanos de opinión en las negociaciones de paz con la guerrilla y hasta ahora no han sido consultadas nuestras propuestas’, dijo Chirimuscaj (...)” (El País , 1999, pág. C3).

¹¹⁹ En noviembre de 1999, cuatro meses después de la minga del CRIC en La María, Piendamó, inicia una de las movilizaciones sociales más grandes y prolongadas en la historia del Cauca y el país, de campesinos, indígenas y afrocolombianos del sur del Cauca y el norte de Nariño, región conocida como Macizo Colombiano. Este movimiento, que duró casi un mes, tuvo un gran impacto departamental y nacional, debido al bloqueo de la carretera Panamericana y de la ciudad de Popayán. Al estilo de la minga indígena, el gobierno nacional, en cabeza del presidente Pastrana y todo su gabinete, debió sentarse a una mesa de negociación y producir un documento de acuerdo que, al igual que los suscritos con el movimiento indígena, tuviera un incumplimiento casi total.

de Floro Tunubalá para la gobernación del Cauca en las elecciones locales de octubre, como expresión de la articulación de movimientos sociales (campesinos, indígenas, urbanos, sindicales, estudiantiles, mujeres y DDHH, entre otros) y partidos políticos alternativos.

Por primera vez en la historia política del país, fue elegido un indígena como gobernador departamental. Floro Tunubalá, perteneciente al pueblo Misak (guambiano), en cabeza de una gran alianza social y política y con el programa de gobierno “En Minga por el Cauca”, adicionalmente, derrota por primera vez a la maquinaria política tradicional liberal-conservadora que había gobernado el departamento del Cauca desde su creación.

Este gobierno alternativo se caracterizó por irradiar una profunda disrupción en el plano simbólico y cultural, poniendo de presente que esa otredad estaba dispuesta a pensar un nosotros con todos los sectores, diversidades y poderes vigentes en la región (Gow & Jaramillo, 2013). Sobrepasa el alcance de este trabajo hacer una evaluación del mencionado gobierno; pero baste señalar acá que, en materia de salud, este gobierno bajo el liderazgo de Milton Guzmán, Secretario de Salud (colaborador del CRIC), se logró posicionar a nivel departamental y nacional la importancia del reconocimiento, en condiciones de igualdad, a los modelos interculturales de salud de los pueblos indígenas, afrocolombianos y campesinos del territorio.

Dado el poco poder de los departamentos para gobernar la salud en los territorios, según el ordenamiento político-institucional del Estado, no fueron mayores las realizaciones en función de las expectativas en esta materia. No obstante, para el CRIC en particular, y para las iniciativas de salud del pueblo Misak, fue muy favorable la gestión de este gobierno por cuanto esa atmósfera de reconocimiento permitía que las dinámicas propias avanzaran con mayor fluidez y respaldo política. Un aspecto adicional, no menos significativo, fue el hecho que durante el gobierno de Tunubalá las movilizaciones sociales en el departamento, si bien no desaparecieron, fueron tratadas como ejercicio de derechos y por lo tanto la contribución del gobernador a la atención de las mismas fue muy visible y precipitó con mayor facilidad la construcción de acuerdos entre el Estado y los sujetos políticos.

En este marco se celebra el Décimo Primer Congreso del CRIC en La María Piendamó, entre el 26 al 30 de marzo de 2001¹²⁰; éste se orientó hacia una reflexión y balance integral de los 9 puntos programáticos centrales en los treinta años de la vida del CRIC.

En materia de tierras y territorio, el proceso de recuperación continuaba vigente y emergía una transformación discursiva hacia la necesidad de *liberar la madre tierra*, pues no se trataba solo de recuperar los predios y construir los planes de vida, sino que debía avanzarse en recuperar la tierra para liberarla del gran capital, de su explotación intensiva y de la agresión a todos los seres de la naturaleza, en particular el agua. Esto era más relevante en la zona norte del Cauca, en donde cientos de miles de hectáreas estaban destinadas al monocultivo de la caña de azúcar, la ganadería extensiva y al asentamiento de industrias contaminantes y devastadoras. La liberación de la madre tierra ahora exigía mayor control territorial debido al aumento de la presión de los actores armados y del Estado por vulnerar la integridad y la autonomía en los territorios.

Se evaluaba que, si bien se había logrado derrotar el terraje durante los 30 años de existencia del CRIC, se venía imponiendo el trabajo a destajo y por jornales, lo cual rompía las formas económicas propias de relación con el territorio y cada vez se verificaba fruto de la escasez de tierras, la violencia y la ausencia de un trabajo organizado el abandono de los territorios por parte de los jóvenes (CRIC, 2009).

La discusión en salud para este año ya revela la fuerte presencia de la AIC y de las IPSI que han logrado un nivel alto de apropiación al punto de exigirse que, dado que se está en el terreno de la Ley 100, entonces que ella se cumpla porque hay incumplimientos en el financiamiento, la cobertura y en permitir que los Pueblos Indígenas puedan desarrollar con autonomía los modelos de salud propios y por tanto la política indígena de salud. No

¹²⁰ A medida que se consolida el CRIC, y sobre todo cuando sus acciones no son de recuperación de tierras o alguna forma de protesta, el reconocimiento y la representación de los medios oficiales en varios casos es de sujeto político: Cric es la organización indígena más importante de Colombia y la sexta de América Latina, y ha sido el coordinador de las negociaciones con los entes del Gobierno en asuntos de tierras, vivienda, educación, derechos humanos y planes de ordenamiento territorial indígena. El congreso, que deliberará hasta el viernes 30 de marzo, se ocupará de temas como la recuperación de tierras, ampliación de resguardos, fortalecimiento de cabildos, no pago de terrajes, leyes indígenas y su aplicación, defensa de la historia, la lengua y las costumbres, formación de profesores indígenas, fortalecimiento de las organizaciones económicas, defensa de los recursos naturales y unidad indígena" (El País, 2001, pág. B6).

obstante, el balance hacia adentro es que las comunidades tienen ahora mayor acceso a los servicios de salud gracias a que han avanzado en manejar parcialmente las instituciones de la Ley 100 (CRIC, 2009).

Lo anterior significa que, si bien entran las estructuras de la Ley 100, la adecuación técnica, social y jurídica ahora van por cuenta de los indígenas, en un proceso de apropiación de lo institucional que, aunque experimenta tensiones con el establecimiento y sigue subordinada a este, toma vuelo en una forma intercultural de un importante nivel de gobierno propio.

En este mismo año, en medio del conflicto armado y sociopolítico en el Cauca, fue asesinado uno de los fundadores del CRIC, Cristóbal Secue¹²¹ de la zona norte del Cauca, declarado maestro en sabiduría por la Unesco, a manos de las FARC-EP, presumiblemente por su rol en la investigación de delitos cometidos por esta guerrilla contra las comunidades indígenas de su zona (Podion, 2001). En respuesta y en defensa de la vida, los Cabildos Indígenas del Cauca, se congregaron en Caloto, norte del Cauca y más de 9.000 comuneros, bajo el lema “Con el corazón de todos como si fuéramos uno”, en cabeza de Anatolio Quirá, exconstituyente y también fundador del CRIC, declaraban que más que un nuevo pronunciamiento sobre la violencia tan dura contra los Pueblos Indígenas se trataba de que “(...) del asesinato de Cristóbal Secue Tombé, surja una nueva y vigorosa fuerza unida que no nos haga vulnerables en nuestros derechos y autonomías” (El País, 2001, pág. B6); con lo que se ratifica la vocación de la construcción de un proyecto propio de autonomía y unidad en medio de la violencia de todo tipo.

En el nivel internacional, la década ha tenido acontecimientos de alto impacto para el reforzamiento de una plataforma política global indígena y del entrelazamiento de los movimientos indígenas en la región; así como para el aumento de las alertas a los regímenes políticos sobre la potencia del emergente sujeto político.

¹²¹ Cristóbal Secue Tombé, un líder indígena Páez declarado maestro en sabiduría por la Unesco, fue uno de los dirigentes más veteranos en el Cauca. Cristóbal se desempeñaba como coordinador del programa jurídico de la Asociación de Cabildos del Norte del Cauca, este cargo equivalía a un juez penal y a través de este trabajo investigó varios homicidios y otros delitos realizados por parte de las FARC-EP.

Entre otros se destacan la irrupción, en enero de 1994, del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en México y los procesos de confrontación política y militar que terminaron con acuerdos parciales con el gobierno en 1996; la celebración de los Acuerdos de Paz en 1995, luego de más de 20 años de guerra y miles de muertos y víctimas mayoritariamente indígenas entre la Unión Nacional Revolucionaria Guatemalteca-UNRG y el gobierno de ese país; la participación protagónica de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador-CONAIE, que terminó con la dimisión del presidente Bucaram en 1997, y luego en el año 2000 con el derrocamiento del presidente Mahuad y posterior participación en el gobierno del sucesor Gutiérrez; y finalmente, el liderazgo de los Pueblos Indígenas y campesinos ligados a las luchas de los cocaleros y los mineros en Bolivia, y la llamada *guerra del gas*, que terminaron con la huida del presidente Sánchez Lozada, la instalación de un gobierno de transición y el fortalecimiento del movimiento político al socialismo liderado por el indígena Evo Morales quien llegaría al poder años más adelante (Oliva, 2012).

Estos procesos, con trayectorias históricas disímiles, tienen en común efectos con intensidad diferenciada como una mayor internacionalización de la cuestión indígena y su postura antineoliberal; el replanteamiento de las relaciones entre Pueblos Indígenas y Estado alrededor del reconocimiento del pluralismo, la libre determinación, la consulta previa, la sustentabilidad y el fortalecimiento de un sistema descentralizado y democrático (Oliva, 2012).

Se observa de manera relevante cómo en los 90, el sujeto indígena salta de la reivindicación social y cultural a una frontal lucha política donde no solo se asume la agenda indígena, sino una más amplia de tipo contracivilizatorio por sus contenidos desafiantes a las estructuras económicas, políticas y culturales de occidente y con vocación, sobre todo en los países con alta población indígena, de participar del gobierno desde una perspectiva de nacionalidades indígenas y autonomías locales y territoriales, en abierto desafío al mito de los Estados Nacionales homogéneos. Generando de esta forma nuevos escenarios de resistencia y negociación con los regímenes políticos y sus improntas neoliberales nacionales y transnacionales.

El movimiento indígena colombiano, en particular el CRIC, en un contexto de minorías muy distinto a los de los países mencionados, estaba sincronizado en una dinámica de producción innovadora de formas y contenidos profundamente creativos y desestabilizadores del orden racializado establecido. En materia de salud, todos estos movimientos reforzaron la agenda de recuperación, revalorización y actualización de las medicinas tradicionales en el marco de sus cosmogonías y cosmovisiones, pero también de participación en la dirección y gestión de las acciones sanitarias a desarrollar en sus territorios para enfrentar la exclusión, la desigualdad y para fortalecer sus autonomías e identidades étnicas.

No obstante, la fuerza de la movilización y los hechos continentales, los organismos internacionales transitaban con poco impacto en las políticas estatales en la región y en Colombia, en medio del Decenio Internacional de los Pueblos, salvo por el avance en la incorporación de la cuestión indígena en las entidades de las Naciones Unidas y por el impulso a la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas¹²².

En materia de salud, en el marco de la Resolución CD37.R5 y de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la Organización Panamericana de la Salud-OPS, se plantea un Plan de Acción para 1995-1998, que buscaba el fortalecimiento de la capacidad operativa, la formación de alianzas, la colaboración con los Estados Miembros para poner en práctica los proyectos locales y nacionales, el fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales y el desarrollo de la información científica, técnica y pública (Organización Panamericana de la Salud, 1998). Estas líneas se ratificaron para los años 1999-2002 mediante la Resolución CD40.R6 y se adicionaron tres: 1. Planificación estratégica y alianzas; 2. Marcos

¹²² En el marco del Decenio, se venía impulsando: "(...) el desarrollo de actividades, por los organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales y nacionales, que beneficiaran a las comunidades indígenas; educar a las sociedades indígenas y no indígenas acerca de las culturas, los idiomas, los derechos y las aspiraciones de las poblaciones indígenas; promover y proteger los derechos de las poblaciones indígenas; aplicar las recomendaciones relativas a las poblaciones indígenas formuladas en todas las conferencias internacionales de alto nivel, entre ellas la propuesta de establecer un foro permanente para las poblaciones indígenas en el sistema de las Naciones Unidas; y aprobar el proyecto de declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de las poblaciones indígenas y la formulación de normas internacionales, así como de leyes nacionales, para la protección y promoción de los derechos humanos de las poblaciones indígenas" (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2018).

de referencia y modelos de atención interculturales; 3. Información para detectar y vigilar las desigualdades (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

En adelante se realizaron Consejos Directivos, evaluando los avances de los acuerdos contenidos en el CD 37.R5, uno de esos es el informe de Progreso de 1998 que refleja la resistencia y poco avance por parte de los Estados en la región frente a los Pueblos Indígenas:

(...) Varios países han adoptado la postura de que no tienen Pueblos Indígenas, o que todos sus ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud; argumentan que no hay necesidad de dirigir su atención a un grupo étnico específico (...) Muy pocos países han establecido comisiones gubernamentales técnicas con representantes indígenas, aunque algunos han constituido grupos de estudio o comisiones interprogramáticas internas en los ministerios de salud. Los institutos nacionales indigenistas no siempre cuentan con una participación indígena visible, o cuando están controlados por grupos indígenas, no asignan a la salud una gran prioridad. (Organización Panamericana de la Salud, 1998)

Se observa el fuerte desfase entre las dinámicas institucionales y las de los movimientos indígenas, reflejada en el bajo nivel de incorporación de las herramientas, recomendaciones, lineamientos que se vienen produciendo a nivel de la agencia en los gobiernos nacionales. Colombia tiene una incorporación lenta y subordinada de estos instrumentos al fuerte desarrollo del SGSSS, con lo que el modelo de Ley 100 logra ir adelantando adecuaciones en medio de imposiciones, negociaciones, rectificaciones con los Pueblos Indígenas y por esa vía va operando parcialmente lo derivado del escenario internacional sanitario.

4.3 La Ley 691 La nueva visibilidad subordinada a la Ley 100

En esta sección se presenta uno de los hitos más importantes en la configuración de la política pública de salud indígena del Estado, la Ley 691, que enmarca la normatividad indígena en el SGSSS de manera integrada y sistemática, como fruto de la disputa política entre Pueblos Indígenas y Gobierno, con la participación particular y también contenciosa del Congreso de la República, la Procuraduría General de la Nación y la Corte Constitucional. Su construcción, que llevó más de dos años, fue una iniciativa del Senador

Indígena Nasa Jesús Piñacué y de la ONIC, y representa en su dinámica un proceso clave para leer las tensiones, ya no solo por fuera del Estado, sino a su interior. Es un proceso de tensiones que no gira tanto alrededor de la lógica de la Ley 100, que resulta consolidada, sino de los significados y alcances políticos del reconocimiento constitucional a la diversidad étnica y cultural de la nación entre las tres ramas del poder público: un Congreso que legisla y defiende la iniciativa; el Gobierno que la objeta sustancialmente; y la Corte Constitucional que niega la mayoría de objeciones, declarando exequibles los artículos objetados, convirtiéndose en un proceso atípico en la dinámica del régimen político.

La construcción de la Ley 691 entre 1999 y 2001 se da en un momento en el que el país enfrenta una gran crisis económica, un fuerte escalamiento del conflicto armado ligado a los intereses territoriales del narcotráfico y del proyecto paramilitar, frente a lo cual el Gobierno de Andrés Pastrana avoca un ambicioso proceso de paz con las FARC-EP, profundiza la agenda neoliberal y, a diferencia de Samper, contrae las políticas sociales desde una perspectiva conservadora. Es un periodo de alta movilización social general en el país, pero también de los Pueblos Indígenas y así mismo de una intensificación de la represión a la protesta social.

En su orden, se presentarán los antecedentes, las dinámicas de discusión y aprobación en el Congreso, las objeciones presidenciales, la intervención de la Corte Constitucional y la expedición final por parte del Congreso; y por último se presenta un análisis de los artículos más importantes, sobre todo aquellos que fueron objetados y posteriormente declarados exequibles por la Corte Constitucional.

A pesar de los desarrollos en la línea contenciosa de adaptar la Ley 100 parcialmente a la normatividad especial para Pueblos Indígenas y de los esfuerzos de las organizaciones indígenas por apropiarse y adaptar esta política inconsulta a su dinámica sociopolítica y cultural; existía la tensión por buscar por la vía de una reforma profunda al SGSSS la creación de un Régimen Especial Indígena en Salud-REIS que estuviera por fuera de los mecanismos de mercado y que permitiera mayor autonomía a los Pueblos Indígena en el gobierno de la salud.

El CRIC en particular, a pesar de tener un recorrido importante en la implementación de la AIC y las IPS y requerir que se avanzará en mecanismos que permitieran fortalecer lo propio en salud y asegurar la sostenibilidad financiera, abogaba por impulsar el REIS, antes que continuar exclusivamente en la funcionalización de la Ley 100. Las ARS indígenas en todo

el país, en cambio, se esforzaban más por la primera vía de hacer viables sus empresas e instituciones; y aunque no descartaban el REIS como un cambio más profundo, lo veían poco viable dadas la correlación de fuerzas y los intereses alrededor del SGSSS.

En este contexto, la ONIC les pide a los dos senadores indígenas de la época, Francisco Rojas Birry del Pueblo Embera y Jesús Piñacué del Pueblo Nasa del Cauca, que lleven una iniciativa al Congreso que busque mejores condiciones para la operación de la Ley 100, pero en una dirección del reconocimiento de la autoridad y la autonomía indígena, así como de facilitar el desarrollo de los modelos de *salud propios*.

Finalmente, Jesús Piñacué lidera la iniciativa con cierta preocupación porque en el Cauca, que prefería el REIS, no había mucha simpatía por la direccionalidad que llevaría la Ley: “(...) teníamos temores porque esta discusión en el Cauca no había sido convenida en forma clara, pero bueno, los del Cauca estaban en ese Congreso de la ONIC y fue suficiente para que nos comprometiéramos (...)” (Piñacué, 2018, pág. 3).

El proyecto presentado tenía como virtud el articular varios Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, algunos decretos y resoluciones, ya analizados en secciones anteriores, en una sola norma de mayor jerarquía, una Ley ordinaria. De esta forma la iniciativa legislativa incorporaba el acumulado construido en cerca de 6 años de lucha y negociación entre los Pueblos Indígenas y el Estado, para ajustar y adecuar la Ley 100 enmarcándola en los principios constitucionales favorables a las políticas y los derechos indígenas en salud. David Curtidor, quien participara de la elaboración del proyecto de Ley presentado por Piñacué, caracteriza la iniciativa como:

(...) todo lo que dice la 691 está en los acuerdos y las resoluciones. (...) [Aunque había dos aspectos nuevos] los subsidios alimentarios para los niños para que fueran administrados por las administradoras indígenas y el subsidio fuera adicional a la UPC y el reconocimiento de autoridades públicas en salud y del sistema de las autoridades indígenas, que luego se reconoce integralmente por la Corte Constitucional, no con respecto a la salud sino con respecto a la capacidad de configuración normativa de los indígenas. (Curtidor, 2018, pág. 2)

Adicional a estos aspectos, uno sustancial que luego se analizará, fue el reconocimiento de las autoridades indígenas como autoridades del SGSSS. El Proyecto fue radicado en agosto de 1999 bajo el número 067-Senado, 193-Cámara, con el título: *por el cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia*. El debate en el Congreso fue en general muy fluido debido a que, por

un lado, no desafiaba la estructura de la Ley 100 ni del SGSSS; y por el otro, tuvo una formulación técnica muy sólida y una estrategia de incidencia fuerte con el respaldo en estudios de la Universidad Nacional sobre las ARS Indígenas, y el involucramiento de expertos sobre las implicaciones de materializar la diversidad étnica y cultural de la nación.

En la aprobación fueron definitivas las dinámicas propias de los acuerdos y negociaciones políticas entre bancadas y parlamentarios a final de año, cuando terminando la legislatura se hacen aprobaciones masivas de leyes en las que se cruzan y negocian intereses que permiten inesperadas alianzas y apoyos.

Llama la atención que la discusión de la ley no estuvo rodeada de procesos de movilización como fue la constante por lo menos en el Cauca, a propósito de las normas operativas de los años anteriores: “el movimiento indígena no le dio la importancia a la Ley 691, se quedó con la Ley 100 y yo creo que en ese tema no le dio la altura que se merece, ahora desde el derecho indígena me parece que es novedoso pero particularmente digo que eso se dejó abandonado” (Escué , 2018, pág. 5).

No obstante, la ONIC jugó un papel de impulso y participó activamente en el debate, incluso con la presentación de un pliego de modificaciones puntuales durante el trámite legislativo, además de haber promovido la discusión en varias partes del país como lo ratifica Belkis Izquierdo del Pueblo Arhuaco, “(...) se hicieron muchos espacios de diálogo, de reuniones entre las distintas comunidades (...)” (Izquierdo, Entrevista No. 11, 2018).

Esto pudiera interpretarse como una manifestación de que el proyecto no ponía en cuestión la estructura de la Ley 100, y que por tanto, la resistencia en el Congreso no fuera mayor y al mismo tiempo que el proyecto no encarnara la aspiración de construir un REIS como lo impulsaba el CRIC. En este sentido, Aida Quilcué, promotora de salud del CRIC para la época relata:

(...) el CRIC lo que dijo es que esa ley si era enfocada al Régimen Especial Indígena que se saliera de la Ley 100, se daba el debate porque era una norma del Congreso de la República, porque la Ley 691(...) entiendo es que le dio unas garantías especiales, pero en el marco de la Ley 100, entonces pues si eso era así, pues el CRIC dijo que no, porque a lo que nosotros nos interesaba en ese momento era nuestro propio modelo, desde la concepción nuestra, pero que

se posesionara como una conquista de derechos, en el marco del derecho fundamental. (Quilcué, 2019, pág. 1)

No obstante, fue sorprendente que el presidente Andrés Pastrana objetara la ley en el mes de julio tras la aprobación en el Congreso, declarándolo inconveniente con fundamento en un concepto del entonces Ministro de Hacienda Juan Camilo Restrepo del Partido Conservador. Ante esta situación el Congreso nombró una comisión accidental para producir un informe sobre las objeciones al proyecto de ley, en el cual insistió en la aprobación del proyecto y negó las objeciones. A continuación, se trasladó el proyecto de ley a la Corte Constitucional en diciembre para que decidiera sobre las objeciones, la cual, con el aporte de la Procuraduría General de la Nación, finalmente, se pronunció en enero de 2001, mediante la sentencia T-088, declarando exequibles la mayoría de los artículos objetados por el presidente. El Congreso de la República aprobó y sancionó la Ley que se conoce como 691 (Ley 691, 2001) en junio del mismo año, haciendo las modificaciones respectivas en un hecho excepcional, por cuanto una Ley cuando ya es revisada por la Corte es sancionada por el presidente.

La construcción final de la Ley 691 es muy importante para esta investigación, más que por sus resultados, por el proceso contencioso al interior del Estado y como reflejo de las tensiones del régimen político. Las posturas del Congreso, la Procuraduría y la Corte Constitucional que, con respecto de la del Gobierno que objetó el proyecto, giraron entre la lectura multiculturalista que busca integrar la diferencia en el marco del Estado Social de Derecho, y aún dentro de la estructura de mercado del SGSSS; y aquella integracionista que niega las diferencias y las identidades, más allá de la incapacidad de pago en una perspectiva racializada. En cualquier caso, los límites de la arena política estaban al interior de la concepción del tipo de SGSSS y no desafiaban, como lo planteaba un sector del movimiento indígena representado en el CRIC, la posibilidad de contar con un régimen estructuralmente distinto.

A continuación, se observarán los elementos más importantes de esta disputa a través de la lectura crítica de varios de los artículos de la Ley 691 finalmente aprobada, resaltando los contenidos de la discusión alrededor de aquellos que fueron objetados y luego mayoritariamente declarados exequibles. En general, los términos de la discusión presentada por el Gobierno giraron alrededor de: proteger la unidad política y administrativa

del SGSSS; evitar concesiones a los Pueblos Indígenas que generaran discriminación contra otras poblaciones vulnerables; prevenir la insostenibilidad fiscal del SGSSS; y resolver posibles vicios de inconstitucionalidad.

Derecho a la salud como acceso a servicios: en términos de aplicación, objeto, principios y autoridades, la Ley 691 retoma los conceptos de la Ley 21 de 1991 que son la incorporación del convenio 169 de la OIT en materia de salud. No obstante, lo que se reglamenta es la garantía del derecho de acceso y participación de los Pueblos Indígenas a los servicios de salud, con un alcance definido por la estructura y la normatividad vigente dentro del SGSSS aplicable a la población indígena, con la limitación adicional de que se refiere exclusivamente a la dimensión prestacional del derecho a la salud (Ley 691, 2001).

En materia de principios, se subraya el de “(...) diversidad étnica y cultural; (...) el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los Pueblos Indígenas” (Ley 691, 2001). Obsérvese como la lectura es de una otredad a la que se tomará en cuenta dentro de una estructura preestablecida con los límites que implica intentar armonizar perspectivas radicalmente distintas desde la alteridad con las lógicas de mercado y de la medicina hegemónica.

No obstante, el Gobierno en sus objeciones manifestaba que era innecesario un sistema especial de salud para indígenas, considerando que ya estaban incluidos con especial protección dentro del SGSSS, y que la diferencia esencial radicaba en la capacidad contributiva y económica del ciudadano ya resuelta a través de los subsidios (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1999, pág. 6). El Proyecto de Ley en ninguna de sus versiones habló de un sistema especial, no obstante, el Gobierno le daba dicho alcance en la perspectiva racializada y oculta en este tipo de discusiones.

Al respecto el Congreso manifestaba, igualmente, que solo se trataba de la adecuación del SGSSS para dar respuesta a la diferencia, y el Procurador afirma que el Proyecto no “configura un régimen especial de seguridad social en salud (...) [solo] prevé normas específicas para proteger efectivamente la salud y la vida de los indígenas (...) el derecho a la salud” (Procuraduría General de la Nación, 2000), configurándose la impronta integracionista planteada en este trabajo.

En este punto, la Corte Constitucional deja entrever que crear un régimen especial, en sí mismo, no es inconstitucional e incluso puede ser necesario para garantizar la materialidad del derecho a la salud con las adecuaciones socioculturales requeridas: "(...) en tales condiciones, resulta justificado que, en términos generales, se establezca un régimen especial de seguridad social en salud para tales comunidades (...)" (Sentencia T-088, 2001); siempre que en un futuro, al configurarse eventualmente tal norma de régimen especial, se ajuste a la Ley. Esto será de gran relevancia en la disputa entre Pueblos Indígenas y Estado, porque deja abierta la puerta para insistir posteriormente en la formulación y trámite de un Régimen Especial Indígena.

Las autoridades indígenas como autoridades del SGSSS en sus territorios: es de gran importancia para la configuración de la política de salud indígena en Colombia, el reconocimiento de las autoridades indígenas (Artículo 4) como parte de la autoridad del sistema:

Además de las autoridades competentes, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán para la presente ley, instancias, organismos e instituciones, las autoridades tradicionales de los diversos Pueblos Indígenas en sus territorios, para lo cual siempre se tendrá en cuenta su especial naturaleza jurídica y organizativa. (Ley 691, 2001)

Y luego en el Artículo 24, también como controladores del sistema:

Las autoridades de los Pueblos Indígenas harán parte de la red de controladores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el efectivo control y vigilancia a las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y a las administradoras de los recursos del régimen subsidiado. (Ley 691, 2001)

No obstante, los desarrollos anteriores sobre el papel de los cabildos en lo referente a listados censales, afiliación colectiva, elección de empresa de salud; la Ley 691 otorga un estatus de mayor jerarquía a las autoridades indígenas dentro del SGSSS al asimilarlas como tales y en consideración a su naturaleza jurídica. Esto se convierte en una oportunidad para el movimiento indígena que podría más adelante efectivamente reclamar este reconocimiento para intentar transformar por dentro la institucionalidad de la Ley 100, aunque, por lo pronto, significa tener mayor poder de interlocución dentro del SGSSS vigente.

Estos artículos fueron controvertidos, aunque no objetados, por el Gobierno, alegando el posible conflicto de competencias y regulaciones para el SGSSS, ratificando su posición

extrema de leer en una adaptación de acuerdo a la jurisdicción especial indígena una amenaza a la unidad del SGSSS.

Gratuidad versus subsidio, de un modo de ser a una incapacidad de pago: según el Artículo 5 los miembros de los Pueblos Indígenas participarán como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, salvo que sean servidores públicos, tengan pensión de jubilación o, que tengan vinculación mediante contrato laboral (Ley 691, 2001). Adicionalmente en los párrafos se establece que se afiliará a todos los indígenas al SGSSS, y que la unificación de las prestaciones del régimen subsidiado con el contributivo se hará en todos los niveles y acorde con las particularidades socioculturales y geográficas de los Pueblos Indígenas.

Este artículo fue objetado por el gobierno, por la presunta violación del Artículo 13 de la Constitución Política sobre la igualdad, pues si bien hay tres excepciones para no estar en el régimen subsidiado, “(...) pueden existir otros con capacidad de pago que por consiguiente estarían en el subsidiado, introduciéndose así una disposición especial en favor de tales comunidades con discriminación de otras que igualmente se encuentran en precaria situación socioeconómica” (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1999). Al respecto la Cámara de Representantes interpela al Gobierno señalando que la naturaleza colectiva de los Pueblos Indígenas y la particularidad de sus economías son el fundamento para desestimar la versión individual de la capacidad de pago:

(...) la comunidad indígena no es una suma de “individuos”, “sino un sujeto colectivo” único e indivisible, capaz de ejercer derechos y cumplir deberes, además es necesario tener en cuenta que los sistemas económicos indígenas no obedecen a las leyes del mercado, son economías de subsistencia fundadas en los principios de solidaridad, reciprocidad y comunitariedad (...). (Cámara de Representantes, 2000)

Lo cual es ampliado por la Corte Constitucional:

La capacidad de pago es una calificación sobre el quantum del pecunio personal. Dicho quantum no es un concepto unívoco, sino que responde a la participación en un modelo económico determinado. En un modelo de producción capitalista sujeto a las leyes del mercado, puede afirmarse que en términos generales, la capacidad de pago responde a la cantidad de recursos con que cuenta la persona. En una economía que funciona con otras reglas, la capacidad de pago, esto es, la riqueza, se determina de manera distinta. (Sentencia T-088, 2001)

El artículo fue finalmente declarado exequible. Persiste el debate sobre hasta qué punto el régimen subsidiado y la estructura del SGSSS que obedece a reglas de mercado y las adecuaciones que se ratifican en esta Ley realmente atienden a la lectura que la misma Corte Constitucional hace de los Pueblos Indígenas. En las disputas al interior de la institucionalidad del Estado quedan claras las tensiones entre tendencias regresivas y progresivas, en materia de reconocimiento de derechos y entre inclusión homogenizante e inclusión desde la diversidad. Al mismo tiempo se va cimentando una jurisprudencia que, como se ha planteado, profundiza el concepto de *servicios* como listados ajustables, con implicaciones financieras y de desarrollo sociocultural.

Acceso a servicios y beneficios versus modelos de salud: los Artículos 6 y 7 establecen el derecho a los servicios contemplados en el régimen subsidiado: el plan obligatorio de salud, el plan de atención básica, las prestaciones, la atención inicial de urgencias y la atención de accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

El Gobierno objetó los Artículos 6 y 7 con el mismo argumento de establecer beneficios que no tenían poblaciones vulnerables, frente a lo cual, la Cámara de Representantes insistió en que la jurisprudencia señalaba que: para iguales, tratos iguales; y para diferentes, tratos diferentes. Y agrega que en ese caso aunque haya vulnerabilidad como elemento común, en el caso de los Pueblos Indígenas para poder enfrentarla las medidas deben responder a la particularidad sociocultural en cuyo caso no se está configurando una discriminación frente al resto de *vulnerables*, quienes además tendrán que ser atendidos también con prioridad y en su particularidad. La Corte señala adicionalmente que:

(...) en materia de salud, tal como lo pone de presente el Congreso de la República en su insistencia, existen elementos culturales (como la concepción de la enfermedad y su tratamiento) y socioeconómicos (como la existencia de una economía colectiva por oposición al mercado), que, de no considerarse en su justa dimensión, hacen más difícil el acceso y disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud. (Sentencia T-088, 2001)

Los Artículos 6 y 7 fueron finalmente declarados exequibles, sin cuestionarse la estructura de la Ley 100, al contrario, reforzándola. En todo caso, se ratifica un aspecto clave para la disputa de los Pueblos Indígenas por materializar su política propia de salud, y es que considerarla como expresión de una matriz identitaria particular no es un privilegio sino una forma de hacer posible la garantía del derecho a la salud. No es un problema de

incapacidad, al contrario, se trata de una potencia diferencial que en el seno de una sociedad que reconozca la alteridad, la fomenta participativamente y no la subordina como una otredad discriminada y al final homogenizada en clave de exclusión social.

Por otra parte, se observa que la lucha contra el hambre y la desnutrición se enfoca a través de subsidios, haciendo abstracción de la determinación social e histórica de la misma. La impronta neoliberal de los subsidios recorre toda la política social y dado el posible flujo de recursos, disminuye la resistencia por parte de sujetos políticos organizados que en todo caso han entrado en la etapa del manejo de recursos públicos, lo cual se ha convertido en un nuevo escenario de construcción política.

El artículo 22, que no fue objetado, establece que: “El diseño y la implantación de los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los Pueblos Indígenas definidos en el artículo sexto (6o.) de la presente ley, se concertarán con sus respectivas autoridades” (Ley 691, 2001). En esta parte, queda abierta la puerta para ajustar el paquete de servicios, en tanto listado de prestaciones, de acuerdo con las particularidades de los Pueblos Indígenas, pero no como un modelo de salud integral a concertar, con lo que de nuevo se ponen límites, más allá de la misma jurisprudencia nacional e internacional, para favorecer la existencia de un Régimen Especial como lo proponía el CRIC.

Un valor mayor de la UPC, entre el reconocimiento y la refrendación del modelo de Ley 100:
La Ley 691, señala explícitamente en el PARÁGRAFO 2º del Artículo 12, que:

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá fijar el valor de la UPC para los Pueblos Indígenas hasta en un cincuenta por ciento (50%), por encima del valor de la UPC normal, atendiendo criterios de dispersión geográfica, densidad poblacional, dificultad de acceso, perfiles epidemiológicos, traslados de personal y adecuación sociocultural de los servicios de salud. (Congreso de la República de Colombia., 2001)

Esta ha sido una exigencia de los Pueblos Indígenas una vez crearon sus propias ARSI e IPSI pues debieron asumir el esquema de financiamiento individual de la salud bajo carácter de subsidio a la demanda en contra de la perspectiva de financiamiento colectivo. Si bien es un avance parcial que reconoce además de otros aspectos el de la adecuación sociocultural, en el caso del Cauca en particular la AIC y el CRIC tendrán que hacer un ejercicio complejo de cuantificación de sus prácticas tradicionales como si fueran servicios individuales, y costearlos de la misma manera como unidades de mercado al igual que los

medicamentos, los procedimientos, las consultas médicas, etc.; bajo la lógica de oferta-demanda, racionalidad costo-beneficio. El concepto de UPC diferencial que representa el mayor valor debido a la adecuación sociocultural queda sujeto a regulación por parte del Ministerio y será un eje de disputa específica en los años siguientes.

El Gobierno objetó este artículo por la presunta violación del derecho a la igualdad del resto de población pobre afiliada al Régimen Subsidiado, frente a lo cual y con los argumentos ya expuestos para los artículos anteriores, la Corte Constitucional lo declaró exequible por no configurarse tal vulneración.

En este sentido, el Artículo 21 es explícito:

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 particularidades y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas. (Ley 691, 2001)

Este artículo, que no fue objetado por el gobierno, termina de sentar las bases para lo que será la negociación intercultural, y el sentido y la lógica de las inclusiones dentro del paquete de beneficios y al interior de la Ley 100, como ya ha sido mencionado y que se seguirá estudiando más adelante.

En todo caso, los límites de tal disputa y negociación también quedan restringidos a la visión de una supuesta equivalencia epistemológica y praxiológica entre la medicina tradicional y la medicina occidental, ya discutida en este trabajo, con lo que esto supone en términos de oportunidad, pero también de “(...) discriminación epistemológica [que] es la subvaloración de otras formas de conocimiento, de percibir la vida y el mundo” (Izquierdo, 2018, pág. 3).

Es por lo anterior y recogiendo los planteamientos del senador responsable de la iniciativa de la Ley 691 que tal negociación tiene una permanente doble dimensión a ser contemplada porque:

(...) La interculturalidad por sí misma tiene un halo de insubordinación, de emancipación, de réplica, de contradicción, porque es que no se puede ser inter sin haber conseguido del otro una

recíproca respuesta, se necesita tener una aceptación del otro que hace parte de ese escenario de intimidad. Sí es posible en el ámbito del conocimiento promover la interculturalidad como un referente que construye convivencia, entendimiento, transformaciones, pues desde el punto de vista de la medicina y la acción en favor de la salud y la prevención de la enfermedad es completamente válida, pero hay que adecuar los espacios, es permitirle al médico tradicional que pueda atender su gente allá en la comunidad y no traerlo al hospital, que ese ha sido un error, traer el médico tradicional al hospital. (Piñacué, 2018, pág. 4)

El Plan de Atención Básica (PAB), promoción y prevención colectiva concertado con los Pueblos Indígenas. Este componente del sistema de salud, que cuenta con recursos muy limitados no queda a cargo de las Empresas Administradoras, sino de las entidades territoriales debido a su alta externalidad, carácter colectivo y poca rentabilidad para las empresas privadas, propio del modelo de pluralismo estructurado, ya comentado. Así las cosas, queda abierto entonces de manera vinculante que se concierte y ejecute con los Pueblos Indígenas este componente e incluso que busquen concurrencia de los recursos de transferencias especiales de la nación para estas comunidades. Se resalta como dentro del SGSSS, las acciones de poca o nula rentabilidad financiera se sustraen del manejo de las Empresas, con lo que se ratifica la idea de mercantilización que tiene la salud, además de lo grave que resulta fragmentar la atención colectiva de la individual.

El régimen subsidiado indígena hacia la cofinanciación: adicionalmente, el Artículo 12 señala que, además de los recursos de la nación y las entidades territoriales, concurrirán recursos de las transferencias a los Resguardos Indígenas, con lo que los Pueblos Indígenas entrarían a cofinanciar el Sistema de Seguridad Social en Salud. Esto con los impactos que sobre el presupuesto de los resguardos pueda tener y sobre el destino para su manejo a instituciones de tipo empresarial que, si bien a esta fecha son indígenas, lleva a una reducción neta del monto de los aportes a los territorios indígenas para sus Planes de Vida, al deber destinar recursos para cofinanciar los subsidios de su población.

En el análisis del Gobierno, este artículo no fue objetado y el Congreso en diferentes alusiones de su informe sobre las objeciones utiliza este artículo como fundamento para afirmar que no se está creando un Régimen Especial, y que incluso se está comprometiendo a los Pueblos Indígenas a aportar financieramente para asegurar sostenibilidad fiscal al SGSSS. De esta forma, y a pesar de la resistencia de los Pueblos

Indígenas a esta medida en los años anteriores, la Ley 691 consagró como principio tal cofinanciación en un camino conducente a la privatización.

La afiliación colectiva, el carácter público de las ARSI y las IPSI: la ley ratifica el carácter colectivo de la afiliación y faculta a las autoridades indígenas para limitar el mercadeo de empresas foráneas dentro de sus comunidades. La interpretación de la comunidad como sujeto colectivo de derecho por parte del legislativo y de la Corte Constitucional modula el carácter individual del SGSSS, con una connotación jurídico-política clave en la lucha por el reconocimiento de la diversidad, aunque al mismo tiempo lo ratifica porque los recursos se calculan y asignan individualmente mediante las unidades de financiamiento per capita-UPC que se calculan igualmente para cubrir listados de servicios de salud individuales contenidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS.

Esta situación permanentemente genera tensiones políticas, económicas y socioculturales para la administración y operación por parte de las ARSI e IPSI, que deben armonizar su obligación legal de pensar y actuar individualmente en el marco del SGSSS, y la de administrar colectivamente, propia de la tradición ancestral.

La Ley 691 ratifica el enfoque y eleva el nivel de jerarquía jurídica de la naturaleza de las ARSI, como entidades públicas de carácter especial con base en el Decreto 330 del mismo año. Esto expresa una evolución en la disputa por el reconocimiento de las autoridades indígenas como autoridades públicas de carácter especial que, aunque se someten en lo general a la normatividad vigente para el SGSSS, mantienen una identidad diferenciada llena de desafíos y tensiones con la lógica general del mismo, pues además implica garantizar dimensiones como la calidad, la vigilancia y el control bajo perspectivas alternas que deben ser consideradas más allá de los estándares oficiales y la *satisfacción de los clientes*.

La Ley 691, en el Artículo 14 literal C, disminuye el valor del patrimonio mínimo de operación de 250 salarios mínimos mensuales legales vigentes-smmlv a 150 smmlv por cada 5.000 afiliados, que una ARSI debe demostrar para poder operar. Este literal fue objetado por el gobierno por considerar que era muy bajo el soporte patrimonial para responder por la operación del régimen subsidiado, a lo que el Congreso respondió con base en el Convenio 169 de la OIT, que las adecuaciones institucionales eran imprescindibles para garantizar que las comunidades participaran de la administración de los sistemas de salud, lo cual fue

recogido por la Corte Constitucional declarando exequible el artículo (Sentencia T-088, 2001).

La AIC y el CRIC sabían que ese patrimonio era bajo para responder por las obligaciones contraídas, pero de no ser así, comprendían que no podrían constituir la empresa, por lo que decidieron asumir el riesgo y eventualmente trasladar el costo político y financiero al Estado. Situación que ampliará el campo contencioso en los años siguientes, en los cuáles las ARS indígenas lucharán por aumentar el valor de la UPC; adicionar el valor que implica la atención diferencial a razón de la dimensión sociocultural de los modelos propios de salud y exigir que el Gobierno asuma el valor de más que resulte de los costos reales de la atención. En adelante esta reivindicación estará presente en las luchas y movilizaciones sociales.

Finalmente, se ratifica que el mínimo de población indígena afiliada a una ARSI indígena debe ser del 60%, y el número total de afiliados será concertado entre estas organizaciones y el Gobierno, con lo que adicionalmente se reconoce y propicia implícitamente una dimensión nunca pensada en el imaginario racista de la sociedad y es que una institución indígena termine prestando servicios a población no indígena. A la fecha, buena parte de la población campesina afiliada en el Cauca hacía parte de grupos de personas con enfermedades de alto costo que fueron excluidas, *por su no rentabilidad*, por parte de las administradoras privadas a las que pertenecían, trasladándose el riesgo financiero a las ARSI que les acogían.

Otro aspecto sustancial de la Ley 691 fue el reconocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas-IPSI como entes públicos, y como parte de la red pública de servicios de salud: "Para efectos de la contratación que de manera obligatoria deben efectuar las administradoras del régimen subsidiado con las IPS públicas, se entenderá como parte de la red pública, a las IPS creadas por las autoridades de los Pueblos Indígenas". (Ley 691, 2001). Adicionalmente las establece como Empresas Sociales del Estado-ESEs:

(...) las IPS-I creadas en los resguardos indígenas que hagan parte de la jurisdicción de un municipio o distrito, son IPS-I del orden municipal o distrital, pese a que no son creadas como entidades descentralizadas por el municipio o distrito, esto es empresas sociales del Estado; las IPS-I son de esos órdenes porque el régimen jurídico especial que regula los asuntos indígenas así lo permite. Es decir, son del orden municipal o distrital por el ámbito de su competencia, no

por la forma como se establecen, pues, éstas tienen existencia legal distinta a las demás entidades descentralizadas municipales o distritales, incluidas las IPS y las empresas sociales del Estado, reguladas por la ley 100 de 1993. (Consejo de Estado, sala de consulta y servicio civil, 2002)

Este asunto revela que las EPSI y las IPSI al ser de naturaleza pública en razón al régimen jurídico especial que regula los asuntos indígenas, más que por la forma de constitución, fortalecen desde el punto de vista jurisprudencial la disputa entre Pueblos Indígenas para configurar, aún dentro del SGSSS vigente, una forma distinta de organizar sus entidades propias para gobernar y administrar en salud en sus territorios. Al mismo tiempo, se instaló una nueva tensión entre Pueblos Indígenas y red pública hospitalaria de salud, la cual en los municipios vio disminuida su contratación hasta niveles del 40%, que ahora las EPSI contrataban con las IPSI propias.

En algunos municipios del oriente y norte del Cauca, esto generó el empoderamiento de las comunidades que contaban con la facultad de definir sus instituciones prestadoras, priorizando sus propias IPSI, y la disminución de la contratación de los hospitales públicos locales, con lo que se afectó su sostenibilidad financiera, y en cierto modo su capacidad de atender a la población no indígena.

Desde una perspectiva más global, esta dinámica local generada por la lógica general del SGSSS de privatización y, por lo tanto, de extinción del sistema público de salud en Colombia, era aprovechada por actores políticos interesados que, ocultando esta situación, acusaban a los Pueblos Indígenas de ser los causantes de la crisis en los hospitales públicos de la región.

Como se puede comprender, este proceso fue configurando una nueva arena política local y regional en el Cauca que, mientras trajo oportunidades de acceso a los servicios de salud a los Pueblos Indígenas, también resignificó al sujeto político indígena que ahora se convertía en un jugador fuerte en la administración de lo público con impactos en las relaciones de poder político, económico y social en los territorios.

Información, comunicación y complementariedad jurídica: la Ley 691 determina que el Ministerio de Salud adecuará el sistema de información del SGSSS, de tal forma que retome la diversidad étnica y cultural de la nación, y permita contar con indicadores adecuados a la problemática particular y a la gestión especial que se desarrolla en las comunidades indígenas (Ley 691, 2001).

Este es un aspecto de especial controversia que será transversal a la disputa entre Pueblos Indígenas y Estado. Porque la forma de leer y medir los problemas y las soluciones en salud requiere de un acuerdo intercultural de saberes y poderes, que considere las lógicas de la alteridad sin subordinarlas y no se detenga en discriminarlas para dar lugar a la hegemonía de la medicina occidental.

Finalmente, queda establecida la complementariedad jurídica de lo no previsto en la Ley 691 con lo dispuesto en la Ley 21 de 1991, el Decreto 1811 de 1990 y la Ley 60 de 1993, y con normas posteriores que sean desarrolladas (Ley 691, 2001). Aspecto sustancial que, sin embargo, será muy difícil de abordar por cuanto la no consulta de las bases del modelo de la Ley 100, llevará a que los procesos de adecuación sociocultural resulten marginales frente a la impronta ya predeterminada de operación del SGSSS basado en subsidios individuales, gestión individual del riesgo, costeo por actividades, predominio absoluta de la enfermedad sobre la salud en términos de la medicina occidental, entre otras, que limitan que la negociación y complementariedad puedan responder a las demandas de una propuesta y modelo propio de salud de los Pueblos Indígenas.

La Ley 691 omite la discusión sobre un eje vertebrador de las políticas tanto indígenas como estatales, relacionado con el personal de salud, con lo que este aspecto tan determinante como contencioso seguirá su dinámica de contradicciones y acuerdos, al interior de un SGSSS que cada vez restringe más el papel de los promotores de salud en su capacidad local de resolver problemas; y lo ubica en un inductor de demanda hacia los servicios individuales de mayor rentabilidad para los prestadores. Las ARSI e IPSI, como se verá más adelante, seguirán invirtiendo importantes recursos para mantener la figura del promotor indígena, que ahora estará más fragmentado entre su rol definido por el SGSSS y la Ley 100, y el exigido por las comunidades de líder, terapeuta, coordinador y cuidador comunitario de la salud.

4.4 Balance para una nueva era de negociaciones

Finalizado 2001, el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, como política pública de salud en el país, se ha cristalizado en una ley que integra buena parte de la dinámica de resistencia, negociación e inclusión subordinante.

La visibilidad y reconocimiento constitucionales se tornaron en exclusión homogenizante en la Ley 100, para reaparecer de nuevo bajo el esquema multicultural e integracionista de

mercado en la Ley 691, en un proceso profundamente contencioso enmarcado en una nueva fase de violencia política racializada, en pugna por el control de los territorios y la alteridad de los Pueblos Indígenas.

El desarrollo constitucional tomó el camino de la modernización política bajo la impronta neoliberal y durante esta década sembró la parafernalia institucional adecuada para la privatización y la intermediación administrativo-financiera de la política social, a lo cual no escaparon los Pueblos Indígenas; pero dentro de la cual se lograron diferenciar tomando parte en algunos procesos de administración, como el caso de salud.

Durante esta década siguió consolidándose el sujeto político indígena y en particular el CRIC, que ahora tenía una presencia en los más diversos campos de la lucha política a nivel de alcaldías, concejos municipales, asambleas departamentales, Congreso de la República; y ocupa un rol fundamental en la administración de la salud y la educación, al tiempo que continuaba referenciándose junto con organizaciones campesinas como las agrupadas en el Macizo Colombiano como un actor protagónico en la vida política y social del departamento.

Este periodo dejó completamente instalada una lógica de incidencia en la política pública a partir de la movilización directa, la negociación y celebración de acuerdos que se reiteraban en una trayectoria en espiral, para exigir cumplimiento de lo pactado e incorporar nuevos elementos en la agenda. Desde el Nilo en 1991, Jambaló en 1992, La María en 1995, Novirao en 1996, y la declaración de emergencia social y cultural con el decreto 982 en La María en 1999; y con decenas de movilizaciones locales y sectoriales en los intermedios, el CRIC mantuvo, por definición del régimen político, su vigencia en un escenario adverso de profunda violencia política, instalándose así una especie de regularidad para la exclusión racializada por parte de las élites económicas y políticas en el país.

A esta fecha, el ciclo de elementos que configuran una política pública de salud indígena se ha estructurado bajo un concepto de adaptación sociocultural, jurídica, financiera y parcialmente técnica a cargo del Estado; y se expresa en elementos de gobernabilidad, administración de recursos, prestación de servicios, adecuación parcial de contenidos prestacionales, bajo un modelo fragmentado, en el cual lo propio se suma a lo occidental, y en el medio se van permitiendo flexibilidades socioculturales de los servicios occidentales.

Entre tanto, el CRIC ha consolidado su Programa de Salud, ha desarrollado programas de salud en las zonas indígenas del Cauca y cuenta con una ARSI y cuatro IPSI en pleno desarrollo, que ahora generan dificultades derivadas de su poder financiero, técnico y de sus obligaciones legales frente al SGSSS, sobre la autoridad política y cultural del Programa de Salud, las Asociaciones de Cabildos y de los cabildos mismos. Las lógicas y sus protocolos técnicos y jurídicos del SGSSS, que emergen a diario, imponen un ritmo y una presión desorbitante a las ARSI e IPSI, que en muchos casos les impide compatibilizar sus obligaciones fragmentadas entre los esfuerzos por apropiar la institucionalidad foránea y responder a las exigencias comunitarias.

La autoridad indígena y el gobierno en salud transitaron de un alto nivel de autonomía hacia uno fragmentado, que intenta apropiar las nuevas lógicas empresariales y privatizadoras, ahora con una participación parcial en la administración de importantes sumas de recursos económicos, al tiempo que se esfuerza por mantener la cohesión y el programa político en salud en la perspectiva del equilibrio entre territorio, naturaleza y ser humano al interior de la comunidad. La medicina tradicional, igualmente, queda incorporada como el equivalente terapéutico de la perspectiva occidental, de lo cual los Pueblos Indígenas toman cierta ventaja para apuntalar sus procesos internos mientras que amplían sus esfuerzos por un desarrollo autónomo de la misma en la vía de la recuperación, la integralidad y la actualización, en el seno de la nueva fase de luchas en defensa del territorio.

Los promotores indígenas de salud terminaron la década fragmentados entre los requerimientos del SGSSS de inducir pacientes a los servicios individuales y los comunitarios de cuidar integralmente la salud en el territorio.

A nivel nacional, las discusiones y propuestas indígenas están debilitadas, en parte porque en general el escenario se ha trasladado a las regiones donde las ARS-I, en el seno de organizaciones con diferentes niveles de consolidación política, tienen mayor o menor poder de definición del acontecer de los servicios y la situación de salud de sus comunidades.

No obstante las dinámicas diferenciadas en el seno de las organizaciones indígenas, en el período también se va avanzando en la construcción en resistencia de una política indígena de salud que es el referente para la movilización, la exigencia, el diálogo, la concertación con el Estado, y al mismo tiempo, para el desarrollo de planes de vida, institucionalidad y modelos de salud propios, que integren la sabiduría ancestral y el personal propios e

interculturales. Todo esto mantiene una tensión permanente de saberes y poderes entre Pueblos Indígenas y Estado, que exige garantías para el derecho a la salud en su dimensión prestacional con el mayor nivel de adaptación sociocultural posible; y para realizar con autonomía las acciones socioculturales que mantengan el equilibrio y la armonía al interior de sus territorios.

Con la construcción de la Ley 691, el Estado consiguió fortalecer la lógica del SGSSS con una impronta provisional y frágil pero importante del reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la nación y su traducción en la política de salud. Quedando en disputa esta versión con la más extrema del integracionismo homogenizante y racista de los sectores conservadores y con los mismos Pueblos Indígenas que no renunciarán a un Régimen Especial, mientras siguen construyendo su propia política. El espacio contencioso entre las ramas del poder público alrededor de la Ley 691, que progresivamente se fue quedando sin el sujeto político indígena, se tornó en la reproducción de la permanente actuación del régimen político que, en el mejor de los casos, produce políticas para otros sin los otros.

5 De la política de salud indígena para otros a la política indígena de salud desde los otros, en el contexto de las luchas sociales y la seguridad democrática 2002-2010

En este capítulo se presentan brevemente unos antecedentes alrededor de la Política de Seguridad Democrática del Gobierno de Álvaro Uribe Vélez y los impactos sobre los Pueblos Indígenas. En una segunda sección, se analiza el proceso intenso de adaptación operativa y adecuación sociocultural del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS de acuerdo con la Ley 691 entre 2002 y 2008, en el contexto de la profunda violencia política contra los Pueblos Indígenas; la reforma permanente para enfrentar la crisis del SGSSS, las nuevas formas de movilización social y resistencia indígena y las dinámicas internacionales en materia de Pueblos Indígenas. En la tercera sección, 2008-2010 se analiza el surgimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI, en el contexto del activismo judicial de la Corte Constitucional que se pronuncia de fondo sobre los riesgos de extinción de los Pueblos Indígenas y sobre el ajuste al SGSSS, así como en medio de la fallida declaratoria de emergencia social del Gobierno para reformar dicho sistema. Finalmente se hace un balance del periodo.

Este recorrido permitirá observar la disputa permanente del sujeto político indígena, en particular del CRIC, por transitar de la política de salud indígenas *para otros*, formulada desde el Estado; hacia una política indígena de salud *desde los otros*, durante una fase de intensificación de la violencia y de las luchas sociales de resistencia.

5.1 La Seguridad Democrática y su impacto para los Pueblos Indígenas

En 2002 inicia el primer gobierno de la denominada Seguridad Democrática de Álvaro Uribe Vélez, la cual señala como improntas al régimen político colombiano: un énfasis en la generación de condiciones de mayor flexibilidad y ventaja para el gran capital internacional bajo el nombre de confianza inversionista, sobre todo para el mercado de capitales; la ampliación a gran escala de la explotación minera y de la dependencia energética de petróleo, gas y carbón; y la profundización de la apertura económica a través de la suscripción y puesta en marcha de los TLC, en especial con los Estados Unidos.

En el campo social, se fortaleció aún más la agenda neoliberal con la intermediación administrativo-financiera de toda la política social con el enfoque de gestión y focalización del riesgo financiero individual, a través de subsidios y financierización ligado a un esquema de mayor desinstitucionalización y operación a través de operadores privados. La participación social fue reducida a la realización de cientos de concejos comunitarios presididos por el presidente Uribe, para el trámite de demandas sobre la cobertura y las fallas en la operación de la política social en un enfoque que el Gobierno denominó de Estado Comunitario¹²³.

A nivel político, el país enfrentó nuevamente un agravamiento del recorte de las libertades democráticas, que se tradujo en miles de capturas ilegales, estigmatización, persecución y represión de la protesta social; de hecho, se reinicia una nueva tendencia de incremento de luchas sociales después del pico de 1998, e igualmente, inicia de nuevo el escalamiento de las acciones represivas (Archila Neira, 2019).

En el marco de los hechos tanto del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, como de la profunda deslegitimación política de las guerrillas colombianas y luego de la ruptura de los diálogos de Paz en 2002, el gobierno Uribe negó la existencia de un conflicto armado y estableció que en Colombia lo que había era una amenaza terrorista. Estos planteamientos estaban en línea con la doctrina del presidente de los Estados Unidos George W. Bush

¹²³ Un Estado donde el poder público desinstitucionalizado y concentrado en el poder del Gobierno a la vez que atiende sin barreras a la comunidad, legitima una versión personalizada del Estado y de los modelos de intervención como asistencia social.

(Rodríguez G. P., 2014), alimentada por la política el narcotráfico y argumentando que en buena medida las luchas sociales eran una extensión de dicha amenaza terrorista. Todo esto se tradujo en el incremento del desplazamiento forzado, las masacres, desapariciones forzadas y las ejecuciones extrajudiciales -más de cinco mil, conocidas como falsos positivos-, y en el debilitamiento de la justicia, en el marco de la profundización del modelo neoliberal y del llamado Estado de Opinión¹²⁴. De esta forma, la cara del régimen político en estos años aparece bajo la figura de un Estado Autoritario que está legitimado para profundizar la guerra -en nombre de la seguridad-, y para recortar y estigmatizar, aún más, la participación democrática y debilitar la institucionalidad.

Para 2002 el paramilitarismo hibridado con el narcotráfico había penetrado profundamente la política regional y nacional, financiando campañas y obteniendo cargos en alcaldías, gobernaciones y Congreso de la Republica, al tiempo que había participado en la mayor empresa de despojo violento y de desplazamiento forzado de cientos de miles de familias en todo el país. El gobierno de Uribe destina su capital político a concretar una negociación con los grupos paramilitares que permita reintegrarlos a la vida civil mediante la Ley de Justicia y Paz, atender la presión nacional e internacional por verdad, justicia y reparación de las víctimas, reducir parcialmente la violencia y enfrentar la erosión de la legitimidad del régimen político.

Estas líneas se mantuvieron en general intactas durante el segundo gobierno de Uribe, entre 2006 y 2010, pese al progresivo desgaste en términos de legitimidad y eficacia y en medio de grandes derrotas judiciales y electorales -como la del referendo¹²⁵-, desprestigio del Congreso por su fuerte relación con el paramilitarismo y el narcotráfico, persistencia de las luchas sociales incluidas las de los Pueblos Indígenas y gran presión internacional.

¹²⁴ Junto con el Estado Comunitario, en el Estado de Opinión la democracia no circula por la institucionalidad política y pública, sino en la sensibilidad y opinión de la gente. Las decisiones se gestan en respuesta a un clima de opinión, por lo que el Gobierno utiliza todas las formas para construir realidades y opiniones, sobre todo a través de los medios de comunicación que dada su intensidad, aunque en muchos casos incitan a transgredir la Ley, legitiman la acción gubernamental. Tanto el Estado Comunitario como el Estado de Opinión configuran el Estado Autoritario.

¹²⁵ El Gobierno de Álvaro Uribe Vélez convocó un referendo para precipitar una serie de reformas que le dieran agilidad y eficacia a su programa de gobierno, sin embargo, fue derrotado contundentemente, poniéndose en evidencia la persistencia de tensiones al interior del régimen político que podía encontrar favorable la política de seguridad democrática, pero no necesariamente el programa reformador en su totalidad.

En las zonas rurales la política de Seguridad Democrática desplegó un conjunto de estrategias dirigidas a extender el control militar del territorio, con especial afectación a los Pueblos Indígenas por la vulneración de las competencias de sus autoridades al instalar de manera inconsulta bases militares en sus territorios, imponer el programa de Familias Guardabosques¹²⁶ e impulsar el reclutamiento forzado de jóvenes¹²⁷, entre otros. Convirtiéndose este periodo en el fortalecimiento de un imaginario racista y excluyente como soporte para la estigmatización de las luchas sociales indígenas y de sus acciones colectivas en contra de la violencia de todos los actores armados¹²⁸. El objetivo central del Gobierno era, en todo caso, limitar la posibilidad de la participación indígena mediante consulta previa en el control del territorio, la seguridad, el desarrollo minero-energético, la política de drogas y por lo tanto, se configuró en un escenario de alta confrontación y disputa con graves hechos de violaciones de los derechos humanos de los Pueblos Indígenas y una gran represión a las luchas por la tierra.

Esta arena contenciosa llevó al CRIC a convertirse en uno de los principales desafiadores del Gobierno Uribe en el terreno político-ideológico y sociocultural a través de sus acciones de control territorial, frente a los actores armados y la militarización gubernamental; las

¹²⁶ Política de subsidios para familias comprometidas con una meta de protección y conservación en una doble línea de sostenibilidad ambiental y contrainsurgencia.

¹²⁷ El Servicio Militar Obligatorio no rige para los jóvenes indígenas, por lo que cualquier presión en este sentido viola la ley y se convierte en reclutamiento forzado.

¹²⁸ En la campaña de 2002 Uribe intenta cooptar las expresiones de resistencia de los Pueblos Indígenas “La ONIC y el CRIC expresaron en el Foro Nacional ‘Emergencia Social, Económica y Cultural de los Pueblos Indígenas del Cauca y Mecanismos de Resistencia’, su más enérgico rechazo a los intentos de los medios de comunicación del Gobierno y algunos candidatos presidenciales, de utilizar la defensa de las comunidades de Caldonó como ejemplo de una supuesta acción contrainsurgente de los Pueblos Indígenas. ‘Lo que defendemos es la vida y nuestra dignidad’, dijeron. ‘Esta posición tiene como fundamento que al igual que los diferentes sectores sociales del país, soñamos construir una política de paz con justicia social, lo que significa para todos democracia real y respeto a la vida, una política que busque superar la miseria y la pobreza, y para nosotros, reconocimiento a la diversidad étnica y cultural’ (...).” (Voz, 2002, pág. 10). Ante el fracaso de la cooptación, vino el enfrentamiento: “21 de diciembre de 2003. La resistencia indígena. (...) choque verbal entre el presidente de la República, doctor Álvaro Uribe Vélez, y las comunidades y autoridades indígenas de esa región [Cauca]. Dos conceptos de seguridad fueron la razón de la divergencia: el de la seguridad democrática que se ha expresado en la creación de batallones de alta montaña, de soldados campesinos, de redes de informantes, de recuperación del territorio mediante la presencia de la Fuerza Pública en todos los rincones de la patria (...y) el de la resistencia indígena del Pueblo Nasa: (...) la instalación de los puestos de policía en Jambaló y Toribío, en lugar de devolver la tranquilidad a esa zona, ha motivado el asedio guerrillero con la consiguiente respuesta armada del Ejército. Las erráticas pipetas de gas, por parte de las Farc, son respondidas con bombardeos por la Fuerza Pública. (...) Los indígenas piensan, además, que la respuesta masiva de la población contra las atrocidades de los ilegales es más contundente y sostenible que la actuación armada. (...) El presidente Uribe responde que está de acuerdo con la resistencia civil pero que el componente militar es indispensable.”. (El Tiempo, 2003, pág. 21)

movilizaciones y demandas contra las reformas privatizadoras y extractivistas, los Tratados de Libre Comercio, las políticas de Guardabosques y de reclutamiento forzado. Las movilizaciones indígenas, entre ellas las de iniciativa del CRIC, alcanzaron en todos los casos gran visibilidad y solidaridad nacional e internacional. En este periodo el CRIC en medio de estas disputas enriquece y transforma buena parte de su base discursiva al convertir las recuperaciones de tierras en liberación de la madre tierra y las movilizaciones en Mingas.¹²⁹

En medio de esta confrontación, el CRIC transita este periodo con un acumulado orgánico de demandas organizadas en acuerdos con los gobiernos anteriores y enmarcadas en la jurisprudencia vigente y en el Decreto 982, que a tres años de expedición no ha tenido mayor aplicación. Algo similar ocurre en el nivel nacional, en el cual la ONIC, a través de la Mesa Permanente de Concertación-MPC, articula las luchas y demandas frente al Gobierno y, con ritmos y dinámicas diferenciadas, se complementa con el proceso del Cauca.

En salud, el gobierno encuentra un balance negativo de legitimidad, sostenibilidad financiera e inoperancia del SGSSS a diez años de su promulgación bajo la Ley 100, cuyo ponente en el Congreso fuera el entonces senador Uribe. La transformación del Ministerio de Salud en el de la Protección Social, se fundamentó en una concepción predominante de la tarea sanitaria del Estado como de gestión del riesgo individual, de vigilancia y control. Se configuró un contexto de improvisación y traumatismos, propios de la transición, con un debilitamiento en la interlocución con la sociedad, y en particular con los Pueblos Indígenas; reduciendo dicha interlocución, la mayoría de las veces, a la adecuación de las ARSI y las IPSI, mediante una mesa técnica nacional de carácter funcional.

En materia de salud indígena, el periodo tiene ahora como marco de referencia la Ley 691, que logró con mayor jerarquía y sistematicidad desarrollar la salud indígena dentro del SGSSS con las características ya analizadas, al tiempo que las organizaciones indígenas, con la experiencia de administración y prestación a través de las ARSI y las IPSI, tienen mayor solidez para demandar mejores condiciones de operación administrativa, financiera

¹²⁹ En adelante los procesos de recuperación de tierras que serán muy intensas en el Norte del Cauca pasarán a llamarse *Liberación de la Madre Tierra* en la dirección de resignificar dicho proceso hacia una apropiación creativa y protectora de las tierras de los modelos de explotación intensiva y depredadora. En relación con las movilizaciones y marchas, se retomará el concepto de Minga para resignificar que más allá de una protesta en contra, es un ejercicio de trabajo conjunto para la defensa y construcción de la vida y el territorio.

y de pertinencia sociocultural, y al mismo tiempo un importante fortalecimiento de sus procesos políticos, organizativos y programáticos en materia de salud propia e intercultural.

En este horizonte de sentido, se asistirá a una lucha intensa entre Gobierno y Pueblos Indígenas por las formas y los contenidos de la adecuación sociocultural de las políticas de salud, que se fragmenta entre el logro de condiciones para operar dentro del marco del SGSSS y las aspiraciones por consolidar un Régimen Especial Indígena, que ampare un Sistema de Salud Propio e Intercultural, el cual al final de la década quedará planteado como el referente de política indígena de salud, sin desistir de la lucha general por la reforma profunda al SGSSS para toda la sociedad colombiana.

5.2 Disputas indígenas por la adaptación operativa y la adecuación sociocultural de la Ley 100 en medio de nuevas formas de resistencia

5.2.1 Los acuerdos del CNSSS y otras nomas en salud indígena: tensiones por la cofinanciación y las ARS-I en el mercado de la salud

Entre 2002 y 2004 se produjeron múltiples normas de rango operativo a través de Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS y de Decretos Ejecutivos. Durante esta época empezó a funcionar la Mesa Técnica Nacional con delegados de las organizaciones indígenas, principalmente de las ARSI y funcionarios intermedios del Ministerio de la Protección Social-MPS. En la siguiente tabla se ilustran los principales contenidos e implicaciones en el proceso de construcción de la Política de Salud Indígena del Estado caracterizada en este momento por la implementación contenciosa de adecuaciones para la operatividad de las Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas-ARSI; destacándose la reiteración de la afiliación y elección colectiva de la ARS; la eliminación de los pagos individuales como pagos y cuotas moderadoras; la exigencia de cumplimiento de un 60% mínimo de afiliación de indígenas a las ARSI y una presión por condicionar la ampliación de cobertura de los subsidios a la cofinanciación por parte de los Pueblos Indígenas:

Tabla 2: Implicaciones de acuerdo y decretos ejecutivos.

Norma	Contenido	Implicación
Acuerdo 229 (2002)	4% de la UPC para promoción y prevención será concertada con las ARSI.	Adecuación sociocultural, pero sin aumentar recursos.
Acuerdo 244 del 31 de enero de 2003	No necesidad de encuesta SISBEN ¹³⁰ a comunidades indígenas, basta el listado censal.	Ratificación de mecanismo de afiliación colectiva con base en listado censal.
Acuerdo 260 del 4 de febrero de 2004 (2004)	No pago de copagos.	Ratificación de gratuidad vía subsidios.
Acuerdo 262 (2004).	Ampliación de cobertura de manera prioritaria a indígenas, pero deben cofinanciar hasta en un 35%.	Insistencia en cofinanciación/privatización por parte de los Pueblos Indígenas.
Acuerdo 270 del 29 de julio de 2004	Postergan aplicación de cofinanciación y le bajan a un techo del 10%.	Resistencia de indígenas flexibiliza norma, pero no desaparece exigencia de cofinanciación/privatización.
Decreto 515 (2004)	Salvo número de afiliados y patrimonio mínimo, todas las demás reglas para las ARSI son iguales a las de las demás Administradoras.	Adecuaciones operativas y financieras riesgosas para avanzar en integracionismo de mercado.
Decretos 2716 (2004) y 3183 (2004)	Mínimo 60% de afiliados a la ARSI deben ser ratificadas y amenaza de revocatoria por incumplimiento.	Ratificación de especificidad ARSI, para mantener una particular del nicho de mercado alrededor de lo indígena.
Acuerdo 275 del 28 de octubre de 2004	Como condición para ampliar cobertura a indígenas, se priorizarán municipios y comunidades que cofinancien.	Insistencia en buscar cofinanciación de comunidades indígenas como presión para ampliar cobertura.

Fuente: Acuerdos del CNSSS y Decretos Ejecutivos.

Elaboración: Jaime Hernán Urrego

Lo que se observa en este corto periodo de intensa producción normativa es que los Pueblos Indígenas se han visto obligados a avanzar en la adecuación operativa como mecanismo de sobrevivencia y operación de sus ARSI, con el fin de poder mantener el control de los recursos de salud en sus territorios a costa de, muchas veces, tener que dejar rezagado el desarrollo de la política indígena de salud. Los interlocutores en la Mesa

¹³⁰ Sistema de identificación de beneficiarios para la asignación de subsidios y acceso diferenciado a servicios y políticas públicas, basado en el análisis de variables socioeconómicas de las familias.

Técnica Nacional con el gobierno, cada vez fueron más las ARSI, y menos los Programas de Salud que veían ceder su protagonismo como institución propia para liderar las políticas indígenas ante el poder financiero, técnico y algunas veces político de las ARSI. En el caso del Cauca, esto fue muy notorio, pues la AIC, dados sus recursos y también las exigencias técnicas, legales y financieras del SGSSS, terminaba desplazando con frecuencia el rol y la incidencia del Programa de Salud del CRIC.

No obstante, el hecho que se ratificara el rol de la autoridad del cabildo para afiliarse colectivamente y elegir empresa administradora reflejaba la dificultad que había en los territorios por parte de las empresas no indígenas por persistir en el mercadeo individual, y al mismo tiempo, se convertía en una señal para las ARSI de comprender que eran los cabildos y las comunidades el fundamento de su existencia.

De esta forma, donde se daban desequilibrios de poder entre la organización indígena y la ARSI, este elemento servía de soporte para el trámite de las disputas internas. En el caso del CRIC esto no sucedía y, al contrario, la presión y control social de los cabildos se convertía en un fenómeno novedoso por cuanto esta participación vinculante contribuía a mantener en primer lugar la prestación de los servicios de salud con calidad y pertinencia, y a producir eficiencias ligadas al trabajo y distribución de responsabilidades de tipo comunitario. Al respecto, Aida Quilcué, lideresa Nasa del Cauca, quien se desempeñó como promotora de salud del CRIC, manifiesta:

“(…) es que primero, hay una ventaja importante y es que en medio de las dificultades y en medio de las situaciones administrativas que se hayan presentado, el Cauca ha tenido un cierto control en términos de que la EPS no es del gerente o del equipo que está ahí, sino que es del movimiento indígena, controlado por las autoridades. (Quilcué, 2019, pág. 2)

Dado que las adecuaciones operativas no modifican la lógica del SGSSS, lo que se observa es que las ARSI, en particular la AIC del CRIC, sostienen una operación altamente rentable desde el punto de vista social; y un manejo administrativo eficiente, no obstante las fragilidades financieras propias del modelo de aseguramiento individual del sistema.

Esto va consolidando, dentro de una concepción de mercado del SGSSS, un segmento o un nicho especial con condiciones particulares, pero dentro de la estructura del mismo, que

determina el desarrollo de habilidades empresariales en los Pueblos Indígenas, pero también la transformación progresiva de una manera de ser colectivo y de ser pueblo indígena, de impredecibles consecuencias.

El hecho de que la afiliación se extienda a comunidades campesinas, afro y urbanas, genera el desafío a las ARSI de desarrollar modelos que atiendan demandas socioculturales diferenciadas, lo cual va abriendo una nueva posibilidad de pensar que aún en medio del mercado puedan surgir actores populares con una impronta étnica que pueden desarrollar capacidades de juego dentro de las estructuras empresariales y con capacidad multicultural para abordar sus tareas, desafiando a la empresa pública y privada tradicional, y al Estado neoliberal mismo.

En el ámbito internacional, sin muchos avances, la OPS continúa con la iniciativa de salud de los Pueblos Indígenas iniciada desde 1993; y en los lineamientos estratégicos, y el plan de acción 2003-2007 reafirma la tarea de promover el desarrollo de políticas nacionales e internacionales que favorezcan la salud y el bienestar de estas comunidades, con énfasis en el trabajo de fortalecer los sistemas de información en salud indígena y desarrollo de acciones en salud que tengan en cuenta los problemas, las características socioculturales y recursos propios de la población, lo que implica la adaptación de los modelos de atención y la generación de conocimiento, entre otras (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

En el plan de acción 2003-2007 se prioriza la formulación e implementación de políticas nacionales y acuerdos internacionales; incluyendo el análisis y evaluación de las políticas existentes; el desarrollo de redes regionales, subregionales y nacionales, asociaciones intersectoriales y acuerdos de cooperación; el fortalecimiento del liderazgo indígena; la cooperación entre países y movilización de recursos; y en materia de atención primaria se busca promover el enfoque intercultural, tanto en la atención como en la formación de personal. La OPS busca promover la participación indígena en la gestión de servicios, adaptación de metodologías y estrategias integradas e integrales a las características socioculturales de los Pueblos Indígenas (Atención Integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia-AIEPI, hacer Retroceder la Malaria, salud materno-infantil, agua y saneamiento, HIV/AIDS, diabetes, salud mental, etc.); pautas para la adaptación sociocultural de protocolos de atención; la incorporación de las perspectivas, terapias y

medicinas indígenas en la atención primaria de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Se observa que hay una continuidad en la formulación de los lineamientos para la región en materia de salud indígena, y en el caso colombiano, en general se toman en cuenta; sin embargo, la subordinación a la estructura del SGSSS y la nula concertación con los Pueblos Indígenas le resta potencia.

5.2.2 El CRIC y el movimiento indígena en una nueva etapa de resistencias

El 14 de septiembre de 2004 una Caravana Indígena, Campesina y de Comunidades Negras se tomó la Panamericana iniciando desde La María Piendamó¹³¹ para llegar a Cali, en el marco de la “Marcha y Congreso itinerante por la Vida y la Dignidad”, que fue iniciativa de los Pueblos Indígenas del Cauca y apoyada en distintas partes del país, especialmente Nariño, Quindío, Risaralda, Caldas y Chocó, también con movilizaciones de indígenas, sindicalistas y otros sectores populares.

El Primer Congreso Indígena y Popular inició en La María Piendamó, definido como itinerante, sesionó en varios lugares hasta llegar a Cali, mientras se habilitaron espacios de deliberación de una gran multitud de procesos populares en todo el país. Su lema era “Minga por la vida, la justicia, la alegría, la libertad y la autonomía”. Los indígenas describían la movilización así:

(...) esta movilización es diferente. No salimos solamente a exigir, a reclamarle al Gobierno, a denunciar, aunque también lo vamos a hacer. Esta vez salimos a convocar pueblos, organizaciones y procesos populares. Marchamos para expresar nuestro compromiso de unirnos

¹³¹ 13 de septiembre de 2004. Comienza la marcha indígena. “Al menos 30.000 indígenas del Cauca inician hoy una marcha de 120 kilómetros hasta Cali, para reivindicar sus derechos y protestar contra la política económica del Gobierno. ‘Será una marcha pacífica frente a la situación humanitaria crítica que padecemos, de desplazamiento, crisis alimentaria, problemas de salud, debido a los actores del conflicto’, dijo Gabriel Muyuy, delegado indígena de la Defensoría del Pueblo. Los aborígenes quieren protestar igualmente contra reformas que, según ellos, impulsa el gobierno en detrimento de sus intereses, y contra el Tratado de Libre Comercio (TLC) que negocia Colombia con Estados Unidos.” (El Mundo, 2004, pág. A9)

y de trabajar tejiendo la solidaridad recíproca que hace falta para defender la vida. (Cxhab Wala Programa Tierradentro , 2004 , pág. 127)

En efecto, en medio de la estigmatización y la restricción de las libertades democráticas, la marcha se convirtió en un hecho de grandes proporciones que resaltaba no solo por los objetivos, sino por el método que buscaba recuperar el espacio para la palabra y el diálogo en un país profundamente militarizado:

Por la puerta de la casa, no por detrás ni al escondido fue el modo en que quisieron entrar más de 60.000 indígenas a Cali ayer, para repetir una y otra vez que 'la palabra es sagrada. Vale más que cualquier decreto o fusil'. Así, sin lanzar un solo agravio, le dijeron a Colombia que hay otro país corriendo a través de sus venas. Venían de Taravira, Mosoco, Tóez, Vitoncó, Moras, de cientos de rincones de las tres cordilleras, que no figuran ni en los mapas nacionales. (El Tiempo, 2004, págs. 1,8)

Al mismo tiempo el CRIC buscaba comunicar al país la necesidad de construir la paz, a partir de la acción colectiva y el ejercicio pacífico del control territorial, a propósito de la reciente liberación, a cargo de la guardia indígena, del alcalde de Toribío, Arquímedes Vitonás, el exalcalde Gilberto Muñoz y otras autoridades indígenas que habían estado secuestrados por las FARC-EP acusados de “ (...) auxiliar a grupos paramilitares y a la guardia indígena de seguir la política de 'seguridad democrática' del Presidente Álvaro Uribe” (Latorre, 2004).

La Movilización y Congreso se realizó en protesta por:

1) los atropellos crecientes contra la vida e integridad, que se habían multiplicado notablemente durante el Gobierno de Álvaro Uribe Vélez. 1.430 personas de los Pueblos Indígenas habían sido víctimas de violaciones de DDHH, de los cuales más del 30% (593) eran asesinatos en los que estaban fundamentalmente comprometidos los grupos paramilitares y el Estado; y la tercera parte de estas violaciones aproximadamente sucedieron en el Cauca y sur del Valle (Villa & Houghton, 2005).

2) El continuo desmonte de la Constitución de 1991, que con algunas reformas en marcha, amenazaba con acabar de privar a los indígenas de sus derechos fundamentales.

3) La amenaza que representaba el Tratado de Libre Comercio-TLC y el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas-ALCA, en manos de los negociadores del gobierno (Cxhab Wala Programa Tierradentro , 2004).

4) exponer al país y la comunidad internacional que, en tan solo dos años y medio del Gobierno Uribe,

(...) En la Minga se oyeron críticas a la política de seguridad democrática, a la que le atribuyen las capturas de varios indígenas. También se rechazaban ‘los acuerdos inconsultos’ para los tratados de libre comercio, sobre todo los que impliquen la llegada de ‘empresas poderosas que buscan los recursos naturales (...) Ahora llegamos a Cali solo con la palabra, a decir que el agua ni la tierra están en venta’. (El Tiempo, 2004, págs. 1,8)

Como corolario de la movilización se produce el mandato “Minga por la vida, la justicia, la alegría, la libertad y la autonomía”, en el que en su introducción se describen los contenidos de una nueva fase de la resistencia y algunos puntos de la agenda política ampliada hacia la paz y la vida:

Los últimos pasos que nos trajeron a este Congreso Itinerante de los Pueblos, son la etapa más reciente de esta larga historia, pero también establecen el comienzo de un nuevo camino que hemos decidido recorrer. (...) El Primer Congreso Indígena y Popular ha logrado con creces sus objetivos. El país y el mundo nos han escuchado. El Gobierno no pudo ignorarnos y va a tener que respetar la fuerza de nuestra legitimidad. Este Mandato recoge lo que viene de atrás y señala lo que vamos a hacer ahora. (Cxhab Wala Programa Tierradentro , 2004 , pág. 127)

El Congreso acordó declararse en asamblea permanente hasta que no cesaran las amenazas contra la vida, a través de la cual, se buscaba consolidar un Plan de Resistencia y Vida de los Pueblos. Se determinó crear un tribunal permanente nacional e internacional y una estrategia de diplomacia para actuar desde la legitimidad popular frente a las violaciones de Derechos Humanos y emprender acciones hacia una economía solidaria de los pueblos que promueva y proteja la vida y el territorio (Cxhab Wala Programa Tierradentro , 2004).

Como puede observarse, se retoma fuertemente la alianza con otros sectores populares al punto de crear un congreso indígena y popular; y la protesta se vuelve itinerante y diversa en sus tiempos y en sus presentaciones. La agenda habla de resistencia y vida, en alusión

a la intensificación de los asesinatos, masacres, confinamientos¹³² y amenazas contra los indígenas y el conjunto del movimiento popular.

Todo esta fuerza movilizadora continúa fundamentando y enriqueciendo la crítica al SGSSS, pues la amenaza a la vida, a los territorios, el debilitamiento de la producción alimentaria, la minería y la contaminación masiva, así como la mayor apertura a la industria farmacéutica, profundizan la violación del derecho integral a la salud y aumenta la dependencia de un modelo centrado en la enfermedad y los medicamentos, lo que agrega tensión para el manejo de la ARSI, que en su estructura y contenidos están dirigidas funcionalmente a fortalecer la lógica comercial, empresarial y de consumo donde SGSSS y TLC dialogarían armónicamente.

De esta forma, el movimiento indígena, y el CRIC en particular, transcurrían de manera contenciosa entre la adaptación operativa al SGSSS y una renovada y creativa resistencia popular que tenían de contradictorio los modelos subyacentes de salud y de defensa de la vida, pero tenían en común el ejercicio de la autoridad colectiva. En el primero era fuerte la AIC, la ARSI del CRIC; y para la segunda el Programa de Salud encontraba de nuevo su espacio de dirección para gobernar la salud.

5.2.3 Los alcances y límites de la adecuación sociocultural en el Acuerdo 326 y otras normas, 2005-2007

En junio 28 de 2005, mediante el Acuerdo No. 294 del CNSSS, se definen los criterios para aprobar la operación de las ARS indígenas en los departamentos del país, ante la concurrencia de varias en algunos de ellos; y establece en el Artículo 4 que se definirá con base en un puntaje que considera el mayor número de afiliados, al cual se le suma un valor de *mejor modelo de atención intercultural y el nivel de articulación con las comunidades y autoridades indígenas*. Todo lo cual será tramitado en la “Mesa Técnica Nacional”. Esto fue ratificado en el Acuerdo No. 300 de 2005, que especifica que la ARS-I que ya tiene asignado un cupo de funcionamiento en un departamento no podrá extender su cobertura a aquel

¹³² Situación de las comunidades encerradas en medio del conflicto armado sin poder salir ni recibir ayuda.

departamento donde otra ARS-I tenga aprobada su operación (Acuerdo Número 300, 2005).

Aquí se observa una línea de continuidad en relación con lo que implica adaptar y enfrentar las tensiones entre las dinámicas territoriales y políticas de los Pueblos Indígenas y un mecanismo de mercado. Por un lado, por la vía de alianzas múltiples entre Pueblos Indígenas y organizaciones indígenas, las ARS-I se van expandiendo por el país en una lógica donde pesa la capacidad financiera y política; y por otro, entra el Ministerio de la Protección Social-MPS a regular la cantidad y tipo de administradoras por departamento, con una racionalidad que acude a la competencia entre número de afiliados y modelo de salud, cuando en la agenda política indígena y en la normatividad nacional e internacional los diferentes pueblos deben dotarse y gobernar sus acciones en salud.

Entre los criterios para expandir una ARS-I está la poca capacidad financiera, administrativa y técnica que algunos Pueblos Indígenas puedan tener en un departamento, lo cual los lleva a negociar la entrada de ARS-I manejadas por otros Pueblos Indígenas en otros lugares del país. Por ejemplo, Mallamas ARSI, con origen en el departamento de Nariño, llega a la Amazonía; o la AIC desde el Cauca llega al Chocó. Esto es razonable en la lógica del SGSS y del mercado; en la dinámica de los Pueblos Indígenas significa por un lado pugnas y divisiones por aumentar coberturas y recursos, y por otro, el desestímulo y la fractura de las iniciativas comunitarias por gobernar y administrar la salud en los territorios con sus propios modelos de salud.

Eso llevó a la emergencia de una gran cantidad de IPS-I en las regiones, que eran contratadas en varios casos por las ARS-I que tenían base en otros departamentos, con el fin de dar oportunidad a las comunidades locales de operar servicios de primer nivel, con alguna adecuación sociocultural. Por ejemplo, la AIC entró en el departamento de Antioquia y en un primer momento prestó servicios con su propia IPSI, pero con el tiempo, la Organización Indígena de Antioquia-OIA creó su propia IPSI, y como condición para que AIC estuviera en ese departamento, debía contratar la prestación de servicios con la OIA. Igual situación empezaría a suceder en el departamento del Putumayo. Si bien, en términos de mercado y política pública era posible y una oportunidad para que aquellos pueblos que no tenían ARS-I propia pudieran participar, realmente este proceso se convirtió, en muchos casos, en la réplica de la fragmentación del SGSSS en el mundo indígena; y en el sobredimensionamiento de las relaciones contractuales como instrumento para resolver

todo tipo de aspiraciones, acciones, conflictos, etc. En la Guajira se habló de decenas de IPSI que contrataban con las ARSI de esta región, o luego con la AIC del Cauca, pero algunas IPSI en este departamento no necesariamente tenían un alineamiento total con las autoridades indígenas de los Pueblos Indígenas en ese territorio, y entonces se empezó a evidenciar una penetración de dinámicas alrededor de obtener contratos e ingresos más allá de las dinámicas territoriales. Igualmente, prestadores privados, empezaron a ofrecer paquetes de servicios con ropaje de adecuación sociocultural, la mayoría de las veces en una perspectiva de negocio,

Por esa vía, se empezó a perder mucho más el control por parte de cada Pueblo Indígena de su dinámica en salud, para estar sometida a presiones de tipo económico, político y en algunos casos de manejos irregulares como venía sucediendo con buena parte del sistema de salud.

Yo lo que siento es que muchas empresas tomando un poco las particularidades que plantea la Ley 691 se desviaron un poco en el ejercicio, sobre todo aquellas empresas que tenían menor control comunitario porque utilizaron las normatividades especiales para comenzar a ser un poder económico y generar procesos para influenciar a las autoridades. (Izquierdo, Entrevista N° 9, 2018)

De nuevo se pone en evidencia que a medida que pasa el tiempo, las instituciones indígenas dentro del SGSSS van tomando poder de decisión, por mecanismos en los cuales las autoridades indígenas, aunque inciden, están subordinadas a la lógica general del SGSSS, pero también al peso que tales instituciones van ganando en el ejercicio de operar una estructura que resulta por lo menos no propia de las decisiones comunitarias.

En septiembre de 2005 mediante el Acuerdo 301 del CNSSS se introduce una variante en el tema de cofinanciación, según la cual, la entidad territorial no podrá aportar más del 50% de lo que deben aportar las comunidades indígenas (Consejo Nacional de Seguridad Social, 2005), con lo que se fortalece la política de cofinanciación local e indígena, pero además se traslada a los territorios y los departamentos la tensión entre sectores sociales no indígenas e indígenas y, entre éstos y las administraciones territoriales, por la destinación de los recursos de ampliación de cobertura.

Al tener recursos las comunidades indígenas, al ente territorial le sale más económico primero ampliar cobertura para este sector en desmedro de los otros sectores poblacionales, y entonces la intensidad de los conflictos entre comunidades en los territorios locales encuentra un incentivo más para aumentarse. Se consolida el discurso de que las medidas afirmativas se convierten en *privilegios*, en escenarios donde todas las comunidades son excluidas más allá de las razones étnicas.

Como se había mencionado, el cupo para afiliar población no indígena imprime una nueva dinámica en el contexto de relacionamiento entre comunidades con pertenencias étnicas distintas en un territorio y en algunos espacios. Junto con lo descrito arriba, esto configura un escenario de alteración de relaciones de poder entre sujetos sociales excluidos, donde el discriminado por razones étnicas ahora tiene el poder de incluir, atender y acompañar en relaciones no exentas de intereses territoriales, políticos y socioculturales. Si una ARS-I ahora puede afiliar sectores campesinos, urbanos o afro, con los cuales en el pasado o incluso en la actualidad existen conflictos por tierra y territorio, o por el control del poder político y económico en una región, ahora se pueden construir nuevas alianzas o atizarse viejas disputas por parte de quienes ven ese poder de crecimiento de lo indígena como una amenaza.

En el caso del CRIC esta situación compleja y novedosa se observa en varias de las zonas del Cauca; por ejemplo, en Tierradentro, en los municipios de Inzá y Páez, se encuentra que pese a las dinámicas contenciosas entre campesinos e indígenas, la AIC tiene afiliados de estas comunidades en algunos resguardos y en la cabecera municipal. Por su parte, en el Norte del Cauca, igualmente, en relación con población afrodescendiente, campesina y urbana con las que existen tensiones socioculturales, políticas y por tierra y territorios, así como urbana de los municipios de Santander de Quilichao, Caloto, Toribío y Corinto, entre otros, se presentan afiliaciones de personas no indígenas; y en general la AIC tiene un porcentaje importante de afiliados campesinos, afro y urbanos, que fluctúa entre un 10 y 15% para el año 2005.

El Acuerdo 303 (2005) del CNSSS fortalece incluso condiciones de vigilancia que hacen que mejore la capacidad de las ARS-I, para velar por el debido procedimiento para la afiliación de población no indígena, en tanto se mantiene la excepcionalidad del mismo para

la población indígena, cuya forma de afiliación ya está definida y no requiere de tal verificación.

En agosto de 2005 es cuando inicia realmente una fase que va más allá de la adaptación operativa y los ajustes se centran en la adecuación sociocultural. En efecto, el CNSSS mediante el Acuerdo 306 ratifica la obligación de la concertación entre las ARS y la población indígena, sobre la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

Artículo 7°. Plan Obligatorio de Salud para Comunidades Indígenas. Las ARS que afilian a población indígena deberán concertar con las comunidades indígenas la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del POS previa aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada sin disminuir los contenidos previstos en el presente Acuerdo. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora. (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2005, pág. 10)

Aquí se retoma el tema de los contenidos del Paquete Obligatorio de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado POS-S en términos de adecuación, no obstante, se especifica que no se puede superar el valor de la UPC y no se pueden disminuir los servicios previstos en este Acuerdo. Esto genera una doble tensión: por un lado, de tipo financiero, pues el Ministerio de la Protección Social-MPS asume que la adecuación no tiene costos adicionales y que “adecuar” es hacerlo distinto con el mismo valor; y por el otro, al no existir reglas de juego para dicha adecuación, los procesos de concertación son muy limitados a la inclusión o modificación de actividades y no a la lectura integral de modelos de atención. Esta situación es distinta cuando se trata de ARS privadas que todavía tienen coberturas en población indígena, porque prácticamente no se pacta ninguna adecuación sociocultural.

Como expresión de la fuerte tensión alrededor de la pertenencia étnica de los afiliados a las ARSI, en noviembre de 2005 se expide el Decreto Presidencial 4127 en el que considerando lo previsto en la Ley 691 y siguientes normas; y en el trabajo de cerca de dos años en una “Mesa Técnica en Salud” que es representativa de las organizaciones

indígenas, de las ARS y EPS indígenas, y constituida en 2003 con el aval del Ministerio del Interior y de Justicia, y luego de 16 reuniones de trabajo, se concertaron aspectos relacionados con el número de afiliados (Decreto 4127 , 2005). Se resalta como en las sesiones de las Mesas participan en igualdad de condiciones las administradoras indígenas consideradas como organizaciones distintas a las organizaciones indígenas mismas, configurándose una suerte de bicefalia en los procesos de negociación entre Pueblos Indígenas y gobierno, que si bien es dinámica en la práctica como se ha planteado, el manejar recursos cuantiosos genera nuevos poderes al interior del movimiento indígena, que incluso se manifiesta en las instancias de negociación y concertación, donde dado el poder técnico y económico, cuando no político, de estas estructuras, se termina poniendo en posición de debilidad a las organizaciones indígenas en sí mismas, porque ahora además son juez y parte dentro de un SGSSS que en todo caso les sigue resultando ajeno:

Sí, nosotros participamos de esa mesa. Se llamaba Mesa Técnica Nacional de Salud Indígena, pero eso se desprendía de esa misma Coordinación Nacional de Empresas de Salud Indígena que tenía su comisión técnica de trabajo, pero entonces ahí ya empezó a haber una limitación en el tema de salud pública porque todo lo empezaron a discutir las empresas y las organizaciones se desplazaron. (Izquierdo, 2018, pág. 5)

Este decreto presiona unos mínimos de afiliación, pero consulta la realidad de las diferentes ARSI en materia de la composición étnico-social de sus afiliados. En primer lugar, se estipula un plazo hasta 2006 para alcanzar una afiliación mínima de 100.000 personas, no obstante precisa que si el rango es de 20.000 a 40.000, el porcentaje indígena debe ser del 90%; entre más de 40.000 y 60.000 afiliados, un porcentaje mínimo del 80% de indígenas; entre más de 60.000 y 75.000 personas afiliadas, un porcentaje mínimo del 70%; y finalmente entre más de 75.000 y 100.000, el 60% debe ser indígena (Presidencia de la República, 2005). De esta forma el gobierno busca mitigar el desequilibrio financiero que produce una empresa con bajo volumen de afiliados; incrementar la afiliación indígena al SGSSS, y entre otros, controlar que las excepciones consagradas para las administradoras indígenas terminen cobijando a otras poblaciones. No obstante, estos mecanismos típicamente cuantitativos dentro de un instrumento de mercado no buscan responder a la pulsión por un sistema propio, colectivo e intercultural, sino mantener a la fuerza la inclusión subordinada de los Pueblos Indígenas dentro del SGSSS.

Finalmente, en medio de una discusión donde el Programa de Salud del CRIC nuevamente juega un papel protagónico al lado de otras organizaciones indígenas y con menor fuerza las ARSI, se expide el 5 de diciembre de 2005 el Acuerdo Número 326, con el cual se desarrollan principalmente aspectos de organización y funcionamiento del régimen subsidiado en las comunidades indígenas, en lo relacionado con procedimientos de afiliación y de especial relevancia la discusión pendiente sobre la adecuación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, de los cuales se destacan los siguientes para efectos de la presente investigación:

- *Destinación específica y exclusividad de los recursos para salud subsidiada.* Los recursos para subsidio a poblaciones indígenas tienen destinación específica y exclusividad, con lo que de manera concertada se mantiene la priorización para asignar recursos a comunidades indígenas y la exclusividad de los recursos para estas poblaciones.
- *Diferencias entre listados censales y DANE, la autoridad para identificar y certificar pertenencia y derecho al subsidio.* En caso de no coincidir la información de los listados censales con la población indígena certificada por el DANE que es beneficiaria de los subsidios, de manera concertada con la autoridad indígena, se procederá a la verificación y validación conjunta.
- *Afiliación y traslados colectivos y recambio de las ARS-I, la fragilidad institucional del mercado versus la consolidación de las instituciones propias.* Este acuerdo ratifica y precisa el sentido de la afiliación colectiva de las comunidades indígenas como un acto público que debe ser acogido por la autoridad territorial respectiva. Se aclara que cuando se revoque o liquide una ARS-I en un departamento, en este caso podrá entrar a operar otra ARS-I (2005).

Se observa que a cada paso el CNSSS va confirmando el papel central de las autoridades indígenas, sobre todo en la competencia de definir, a partir de la pertenencia de los comuneros a sus comunidades, el derecho al subsidio; e igualmente, queda claro que las ARS-I podrán ser revocadas en una especie de previsión de que al igual que cualquier otra administradora, si no cumple las condiciones puede desaparecer. Con

ello, a diferencia del cabildo y las instituciones propias que están creadas para ser construidas, transformadas y alimentadas con vocación de permanencia, aquí los instrumentos que operan la salud pueden ser eliminadas. Esto plantea, en la lógica de construcción del CRIC y en otras organizaciones, una tensión permanente porque se debe desarrollar en paralelo dos tipos de institucionalidad: una, la de las empresas en el marco del SGSSS; y otra, en el caso del CRIC, las instituciones propias como el Programa de Salud, las Asociaciones de Cabildos y los Cabildos en cada uno de los resguardos. Como hemos dicho, se instala una especie de bicefalia que el sujeto político buscará manejar permanente al disputar gobernar tanto las primeras como las segundas, en un equilibrio que dialogue con las exigencias y reglas de juego del mercado y del Estado, con aquellas ligadas a las tradiciones de lucha, cosmovisiones y formas de administración ancestral.

La insatisfacción o la crisis de una ARSI se resuelve de manera colectiva, lo cual es coherente con lo establecido en la normatividad vigente. No obstante, la previsión de mecanismos expeditos para el traslado a otras ARS en caso de ser necesario, si bien deja disponible un mecanismo para asegurar la continuidad de la afiliación, supone una serie de tensiones al interior de las organizaciones y Pueblos Indígenas, que experimentan la contradicción de que eventualmente su propia ARS-I deba ser eliminada por no lograr alcanzar los requisitos establecidos, a pesar de los esfuerzos de la comunidad. Y en estos casos la única alternativa que les queda es afiliarse a otra, como tratándose de un instrumento externo, intercambiable y desechable. Así lo establecen los artículos Quinto y Sexto.

- *Adecuación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, en el marco de los modelos interculturales.* El artículo Séptimo avanza en desarrollar por primera vez los postulados de adecuación sociocultural. En este sentido y en el marco de la normatividad vigente, tanto de la Ley 100 como de la jurisdicción especial indígena, se define que habrá un Plan Obligatorio de Salud Indígena-POSI, posterior a la realización de estudios alrededor de cuatros aspectos que obedecen a los modelos de salud intercultural indígenas:

Acciones de medicina tradicional, entendida esta como los conocimientos, prácticas, rituales, conceptos y procesos de salud integral que ancestralmente han realizado los Pueblos

Indígenas como modelo de vida colectiva, enmarcado dentro de la cosmovisión de cada pueblo. Estas acciones se desarrollarán de acuerdo con las particularidades de cada pueblo. (Acuerdo Número 326, 2005, pág. 3).

En la línea de discusión sobre el concepto de medicina tradicional, el que aparece en el Acuerdo 326 representa una ampliación en la historia de la construcción de la política pública, en la medida en que se refiere a un todo cultural y no solo al combate de la enfermedad. No obstante, para que esta perspectiva no termine siendo solamente un enunciado y se pueda materializar, se requeriría en un escenario deseable ir más allá de la lógica individual y de la medicina occidental del SGSSS, y en un escenario provisional y posible, dada la correlación de fuerzas, una ampliación del marco normativo vigente, recursos financieros adicionales, libertad para un desarrollo autónomico y formas de planeación y reporte alternativos. En este último sentido, por lo pronto los esfuerzos se dirigirían a poder establecer un Plan Obligatorio de Salud Indígena con una Unidad Per Cápita-UPC indígena con un mayor valor a la UPC de la población general, y en buscar que los contenidos de la adecuación socioculturales pasen de una lógica complementaria a una estructurante en el marco de modelos de salud propios e interculturales direccionados y gobernados por los Pueblos Indígenas, negociados simétricamente en términos de poderes y saberes con el Gobierno. Para ilustrar los desafíos que se plantean, la definición de adecuación queda acotada en el Acuerdo 326 (2005), así:

Adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena, que son “los servicios y actividades en salud necesarios y complementarias, adecuadas a las condiciones sociales, culturales, organizativas, ambientales, poblacionales y de cosmología, que garantizan la oportunidad, accesibilidad, calidad y efectividad del POS dirigidos a los Pueblos Indígenas. (pág. 3)

Este segundo componente se refiere a cómo lograr que las prestaciones de servicios de salud occidentales puedan, para ser pertinentes, tener un conjunto de soportes y adecuaciones de tal forma que puedan ser aplicables y efectivas en el seno de los diversos contextos socioculturales. Este proceso es quizá de los más complejos, porque no es un problema solo operativo, sino involucra la construcción de sentido de manera conjunta y con la condición de articularse con el componente anterior. Por esta razón,

se podría plantear que la expectativa generada en el componente de medicina tradicional queda recortada porque lo que se busca es adecuar los contenidos occidentales, pero no pensarse una articulación negociada con las prácticas y saberes tradicionales de cada Pueblo Indígena.

Un tercer componente del Acuerdo 326 (2005) es el de: *Promoción y prevención en salud indígena*, que son “los planes, procesos y acciones en educación en salud indígena dentro de los procesos organizativos propios de cada pueblo” (pág. 3), que reconoce un lugar especial para la educación y el proceso organizativo, lo cual remite a los lineamientos de la política indígena de salud y en particular del CRIC. En estos lineamientos, desde los años 70, la formación en salud es estructurante y central para recuperar, actualizar y reproducir capacidades de participación, dirección, gestión y evaluación. No obstante, los términos de promoción y prevención obedecen al paradigma de medicina occidental, y así en general, no recogen los contenidos diversos que implica mantener y recuperar el equilibrio individual, familiar y comunitario que reivindican los Pueblos Indígenas.

El cuarto componente del Acuerdo 326 (2005), sobre los subsidios alimentarios plantea:

“Subsidios y/o autonomía alimentaria, son las estrategias y acciones orientadas a la recuperación y el fortalecimiento de los sistemas de producción sostenibles, consumo de alimentos propios y acceso a otras fuentes de alimento ligadas a las formas organizativas, que contribuyen directamente al mejoramiento de condiciones nutricionales, de salud y de vida de los Pueblos Indígenas, teniendo en cuenta lo que señala el artículo 8 de la Ley 691 referente al subsidio alimentario para mujeres gestantes y los niños menores de 5 años”. (pág. 3)

Como se puede observar, el Acuerdo 326 introduce una variación sustancial a lo dispuesto en la Ley 691, al establecer que los subsidios pueden ir de la mano con la autonomía alimentaria, o reemplazados por ella. Esto si bien conceptualmente respondería mejor a las propuestas de las organizaciones indígenas, al final no clarifica ni desarrolla los subsidios, tampoco define la financiación y el alcance de la autonomía alimentaria, con lo que su aplicación quedará en el limbo porque los contenidos de una propuesta de esa naturaleza trascienden las definiciones legales del SGSSS. El Acuerdo 326 (2005) dispone:

Los medios inciertos para definir los contenidos de la adecuación. Para la elaboración de los términos de referencia para contratar dichos estudios, el Ministerio de la Protección Social deberá contar con la participación de los delegados de las autoridades indígenas. Estos estudios deberán tener en cuenta lo señalado por el parágrafo 2, del artículo 165 de la Ley 100 de 1993 y para su realización el Ministerio de la Protección Social contará con un año a partir de la definición de los términos de referencia. (pág. 3)

Al momento de definir cómo avanzar en la precisión de los cuatro componentes, se precisa desarrollar estudios específicos que permitan establecer con los Pueblos Indígenas las características, alcances, costos, metodologías y capacidades necesarias para llevar a cabo una operación detallada del POS-I y de los modelos de atención de cada pueblo. Se observa cómo aquí luego de años de luchas y negociaciones, cuando se incorpora una reivindicación, debe ser llevada primero a *estudios especializados*, lo que, si bien puede ser un elemento clave, se convierte en un requisito que en la mayoría de los casos no se realiza o no se retoma.

Finalmente, se ratifica un aspecto que los Pueblos Indígenas habían logrado que fuera incorporado desde los años 90, y era la financiación de las Casas de Paso y Guías Bilingües. El artículo 8 del Acuerdo 326 (2005), señala que:

“Con el propósito de facilitar el acceso a los diferentes niveles y continuidad de la atención en salud de forma oportuna y adecuada socioculturalmente, las ARS como parte de la red de servicios podrán utilizar recursos de la UPC para garantizar el funcionamiento de las casas de paso y la utilización de guías bilingües (...)”. (pág. 4)

De esta forma quedan trazados los límites de la arena contenciosa para lo denominado como adecuación sociocultural. Los Pueblos Indígenas orientarán las disputas por dentro del SGSSS a lograr el financiamiento a través de un aumento de la UPC-I, con lo cual esperan materializar, por un lado, adecuar algunas acciones del modelo médico occidental y, por el otro, financiar con diversos grados de autonomía actividades de sus modelos de salud.

Por último, en este período se resalta el Decreto 4972 que reglamenta las IPS-I, y desde el punto de vista de la configuración de la política pública introduce nuevos conceptos. En el Artículo 1 se determina que las IPS-I deberán ser tratadas como Empresas Sociales del Estado-ESE,¹³³ para efectos de contratación por parte de las ARS y de las entidades territoriales, y además ordena que las IPS-I cumplan con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de salud del SGSSS, el cual será ajustado “(...) a los usos, costumbres, y al modelo de atención especial indígena, en los servicios que lo requieran, para lo cual adelantará el proceso de concertación con las autoridades indígenas” (Decreto 4972, 2007, pág. 1).

Lo más significativo en ese momento es la asimilación de las IPS-I a Empresas Sociales del Estado-ESE, con lo que se robustece desde el Estado el reconocimiento de lo “público especial” representado en los cabildos, en las asociaciones de cabildos (Decreto 1088) y las EPS-I; y el reconocimiento en 1999 del CRIC como autoridad tradicional, configurando por varias vías el carácter público de las entidades, las competencias y los actos administrativos y de gobierno de los Pueblos Indígenas. No obstante, la asimilación a Empresas Sociales del Estado-ESE también implica que en la línea del SGSSS las IPSI deberán avanzar en la lógica de comportarse y asumirse como empresas que compiten en el mercado por obtener contratos de las ARSI, y se tensiona aún más en los ámbitos locales la relación entre las IPS y los hospitales públicos, donde cada vez es mayor la contratación para las primeras en detrimento de los segundos.

¹³³ Como se ha planteado, los hospitales públicos y en general las entidades de prestación de servicios de salud públicos, se convirtieron con la Ley 100 en Instituciones de Prestación de Servicios de Salud, que podían ser públicas y privadas. Las Públicas fueron convertidas progresivamente en Empresas Sociales del Estado-ESE, que según el Artículo 194 de la citada ley “(...) constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo” (Ley 100, 1993). A partir del Decreto 4972 las IPSI son asimiladas a las ESE.

5.2.4 La Ley 1122 de 2007: nuevo paso en la privatización del SGSSS, la homogenización e invisibilidad indígena

El Congreso de la República, a expensas del Gobierno y las Empresas de Salud, luego de varios intentos fracasados para conjurar la crisis financiera, institucional y regulatoria del SGSSS, promulga la Ley 1122 (2007), nuevamente sin mayores procesos participativos y mucho menos sin consultas con los Pueblos Indígenas.

La Ley 1122, que “...no produce cambios estructurales sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud y, más bien, establece algunos ajustes sobre su funcionamiento y operación...” (Restrepo J. H., 2007), no hace ninguna alusión a la salud indígena ni a las instituciones de administración ARSI –que a partir de ahora se llamarán Empresas Promotoras de Salud Indígena-EPsi– ni a las IPSI, que conservaron su nombre. Pese al enfoque de ajuste marginal de esta reforma a la Ley 100, se operaron algunos impactos sobre las políticas públicas en materia de salud indígena.

Transformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS¹³⁴ y nacimiento de la Comisión Reguladora de Salud-CRES. Esta Ley marcó el final de esta instancia de dirección, que emitió más de 400 acuerdos de administración y regulación del SGSSS como expresión de la correlación de fuerzas entre el Gobierno, las EPS, las IPS, los trabajadores, el gremio de la salud y los usuarios del sistema. Regulaciones que emitió en un escenario marcado por la inconveniencia de la participación de los administradores y los prestadores privados en la dirección del sistema, un bajo nivel de representación en cantidad y calidad de los sectores participantes por una asimetría de poder entre agentes corporativos y ciudadanía, de acceso y manejo de información a favor del gobierno y las empresas. Entre 2003 y 2005 los sectores rurales fueron representados por una mujer indígena¹³⁵, quien al igual que los representantes de los usuarios y trabajadores manifestaba que el poder de incidencia era muy bajo.

¹³⁴ El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un órgano de dirección del SGSSS. Los artículos 171 y 172 de la Ley 100 de 1993 define que esté conformado por 11 miembros permanentes, entre los que se cuenta uno en representación de los usuarios rurales; y que este Consejo tiene funciones de administración, regulación y concertación (Congreso de la República de Colombia, 1993).

¹³⁵ Belkis Izquierdo, Abogada Arhuaca representó los sectores rurales entre 2003 y 2005 (Izquierdo, 2018).

La Ley 1122 convirtió al CNSSS en órgano asesor del Ministerio de la Protección Social, y su rol se fue extinguiendo definitivamente hasta su eliminación con la Ley 1438 de 2011. Al mismo tiempo, la mencionada Ley, creó la Comisión Regulatoria de Salud-CRES, solo con funciones de regulación, la cual empezó a operar en el año 2009 con una vida muy corta, pues la Ley 1438 no la fortaleció y fue desapareciendo hasta que el Decreto 2560 la suprimió en 2012. A partir de la Ley 1122 la administración del SGSSS pasó, en la práctica y de manera ambigua, al resorte del Ministerio de Protección Social (Restrepo Zea, 2013). Durante la existencia del CNSSS y de la CRES se produjeron más 40 acuerdos con menciones específicas a las comunidades indígenas, la mayoría de los cuales ya se han analizado. Con lo que fue a través de este medio que se fue volviendo operativa la política pública en salud indígena en el marco de la Ley 100, gracias a la movilización social indígena, las demandas jurídicas y administrativas a la rama judicial y al gobierno en particular al Ministerio de Salud, con sus sucesivas denominaciones entre 1991 y 2017.

Mayores recursos para el régimen subsidiado: esta medida combina el aumento en los aportes del gobierno al régimen subsidiado; el incremento de la cotización de los trabajadores en el régimen contributivo de 12% a 12,5%; el aumento de los aportes de transformación de la oferta a la demanda en salud de los recursos del sistema general de participación a nivel de municipios, que deberán pasar de un 56% a un 65%; así como un aumento de los recursos aportados por los departamentos. Todo lo cual se determinó para fortalecer el régimen subsidiado (Restrepo J. H., 2007). Esta medida permite que la cobertura de las comunidades indígenas pueda avanzar hacia la universalidad, con lo que queda fortalecido este mecanismo de financiamiento que junto con las EPSI y las IPSI configuran la afiliación mayoritaria de estas comunidades a lo largo de los años siguientes al SGSSS.

Integración vertical del 30% con las IPS propias y contratación con lo público del 60% en el régimen Subsidiado. Aunque las EPSI ya vienen estructurando sus propias IPSI, las cuales son asimiladas para efectos de la contratación como Empresas Sociales del Estado-ESE, esta disposición aumenta la tendencia de las primeras a contratar con las IPSI propias porcentajes progresivamente mayores, enfrentando una diversidad de nuevas situaciones, por ejemplo, la disminución de la contratación con los hospitales públicos en los municipios y el surgimiento indiscriminado de prestadoras indígenas, muchas veces por fuera de un adecuado control de las mismas comunidades. Por otra parte, ante la ausencia de lineamientos y construcción de modelos de salud propios e interculturales que puedan ser

financiados y ejecutados dentro del marco de la Ley 100, la mayoría de estas IPSI terminan prestando servicios de salud occidental que en unos casos pueden mejorar la oferta y el acceso directo a las comunidades con niveles diferenciados de calidad y oportunidad, pero que no avanzan en responder a la expectativa de promover la medicina tradicional.

Pese a su silencio al respecto, la Ley 1122 determina los límites de la arena política en la que Estado y Pueblos Indígenas continuarán su disputa, es decir, al interior del encuadre del SGSSS, en términos de las políticas públicas de salud indígena, al representar un nuevo hito de refuerzo histórico del carácter privatizador de la Ley 100 y su operación bajo el modelo de pluralismo estructurado, intermediación administrativo-financiera privada y subsidio a la demanda individual para pobres sin capacidad de pago. Al mismo tiempo, las comunidades siguen en una tensión para poder contar con un sistema de salud que responda a sus características socioculturales y económicas. Se consolida en esta forma el integracionismo de mercado en medio de una tenaz resistencia por la vida y el territorio y una mayor distancia entre empresas indígenas y estructuras propias de salud, particularmente en el CRIC.

5.2.5 Primeros pasos hacia una política nacional de salud indígena propia incluido un Régimen Especial Indígena en Salud-REIS

No obstante el consolidado de instrumentos y desarrollos de la política pública de salud centrada en los últimos años en el funcionamiento del SGSSS y su componente indígena, las organizaciones insisten en que es necesaria una política propia integral para poder interlocutar, negociar y exigir al Estado, más allá de lo hasta ahora previsto en el SGSSS.

En marzo de 2005 el CRIC, en medio de la dinámica generada por la Minga, celebra su Décimo Segundo Congreso, entre el 27 de marzo y el 1 de abril, en el Territorio Ancestral Sa'th Tama Kiwe (Caldono); el principal tema sobre el que se discutió fue el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, que el Gobierno de Álvaro Uribe en ese momento planeaba firmar. Sobre este se afirmaba que era una amenaza inminente para el mantenimiento de la inalienabilidad de los resguardos indígenas y en general para la vida misma (CRIC, 2009).

En línea con la emergencia de nuevos métodos de acción política, el CRIC y las Asociaciones de Cabildos realizan una consulta popular autónoma en marzo de 2005 en el Cauca indígena sobre el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas-ALCA, obteniéndose 51.330 votos de los cuales el 98% estaba en contra (El Tiempo, 2005, pág. 1), construyéndose así un mensaje desafiante a las políticas del gobierno Uribe.

Entre otras preocupaciones, los derechos de propiedad intelectual en juego en los TLC fueron materia de discusión, frente a lo cual el Décimo Segundo Congreso del CRIC declaró que los conocimientos, saberes, prácticas y rituales tradicionales de cada pueblo indígena del Cauca no eran bienes y servicios objeto de comercialización alguna. Por tanto, no debían ser patentados por pueblo alguno ni por organizaciones, agencias institucionales u Organizaciones No Gubernamentales (CRIC, 2009).

En relación con los médicos tradicionales, se determinó que debían considerarse como *sujetos fundamentales en los procesos culturales* y por ello su trabajo debía ser reconocido, valorado y fortalecido así:

(...) 1) Vinculándolos a las instancias de toma de decisiones a nivel local, zonal y regional; 2) Apoyando el mejoramiento de sus condiciones de vida; 3) Propiciando el intercambio de saberes entre los médicos y con otros grupos de población y 4) Jugando un papel importante en los espacios educativos que permita la transmisión de la tradición oral, de la cosmovisión y de los conocimientos culturales pertinentes para las nuevas generaciones. (Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, s.f.).

De esta forma, se ratifica y amplía lo planteado en secciones anteriores en el sentido de que el Médico Tradicional no es el equivalente del médico occidental en el mundo no indígena, por cuanto aquí está vinculado al gobierno propio, a la búsqueda del bienestar integral y a la reproducción y difusión de saberes que comprenden elementos más allá de la atención de desequilibrios o enfermedades.

Por otra parte, entre las orientaciones del Congreso, se planteaba que los programas de Educación, Salud y Producción, debían avanzar hacia el desarrollo de Sistemas Propios, como una de las estrategias del desarrollo de la autonomía y el mejoramiento de sus

respectivas funciones en el marco del Plan de Vida. También que los equipos de Salud y Educación debían elaborar un plan de acción local, zonal y regional a corto, mediano y largo plazo, que hiciera posible y evaluable la implementación de las políticas del movimiento indígena. Igualmente, la evaluación de los procesos educativos y de salud, incluyendo la evaluación del personal en todos sus niveles, debería ser un proceso permanente y claramente definido en cada uno de los programas (CRIC, 2009).

En este Congreso, y pese a los desarrollos dentro del SGSSS, el CRIC orienta que debe ocuparse de la reforma general del Sistema de Salud en Colombia, al tiempo que se prioriza exigir la reglamentación de la Ley 691 de 2001, y que al interior debe continuarse con "...la construcción y puesta en marcha del Régimen Especial Indígena en Salud, fundamentado en la cosmovisión de los Pueblos Indígenas, cuyo perfil se presentará en 6 meses" (Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, s.f., pág. 2). Todo esto en cabeza del Programa de Salud, que además debe velar porque: "Los modelos de salud que se implementen en los territorios indígenas deben ser construidos por las mismas comunidades y sus organizaciones representativas, retomando una visión integral e intercultural" (Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, s.f., pág. 3).

En un claro desafío al SGSSS el Congreso establece entre sus mandatos que se seguirá reivindicando la vigencia del Decreto 1811 de 1990, más allá del sistema actual de subsidios para garantizar la gratuidad, la medicina tradicional y la formación de personal propio; y que si bien las EPSI y las IPSI ya están creadas, éstas deben estar al servicios de desarrollo de modelos de salud propios y convertirse en entidades transitorias mientras se cuenta con el reconocimiento de un sistema de salud autónomo del CRIC (Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, s.f.).

Y de nuevo al Programa de Salud, como parte de la estructura propia de gobierno, se le ordena: "Replantear las metodologías y estrategias para el desarrollo de los lineamientos de políticas de salud (político organizativo, relaciones con el Estado, capacitación y fortalecimiento cultural y territorio), incorporando la investigación como un componente indispensable". (Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, s.f., pág. 7). Esto busca producir un nuevo equilibrio de poderes frente a las EPSI que, como se ha dicho, venían

tomando un protagonismo mayor, ligado al manejo de recursos económicos y a las exigencias del SGSSS.

Como puede observarse, se está ante una disputa multidimensional en los niveles político, jurídico, técnico, metodológico y sociocultural. En primer lugar, la dimensión interna y alternativa de construcción de modelos propios, gobierno y autonomía en salud; luego está la dimensión en tensión permanente por dentro del SGSSS al presionar la reglamentación de la Ley 691, que es un instrumento de adecuación de la salud de los pueblos indígena a la Ley 100 y de apertura de espacios dentro del mismo SGSSS. Y se mantiene la insistencia en contar con el Régimen Especial Indígena en Salud-REIS, frente a lo cual el CRIC, como parte del sujeto político indígena nacional, se proyecta en la perspectiva de lograr alianza con otros sectores sociales para reformar integralmente el SGSSS (Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, s.f., pág. 7).

De manera consistente, el CRIC da seguimiento y especifica el desarrollo del Mandato surgido de la Minga en 2004, y se instala en el centro de la discusión política nacional en temas como el Tratado de Libre Comercio-TLC con los Estados Unidos, que definitivamente afecta estructuralmente cualquier decisión de política pública en materia económica y social. De alguna forma, este sujeto político asume, desde una perspectiva de profunda riqueza cultural, una discusión general del país, tomando un nuevo liderazgo político más allá de lo indígena. De hecho, en salud el Décimo Segundo Congreso define que “Se impulsará desde el programa de salud un Encuentro Internacional con organizaciones que promueven la resistencia al TLC desde la medicina propia, para discutir el problema de las patentes sobre los conocimientos tradicionales.” (Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, s.f., pág. 4).

Después del Congreso se multiplican los procesos de *Liberación de la Madre Tierra*, sobre todo en las zonas planas del norte del Cauca donde ya era devastadora la presión depredadora de grandes monocultivos de caña, ganadería extensiva, minería y grandes parques industriales creados al amparo de la Ley Páez¹³⁶, que impactaban sobre la

¹³⁶ En 1995 el Congreso aprobó la Ley Páez, cuya justificación fue la tragedia de Tierradentro en 1994, y su objeto era la creación de incentivos para la instalación de empresas en municipios del Cauca y el Huila, con el fin de contribuir a la recuperación económica de la región. No se instaló una sola empresa en Tierradentro, epicentro del desastre; en cambio se implantó un modelo de

sostenibilidad de los suelos, bosques, fuentes de agua, producción agropecuaria y calidad de vida de campesinos, indígenas y afros.

En octubre de 2005, en el marco de decenas de procesos de liberación de la madre tierra, el gobierno de Uribe a través de su ministro de agricultura, Andrés Felipe Arias, endurece la posición de criminalización de estos hechos bajo el entendido de que se trata de invasiones de propiedad privada (El País , 2005). En este contexto discursivo se reactivan conflictos no resueltos por parte del Estado entre campesinos e indígenas, y 17 alcaldes de la región condenan con el mismo argumento las acciones de los Pueblos Indígenas. En un comunicado, el CRIC afirma que:

(...) los Pueblos Indígenas Nasa, Guambiano, Coconuco y Totoró han iniciado acciones pacíficas de liberación de la madre tierra en las fincas Ambaló y Los Remedios, en el municipio de Silvia, finca Fátima, Santa Teresa, San Ignacio y La Selva, en Popayán; predios PISOCHAGO, ACHAQUÍO, EL ACUARIO y los Rincones, en Puracé, así como la finca Japio, en Caloto. (El País, 2005, pág. A10)

No obstante, la fuerza de las movilizaciones conduce a la instalación de una mesa con el gobierno en cabeza del ministro de defensa y la Defensoría del Pueblo (El Colombiano, 2005), que nuevamente en el expediente histórico de los incumplimientos terminaría proponiendo un cronograma para analizar la problemática y en definitiva volver a incumplir, en un clima de profunda estigmatización gubernamental.

En mayo de 2006, lo que venía siendo el Congreso Indígena y Popular acordado en Cali en 2004, se transformó en la Cumbre Itinerante de Organizaciones Sociales “Pedro Mauricio Pascue”¹³⁷, instalada en La María Piendamó, pero nutrida con otras organizaciones y

desarrollo, sobre todo en el norte del Cauca, que benefició a grandes empresas nacionales e internacionales, y que incluso no generó empleo de manera sustancial en los municipios de esta zona del departamento. La Ley Páez, utilizando el nombre del pueblo indígena Nasa, llamado Páez por los españoles, se convirtió en otra fuente de presión socioeconómica y política por la tierra en esta región.

¹³⁷ Las organizaciones participantes fueron: CRIC, Comité de Integración del Macizo Colombiano (CIMA), Coordinador Nacional Agrario, Ruta Pacífica de Mujeres, Movimiento Campesino de Cajibío, Campesinos sin Tierra de Popayán, ANUC Cauca, CRIT, Pueblos Nasa de Putumayo, Proceso de Comunidades Negras, Unión Territorial Interétnica del Naya (UTINAYA), Corporación Para el Desarrollo del Caribe Colombiano (CODESCO), ONGs defensoras de Derechos Humanos, y Usuarios de servicios públicos de Popayán (CRIC , 2006).

procesos de todo el país, por ello su carácter itinerante. La Agenda de la Cumbre giró alrededor del fortalecimiento del proceso; incluyó como un tema central de la agenda nacional el proceso de negociación entre el Gobierno y los paramilitares y la preocupación por la no realización de los derechos a la verdad, justicia y reparación de las víctimas, con un gran impacto para los indígenas y el movimiento popular. De nuevo se plantea la oposición a los TLC y la necesidad de un modelo económico propio, la defensa de la tierra y el territorio, y de manera muy relevante, el incumplimiento de los acuerdos firmados por el Estado Colombiano con las organizaciones sociales, donde las demandas en salud ocupan un lugar importante (CRIC , 2006).

Llama la atención cómo las organizaciones sociales, en medio de tanta violencia, proponen e impulsan siempre mesas de diálogo e interlocución, con lo que ratifican permanentemente su vocación pacífica y ciudadana en la lucha por los cambios y las políticas públicas que favorezcan sus plataformas programáticas. Así, en el seno de la Cumbre presentan propuestas al Gobierno de que se instalen mesas sobre: el TLC para buscar un referendo sobre su suscripción; reforma agraria integral¹³⁸; cumplimiento del Decreto 982 de 1999 expedido tras la movilización de la María Piendamó del mismo año, sobre todo en los temas de Tierras, Territorio y Economía, Derechos Humanos, Educación y Salud.

En el tema de salud, de manera paralela, los Pueblos Indígenas, sobre todo del Cauca, exigieron la expedición de una ley que reglamentara un Régimen Especial Indígena en Salud con total autonomía, enviando un mensaje sobre la inconformidad con el proceso de ajuste y adecuación del SGSSS en línea con esta exigencia. Y como si no estuvieran por dentro de la Ley 100 hasta su estructura más profunda, demandan el no cierre de los hospitales públicos, que siga vigente el Decreto 1811 de 1990, y el trámite de una ley que contemple el desarrollo integral. En una línea pragmática, provisional y parcialmente contradictoria, el CRIC demanda al mismo tiempo aumento en la cobertura del régimen subsidiado al 100% (CRIC , 2006).

¹³⁸ La Cumbre retoma la propuesta de una reforma agraria integral que, entre otras cosas, permita prevenir y tratar adecuadamente los mal llamados conflictos interétnicos por tierra y territorio: "En diferentes medios de comunicación y en los debates que se generaron en torno al tema, se quiso enfrentar a las comunidades campesinas y afrocolombianas con las indígenas. Ahora, con esta propuesta queremos demostrar todo lo contrario y trabajar juntos por un beneficio común", comentó Ríos" (El País, 2006, pág. C9).

Lo que se observa entonces es el conjunto de tensiones hacia adentro de los Pueblos Indígenas, en particular el CRIC, para desarrollar su Política de Salud, apropiar y adaptarse al SGSSS; y hacia afuera, entre demandar un régimen especial y al mismo tiempo exigir adecuaciones a dicho sistema. Esto explica que la construcción de lo propio en salud y la incidencia en la política estatal no es lineal, armónica, ni totalmente coherente por efecto de las dinámicas mismas, que supone para un sujeto político discriminado y excluido transitar entre lo deseable y lo posible, sin abandonar la propia perspectiva.

Por último, la Cumbre rechazó el tratamiento militar a las movilizaciones sociales que se desarrollaban entre el 16 y 17 de mayo de 2006 en la Panamericana, muy cerca de La María, ya que Pedro Pascue, un joven de 25 años fue asesinado con un tiro de arma de fuego y el resto de los integrantes fueron agredidos, hechos que fueron justificados por el gobierno departamental y nacional del supuesto apoyo de las FARC-EP. En la Cumbre se resaltaba que los indígenas estaban en La María por el incumplimiento de los gobiernos nacional y departamental a los compromisos recientemente establecidos para la compra de tierras en el Cauca, y no porque las FARC-EP lo hubieran ordenado (CRIC , 2006).

De esta forma se reconfirma que la dinámica del conflicto y de la respuesta del régimen político a los Pueblos Indígenas ha hecho parte del proceso de configuración de las políticas públicas; con lo que el sujeto político ha incorporado en los fundamentos de sus luchas asumir los costos de la muerte y la violencia, como parte de la vitalidad de sus procesos y la resistencia como la impronta para hacer valer sus derechos y avanzar en la construcción y materialización de su plataforma política.

En el marco de las disposiciones de la Ley 1122 de enero de 2007, se despliega una ola de reestructuración de los servicios de salud departamentales y de reorganización de las Empresas Sociales del Estado-ESE. Los Pueblos Indígenas del Cauca durante el mes de abril se movilizaron contra la propuesta de reestructuración del Departamento del Cauca, que acababa el servicio seccional y lo transformaba en la Secretaría de Salud Departamental, y los 42 hospitales quedarían agrupados en 5 ESEs en busca de la “eficiencia” y el equilibrio financiero:

(...) 300 indígenas toman hospital de Silvia, los nativos que llegaron desde los territorios de Guambía y Ambaló advirtieron que no saldrán de allí hasta que el gobernador Juan José Chux Mosquera desista de dicha reforma. De otra parte, unos 1.000 indígenas que estuvieron en el Parque Caldas de Popayán salieron anoche en buses escaleras hacia Silvia y Piendamó con el propósito de sumarse al movimiento. La nueva junta de consejeros del Cric le dio pleno respaldo a las acciones que se tomen (...). A esta protesta se sumaron las tomas de 2000 indígenas en Totoró, Inzá, Belalcázar y Caldono en rechazo a la reestructuración del Servicio de Salud del Cauca que transforma dichos centros en Empresas Sociales del Estado, Eses. (El País, 2007, pág. A10)

Las comunidades no compartían esta propuesta porque era el camino a la desaparición de los hospitales públicos del departamento, con las consiguientes consecuencias para la atención de los comuneros en todos los territorios. No obstante, este debilitamiento de la red pública se convirtió en una justificación más para fortalecer las IPSI que ya venían funcionando en buena parte de los territorios indígenas. Al final, el proceso de reestructuración tuvo lugar como lo planteó la gobernación, apoyado por el Ministerio de la Protección Social, en medio de una fuerte resistencia, fundamentalmente indígena, y con el tiempo se verificó que efectivamente poco a poco se cerraron muchos servicios, se recortó personal y se habilitaron múltiples mecanismos de privatización de los servicios que subsistieron.

Nótese cómo, en la dinámica compleja de la disputa por el derecho a la salud, los Pueblos Indígenas, en particular el CRIC y los cabildos, a pesar de estar dentro del SGSSS, tener EPSI e IPSI para contratar servicios, no pierden la perspectiva de lo público en salud para sus comunidades, pero también para las poblaciones campesinas que habitan en los municipios donde se ubican sus territorios.

En el nivel nacional, en diciembre de 2007, en el Séptimo Congreso de los Pueblos Indígenas de la ONIC, se determinó evaluar los veinticinco años de vida institucional de la organización, fortalecer y redimensionar el proyecto político del movimiento indígena nacional en la defensa, realización y reconocimiento de los derechos propios, especiales y colectivos de los Pueblos Indígenas del país; así como también consolidar y/o renovar las asociaciones y organizaciones, las estructuras organizativas y administrativas de la ONIC, con el propósito de reafirmarlas o transformarlas, según sus procesos internos, en instancias de gobierno propio de los Pueblos Indígenas (ONIC, 2007). Los Pueblos

Indígenas organizados en la ONIC, a partir de 2007, inician una transición organizativa hacia formas más acordes con la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio:

Artículo 21º. (...) avanzaremos en la consolidación de nuestros gobiernos autonómicos dejando atrás las formas y estructuras organizativas de carácter gremial o sindical que en el pasado y como producto del momento histórico adoptamos para vertebrar nuestras luchas; las cuales hoy reconocemos extrañas y alejadas de nuestras tradiciones, usos y costumbres. La ONIC y las asociaciones y organizaciones regionales que la conforman, se transformarán y/o consolidarán a partir del VII Congreso de los Pueblos Indígenas de la ONIC, en autoridades de gobierno indígena y por lo tanto en autoridades públicas especiales. (ONIC, 2007, pág. 6)

En consecuencia, la nueva estructura de la ONIC quedaría organizada así:

Artículo 25. El Congreso Nacional de Pueblos Indígenas que entra a regir, sustituye al Congreso Indígena Nacional; la Asamblea Nacional de Autoridades Indígenas reemplaza a la Junta Directiva y el Consejo Mayor de Gobierno, sucede al anterior Comité Ejecutivo de la ONIC. (ONIC, 2007, pág. 7)

Y de la mano con esta reforma, los Pueblos Indígenas entrarían a tener no solo una especie de estructura ejecutiva en cabeza del Consejo Mayor de Gobierno, sino que se empezaría a proyectar un parlamento indígena y un consejo nacional de justicia indígena. El significado de esta tendencia de transformación estructural es profundo en la medida en que, el horizonte de construcción del sujeto político indígena en Colombia se asume como gobierno con autonomía en un territorio con sus propias leyes, justicia y sistemas de educación y salud entre otros.

En materia de salud, se estableció la necesidad de una política propia de los Pueblos Indígenas. El objetivo de esta consistiría en que: se consolidaran espacios sociales que promovieran y desarrollaran la práctica de las medicinas ancestrales indígenas tanto en los territorios indígenas como fuera de ellos; se proveyera a las autoridades y organizaciones indígenas de los instrumentos y metodologías para monitorear, evaluar y controlar a las EPS-I e IPS-I; se establecieran mecanismos para determinar y ponderar sus acciones frente al movimiento indígena a nivel local, regional y nacional. Todo esto para incidir en la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población indígena.

Esta política debía ser un instrumento de gobierno indígena para exigir al Gobierno Nacional y gestionar ante el Ministerio de la Protección Social una política pública del Estado colombiano en materia de salud para Pueblos Indígenas; además propiciaría que la Autoridad Nacional de Gobierno Indígena de la ONIC consolidara su acción dentro de la red de controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y al interior de la Mesa Permanente de Concertación (MPC) nacional, entre el Ministerio de la Seguridad Social y los Pueblos Indígenas. En palabras de la ONIC:

La política pública en salud debe ser el producto de un amplio proceso de concertación con y entre los pueblos, comunidades, autoridades y organizaciones indígenas, y debe establecer los lineamientos generales para adelantar procesos de concertación y toma de decisión en relación con su formulación e implementación. (ONIC, 2007, pág. 15)

Para avanzar en la construcción de dicha política, el congreso define crear un comité con varias funciones que se presentan a continuación (ONIC, 2007).

Conformación de un equipo: establecer, desarrollar y reglamentar, en el área de trabajo de Medicina Tradicional y Salud Occidental del Consejo Mayor de Gobierno un equipo técnico de salud que tendría la responsabilidad de dinamizar, coordinar y realizar gestiones al interior de las comunidades y Pueblos Indígenas; así como ante las entidades gubernamentales y no gubernamentales; con lo que la ONIC, estaría fortaleciendo su programa de salud como institución propia a cargo de direccionar la política propia de salud, a través de las siguientes funciones:

Salud y Planes de Vida: cómo pensarse desde fuera y en articulación con el SGSSS actual. Este equipo apoyaría la construcción de elementos metodológicos para la consolidación del componente salud en los planes de vida de los Pueblos Indígenas. Implementaría el componente de salud de los Planes de Vida -entendidos como Planes de Salud Propios- a través de procesos de planeación participativa comunitaria. En este punto, queda claro que la ONIC intenta articular la política de salud con los Planes de Vida de los Pueblos Indígenas, de tal forma que pueda recobrar su integralidad y proyección de cara a las negociaciones e interlocución con el Estado.

Fortalecimiento de la medicina tradicional como derecho a la salud: trabajaría activamente en la defensa, fortalecimiento y reconocimiento de la medicina tradicional de los Pueblos Indígenas de Colombia; así como también, en la valoración y promoción del trabajo desempeñado por los médicos tradicionales en las comunidades indígenas como autoridades espirituales, apoyando su permanencia en los territorios indígenas y facilitando sus procesos de educación, intercambio de conocimientos, experiencias y prácticas de las medicinas ancestrales. Finalmente, impulsaría que los Pueblos Indígenas defiendan, recuperen y exijan la práctica de la medicina tradicional como componente del derecho a la salud.

Este aspecto revela de nuevo la insatisfacción con lo que venía sucediendo al interior del SGSSS y los procesos de adecuación sociocultural, reclamando así un lugar más autónomo y propio de la medicina tradicional en la organización y el movimiento indígena, incluido reclamarla como parte del derecho a la salud.

Hacia la autonomía y la pluralidad de sistemas propios: el equipo nacional trabajaría en la sistematización y consolidación del pensamiento propio en salud de los Pueblos Indígenas de Colombia, y avanzaría en la caracterización de los sistemas de medicina tradicional. En el proceso de configuración de la política indígena de salud, se requiere hacia adentro, de un proceso de reflexión y sistematización de su propio “pensamiento en salud”, así como de la multiplicidad de medicinas tradicionales que hay en el país, que le permita afrontar con mayor consistencia la interlocución con el Estado.

Evaluar el impacto del SGSSS: la ONIC define que el equipo adelante un balance del impacto del sistema de seguridad social en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población indígena, en particular, debería establecerse cuál ha sido el papel de las EPSI en el fortalecimiento de las autoridades indígenas, sus gobiernos y asociaciones y en la adecuación sociocultural de sus programas.

Queda clara percepción sobre una especie de paralelismo entre, por una parte, las instituciones del SGSSS, las EPS-I, las IPS-I, el POS-I y la UPC-I incluida su adecuación sociocultural, jurídica, política, técnica y financiera, en medio de procesos de lucha y negociación; y por la otra, las instituciones propias como el cabildo, los Programas de Salud

de las organizaciones, la medicina tradicional, el personal de salud propia y la lectura sobre la situación de salud, en un llamado a fortalecer la autonomía en un escenario de inconformidad con lo avanzado.

Conocer y analizar la situación de salud: el equipo debería trabajar con los Pueblos Indígenas para establecer los perfiles de enfermedad y muerte en cada territorio, tanto desde el punto de vista de la medicina tradicional como de la medicina occidental y definir así planes diferenciales por cada pueblo. Este punto, además de corresponder a una definición lógica y formal, muestra la preocupación por la eficacia del sistema actual y la necesidad desde lo propio de replantearlo, teniendo en cuenta estos diagnósticos.

Este congreso va abriendo una línea divisoria entre la dinámica de las EPS-I y las IPS-I y las organizaciones y las instituciones propias; no como una confrontación, sino de campos de desarrollo distintos en los que los perfiles, demandas y objetivos de las estructuras y personal de las primeras, entran en un escenario de alta exigencia de cumplimiento con la normatividad del SGSSS, mientras que las instituciones propias van llevando el ritmo de las organizaciones y de los conflictos propios de la cotidianidad y la lucha de los Pueblos Indígenas. A partir de este Congreso, el Programa de Salud de la ONIC se convierte en la *Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental* con lo que queda claramente establecida la línea divisoria y al mismo tiempo la relación intercultural de saberes epistemológicamente distintos y de poderes políticamente en disputa.

5.2.6 Las políticas internacionales de medicina tradicional y la Declaración Universal de los derechos de los Pueblos Indígenas: Nuevos elementos escenarios para las luchas indígenas

En esta sección se analizan las resoluciones sobre salud indígena de la Organización Panamericana de la Salud-OPS de 2006 y de la Organización Mundial de la Salud-OMS sobre Medicina Tradicional de 2008, así como la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007. Estos elementos permiten analizar cómo, fruto de las dinámicas internacionales en las que estuvieron incidiendo fuertemente las organizaciones

indígenas a nivel regional y global, se marcan nuevos límites a la arena política en la que se desenvuelven las luchas indígenas en Colombia, en particular aquellas que debieron librarse para que dicha Declaración fuera ratificada por el Gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Este marco sirve para explicar el tipo de disputa entre régimen político y Pueblos Indígenas en el país, con sus respectivas implicaciones para la construcción de las políticas estatales e indígenas en salud.

La OPS y la OMS: Visibilidad y reconocimiento de la salud indígena y la medicina tradicional hacia nuevas formas de integracionismo: la resolución sobre la salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (CD47.R18) de septiembre de 2006, es el siguiente hito de política en las Américas por parte de la Organización Panamericana de la Salud-OPS desde 1993, y en esta ocasión se inscribe en el marco del pobre balance del decenio de los Pueblos Indígenas, la evidencia del poco avance en la materialización de los objetivos de desarrollo del milenio-ODM por parte de las Naciones Unidas. La OPS actualiza parcialmente la estrategia definida en 1993 a través de mecanismos como instar a los Estados para que "(...) incorporen la perspectiva de los Pueblos Indígenas en el logro de los ODM y en las políticas sanitarias nacionales" (Organización Panamericana de la Salud, 2006, págs. 1-2). Lo que refleja de alguna manera la aceptación sobre la imposibilidad de avanzar por parte del Estado en políticas públicas que no consideren las formas de entender y de hacer derivadas de los mismos Pueblos Indígenas, para lo cual incluso, se orienta el desarrollo de alianzas tripartitas entre la OPS, las comunidades y los gobiernos y la:

(...) adopción del enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de la región como parte de la estrategia de atención primaria de salud... en los planes de estudios de todos los programas de capacitación y carreras en el campo de la salud y esferas afines, así como su ejecución en todas las instituciones sanitarias. (Organización Panamericana de la Salud, 2006, págs. 1-2)

En términos de la medicina tradicional, esta resolución se mantiene en el enfoque de *mejorar* las capacidades de lo que denominan *terapeutas tradicionales* e invita a vincularlos, cuando aplique, a los sistemas de salud formales en los países, con lo que reedita las versiones del integracionismo en salud que hace abstracción de las asimetrías de saberes y poderes que implica la diversidad social, cultural y política, en este caso en relación con las comunidades indígenas. En el mismo sentido, se extrae del sujeto político colectivo y

de su estructura, a los sabedores ancestrales que actúan bajo cosmovisiones distintas y se asimilan en una especie de colegaje espurio con quienes en el modelo biomédico actúan como terapeutas para integrarlos de manera complementaria en las estructuras de los sistemas de salud, con lo que en muchos casos se descontextualizan y subestiman sus saberes y poderes, se limita su eficacia material y simbólica y se insertan en lógicas diferenciadas de interacción con el mercado.

Estos lineamientos adoptan el enfoque presente en la primera estrategia global sobre medicina tradicional de la Organización Mundial 2002-2005¹³⁹, en la cual se le considera como medicina complementaria, alternativa o no convencional-MTCA, y en todo caso, se asimila a conjuntos de terapias que pueden incluir o no medicamentos. Bajo esta concepción los esfuerzos deben encaminarse a integrar las medicina tradicionales en los sistemas de salud nacionales; mediante políticas y programas, asegurando eficacia y calidad, acceso sobre todo a poblaciones pobres y fomento de un uso terapéutico sólido. En relación con los conocimientos indígenas, se promueve su protección con la condición de ser validados desde la perspectiva occidental si se quieren incluir en los sistemas nacionales de salud, con lo que el criterio de verdad queda subordinado a la lógica científica hegemónica, basada en evidencia, reforzándose la matriz colonial que considera que hay que investigar al otro y no de construir conocimiento en la tensión de la alteridad (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En esta línea, la declaración de Beijing de 2008, adoptada en 2009 como la Resolución sobre Medicina Tradicional (WHA62.13) de la OMS¹⁴⁰, más orientada, por supuesto, a resolver las demandas de la medicina tradicional china, en todo caso ratifica en general la estrategia global de la OMS (2002), sin embargo hace mayor énfasis en los aspectos relacionados con el campo contencioso de la validación científica hegemónica, los derechos

¹³⁹ Ésta fue la primera estrategia global sobre medicina tradicional de la OMS, la cual fue desarrollada por la Sede Central de la OMS, y por el personal de las oficinas regionales de la OMS que trabajan en el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica, en colaboración con el personal de otros programas de la OMS, además de asociados clave de desarrollo. Posteriormente, se concretó con representantes de los Estados Miembro, la gran familia de la ONU, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones internacionales, centros colaboradores con la OMS sobre medicina tradicional y comités expertos de la OMS. Sin embargo, dada la diversidad regional en el uso y función de la medicina tradicional, incluyendo la medicina complementaria y alternativa, fue necesario posteriormente hacer algunas modificaciones a fin de tener en cuenta las variaciones regionales, por esta razón se desarrolló la Estrategia de la OMS 2014-2023 (Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC, 2002).

¹⁴⁰ Resolución sobre Medicina tradicional (WHA62.13) de la 62ª Asamblea Mundial de Salud. 22 de mayo de 2009.

de propiedad intelectual y la acreditación de personal autorizado para ejercer la Medicina Tradicional, de tal forma que insta a:

(...) seguir desarrollando [la MT] sobre la base de la investigación y la innovación y conforme a la «Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual»
(...) Los gobiernos deben establecer sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional. Los practicantes de la medicina tradicional deben mejorar sus conocimientos y aptitudes en función de los requisitos nacionales. (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 2)

No obstante, resulta relevante que la Resolución de la OMS, anime a los Estados a:

(...) integrar la medicina tradicional en los sistemas de salud, en especial para promover, según convenga, el uso de la medicina tradicional/autóctona en la atención primaria de salud, incluida la prevención de la morbilidad y la promoción de la salud, sobre la base de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad, y teniendo en cuenta las tradiciones y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas (...). (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 41).

Lo que revela la persistente presión de los movimientos indígenas a nivel global por el reconocimiento de la vigencia de la Medicina Tradicional en las comunidades rurales y grupos étnicos, y sobre su importancia para los sistemas de salud, así sea bajo la lógica subordinante de validación científica, que en todo caso estará constantemente desafiada en la cotidianidad de las comunidades.

La ratificación de Colombia de la declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas - violencia política racializada y resistencia indígena: en el marco del segundo decenio de los Pueblos Indígenas (2005-2015), tras más de dos décadas de trabajo dentro del Sistema de Naciones Unidas¹⁴¹, de exigibilidad e incidencia de

¹⁴¹ En 1982, el Consejo Económico y Social, creó el Grupo de Trabajo de Pueblos Indígenas (WGIP- siglas en inglés) con el mandato de elaborar estándares mínimos para la protección de los Pueblos Indígenas. Se presentó un primer proyecto de declaración a la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías, y fue aprobado 12 años después y se presentó entonces a la entonces Comisión de Derechos Humanos para su aprobación y consecuente presentación ante el ECOSOC y la Asamblea General. La discusión fue muy compleja sobre todo en lo relacionado con "(...) provisiones del proyecto de Declaración sobre el derecho a la libre determinación y el control de recursos naturales en las tierras ancestrales de los Pueblos Indígenas", por lo que el mandato del WGIP fue extendido casi en paralelo con la segunda década de los Pueblos Indígenas 2005-20195 y luego de intensas negociaciones, el Grupo de Trabajo presentó el proyecto en junio al Consejo de Derechos Humanos, donde fue finalmente aprobado y finalmente se presentó a la Asamblea de las Naciones Unidas para su aprobación en Septiembre de 2007 (Naciones Unidas- Pueblos Indígenas; Departamento de asuntos económicos y sociales).

organizaciones de los Pueblos Indígenas, del análisis de la academia y sus desafíos a los Estados autoritarios y la colonialidad, y de la resistencia de algunos gobiernos que veían amenazada la unidad política y territorial, no obstante, al no ser un instrumento vinculante; la Asamblea de las Naciones Unidas en septiembre de 2007¹⁴² aprobó la declaración de los derechos de los Pueblos Indígenas con 144 votos a favor, cuatro negativos (Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda y Australia) y 11 abstenciones, incluida la de Colombia.

En general esta declaración retoma y reafirma¹⁴³ la línea conceptual del convenio 169 de la OIT en el sentido de tomar distancia del integracionismo, la discriminación y el racismo, pues afirma “(...) el derecho de los Pueblos Indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan” (Convenio 169 de la OIT, 2014, pág. 8). Lo cual ocurre en medio de un mundo globalizado, de economía de mercado y modelos de desarrollo depredadores y extractivistas, que han fundamentado las nuevas formas de exclusión y que han reducido las políticas para Pueblos Indígenas, en muchos casos, a mecanismos de integración de mercado.

En línea con este análisis, se puede comprender la postura de abstención del gobierno de Colombia del presidente Uribe Vélez en las Naciones Unidas, el cual planteó que contaba con una de las legislaciones más avanzadas en materia de protección de los derechos de los Pueblos Indígenas, pero que no eran aceptables las disposiciones 19, 30 y 32 por estar en contra de la normatividad interna (Barrios Giraldo & Zapata Cardona, 2009). El Artículo 19 se refería a la consulta previa con las organizaciones representativas de los Pueblos Indígenas, “antes de adoptar y aplicar medidas legislativas y administrativas que los afecte, para obtener su consentimiento libre e informado”, lo cual en el Artículo 30 se especifica para lo referido a las acciones militares en los territorios indígenas, y el 32 para poder implementar iniciativas de desarrollo que en particular comprometan los recursos mineros e hídricos (Convenio 169 de la OIT, 2014, págs. 106-119). Al respecto, una de las improntas

¹⁴² El 13 de setiembre de 2007 el Convenio numeral 169 resultó reforzado mediante la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada con una amplísima mayoría, por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Con esta adopción, culminó un proceso de más de dos décadas encabezado y promovido por las organizaciones representativas de los pueblos indígenas (Organización Internacional del Trabajo OIT, 2014, pág. 8).

¹⁴³ La Declaración es un referente básico que se puede invocar para proteger a los pueblos indígenas contra la discriminación y marginación a la que están aún expuestos y se refuerzan mutuamente con el Convenio núm.169 al compartir principios y objetivos (Organización Internacional del Trabajo OIT, 2014, pág. 11).

del gobierno de la Seguridad Democrática fue siempre pasar por encima y buscar la modificación de ese principio constitucional por representar según su líder principal, Uribe Vélez, un obstáculo para el desarrollo y la confianza inversionista.

La disputa política en este punto fue muy intensa, si se considera que, por ejemplo, tres políticas estratégicas del gobierno Uribe fueron declaradas inconstitucionales por no consultar a los Pueblos Indígenas, en el contexto de una fuerte movilización social de las organizaciones indígenas y rurales, como se verá más adelante, fundamentalmente en el Cauca:

La Corte Constitucional colombiana declaró inconstitucionales; la Ley Forestal mediante la sentencia C-030, la Ley de Desarrollo Rural mediante la sentencia C-175 y el Plan de Desarrollo mediante sentencia C-461 todas en el año 2008, por no consultar con los Pueblos Indígenas y afrodescendientes de acuerdo con la legislación nacional e internacional. (Barrios Giraldo & Zapata Cardona, 2009, pág. 29)

Con lo que era evidente que la argumentación sostenida por el gobierno de Colombia en las Naciones Unidas era la que estaba contrapuesta en el plano jurídico con la legislación y jurisprudencia colombiana, y a la postre, junto con el impacto de la confrontación directa entre Pueblos Indígenas y Gobierno Uribe, que se detalla más abajo. Finalmente, el 30 de abril de 2009 Colombia se adheriría a este instrumento universal de política para la protección de los derechos de los Pueblos Indígenas.

En materia de salud, la Declaración desarrolla y fortalece lo previsto por el Convenio 169 y armoniza la jurisprudencia internacional de Pueblos Indígenas con la de salud, particularmente la prevista en la observación 14 del año 2000 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas¹⁴⁴. A lo largo de varios artículos, se plantea que los Pueblos Indígenas tienen derecho sin discriminación al mejoramiento de las condiciones económicas y sociales (Artículo 21), incluida la salud física y mental en su nivel más alto (Artículo 24)¹⁴⁵; y que es con su participación que se deben definir sus prioridades y

¹⁴⁴ Acerca del derecho a la salud prevista en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976.

estrategias para alcanzar su derecho al desarrollo, en lo posible a través de sus propias instituciones (Artículo 23). Lo que implica el derecho a las medicinas tradicionales y prácticas propias en salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico entre otros (Artículo 24); como parte de su patrimonio cultural, de sus conocimientos tradicionales, de sus ciencias, tecnologías y culturas, y en el marco de su derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual (Artículo 31) (Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, 2007).

Se genera una combinación entre: Pueblos Indígenas como sujetos colectivos; el derecho a la consulta previa e informada sobre todo lo que les afecte en su vida y sus territorios; el reconocimiento de unas formas de organización, autoridad y gobierno propios; así como de estructuras de saberes y recursos como la medicina tradicional, también propia; y finalmente la autodeterminación, control territorial y el respeto a sus instituciones propias y los derechos de propiedad intelectual para llevar a cabo sus decisiones. Esta combinación genera, en el plano internacional y en el nacional, un marco tanto jurídico como de política que ha cristalizado contiendas en diferentes dimensiones a nivel global y que permiten comprender el escenario contencioso alrededor del SGSSS colombiano, y sus adecuaciones expresadas en una *política de salud indígena* no consultada en sus fundamentos y estructuras institucionales, y tan solo adaptada parcialmente a fuerza de movilización, resistencia y negociación.

Al amparo de dicha arena jurídica y política, los Pueblos Indígenas al mismo tiempo a través de sus autoridades, organizaciones, instituciones, planes de vida y modelos de salud propios van configurando una *política indígena de salud*, que incluye la apropiación parcial de instituciones impuestas, con sus paradigmas subyacentes, como las EPSI y las IPSI, forjando poco a poco una interculturalidad más allá de los reconocimientos formales, en la vía de disputar las relaciones de poderes y saberes en salud.

De esta forma desarrollan el ejercicio de la autoridad y la gobernabilidad de la salud en el territorio sobre los servicios de medicina occidental y su adecuación sociocultural, al tiempo que se fortalecen las instancias, saberes y prácticas de la salud propia. Esto resulta relevante en el caso del CRIC, donde el Programa de Salud retoma su protagonismo en

medio del poder de la AIC y las IPSI, y a partir de las críticas de las comunidades al modelo de mercado de la Ley 100; y del respaldo que da la movilización y la legislación internacionales, que equilibran la correlación de fuerzas al interior de la organización para mantener al orden de la plataforma política un régimen especial indígena, con un modelo propio.

5.3 2008-2010: Hacia la emergencia de un Sistema de Salud Propio e Intercultural en medio de la crisis del SGSSS

A pesar de las sucesivas reformas, el SGSSS enfrenta una crisis financiera, de resultados y de legitimidad, que ocasionará el activismo judicial de la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008, que inicia la definición del derecho a la salud como fundamental y expide una serie de órdenes regulatorias de obligatorio cumplimiento para el gobierno y los actores del SGSSS, que permitan garantizar dicho derecho. No obstante, la gravedad y el tipo de lectura de esta Sentencia que hace el Gobierno de Álvaro Uribe, lo lleva a decretar una emergencia social en 2009; rechazada por la movilización social en salud -que fue la más fuerte en la historia de Colombia desde el paro médico nacional de 1977-, por involucrar medidas que solo favorecían los intereses del sector privado en el SGSSS y no la garantía del derecho a la salud.

Entre tanto, los Pueblos Indígenas libran, con el protagonismo del CRIC, una tenaz resistencia y movilización social contra la violencia política, el incumplimiento de todos los acuerdos pactados en los últimos años y por la ratificación de la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas por parte del Gobierno. En este contexto, el CRIC y el movimiento indígena en general que ha transitado durante más de una década en medio de luchas y negociaciones por el ajuste y la adecuación sociocultural, técnica y financiera del SGSSS, irrumpe creativamente, primero en el Cauca, estableciendo los lineamientos para un Sistema Indígena de Salud en el Décimo Tercer Congreso del CRIC. Y luego el conjunto del movimiento indígena nacional retoma esta y otras experiencias del Pueblo Arhuaco de la Sierra y Embera de Caldas, para definir la construcción de un Sistema Indígena de salud Propio e Intercultural-SISPI. De esta forma, terminada la década existe

claramente un SGSSS con adaptaciones parciales frente a lo indígena y una definición autónoma de avanzar con políticas emergidas de los mismos Pueblos Indígenas en el sentido de retomar sus acumulados socioculturales, políticos y técnicos para configurar un Sistema Propio.

En esta sección, en su orden, se analizará la Sentencia T-760, las dinámicas de resistencia y movilización de los Pueblos Indígenas, las definiciones del sistema indígena de salud del CRIC en el Décimo Tercer Congreso, la emergencia social en salud del Gobierno y la Asamblea Nacional de Salud de Villeta del movimiento Indígena. Se terminará con un balance del periodo, que sintetiza los acumulados y desafíos en materia de políticas de salud indígena del Estado y las políticas indígenas de salud construidas por las organizaciones.

5.3.1 La Sentencia T-760 de 2008, crisis del SGSSS, homogenización e invisibilidad de los Pueblos Indígenas

En 2008 la Corte Constitucional genera un hito en la historia del sistema de salud colombiano, desde la promulgación de la Ley 100. Efectivamente después de 15 años de un activismo judicial muy intenso, la Corte se pronunció con base en el análisis de 22 tutelas seleccionadas mediante la Sentencia T-760 de Julio de 2008, en la que declara la salud como derecho fundamental autónomo. La T-760 promulga 22 órdenes que buscaban, de manera estratégica y sistemática, contribuir a regular el funcionamiento del sistema para resolver problemas acumulados de desigualdad, cobertura, sostenibilidad financiera, vigilancia, eficiencia, calidad y participación que se venían afrontando a partir de tutelas¹⁴⁶ individuales. Esto frente a la realidad de la población en el marco del SGSSS, pues tan solo entre 1999 y 2008 las tutelas individuales en salud llegaron a 670.611¹⁴⁷, de las cuales más del 60% correspondían a demandas de servicios, tecnologías y medicamentos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y de población afiliada al régimen contributivo (Parra Vera & Eli Yamin, 2013).

¹⁴⁶ La Tutela es un mecanismo ciudadano de rango constitucional que permite la garantía de derechos fundamentales de manera expedita.

¹⁴⁷ Adicionalmente, a 2011 la Corte Constitucional ya había revisado más de mil casos relacionados con salud.

La Sentencia precisa que los mecanismos contemplados para resolver la creciente vulneración del derecho a la salud se enmarcan en lo previsto en la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley 100¹⁴⁸ y todas las normas que la desarrollan en particular la Ley 1122; por lo que no llega a cuestionar estructuralmente el SGSSS y se sitúa en el ámbito del ajuste. Con lo cual reafirma, en lo esencial, que el derecho en todo caso está limitado por la capacidad de pago y por la sostenibilidad financiera del sistema:

(...) los desarrollos de la Corte se inscriben en la lógica de la Ley 100 para la garantía del derecho a la salud y tal opción no es conveniente para este propósito, debido a la articulación esencial entre el derecho a la salud y la propiedad de las personas. De esta forma, no se garantiza el derecho de ciudadanía social a la salud, sino un derecho prestacional a los servicios de salud, atado al derecho a la propiedad. (Hernández Alvarez, 2010, pág. 27)

En cualquier caso, los posicionamientos de la Corte Constitucional expresan el tipo y la intensidad de la disputa política entre las ramas del poder público y la sociedad en su conjunto dentro de los límites que señala la Constitución, por lo que la demanda de rediseño o cambio estructural a partir de decisiones judiciales será un asunto que seguirá dependiendo de la correlación de las fuerzas sociales, económicas y políticas y su impacto en el ordenamiento jurídico.

El carácter fundamental del derecho a la salud implica que es tutelable, exigible, de protección prioritaria e inmediata. La Sentencia T-760 recuerda que el derecho a la salud hasta el momento se ha venido asumiendo como fundamental por la vía de la conexidad con el derecho a la vida, la integridad personal y la dignidad humana. Igualmente, la Corte define que el carácter fundamental del derecho a la salud se ha venido estableciendo por la prelación de su garantía en la dimensión prestacional de servicios a la población general y frente a sujetos de especial protección:

(...) la fundamentalidad del derecho a la salud [se materializa] en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de

¹⁴⁸ Las órdenes que se impartirán se enmarcan dentro del sistema concebido por la Constitución y desarrollado por la Ley 100 de 1993 y normas posteriores, puesto que excedería la competencia de la Corte ordenar el diseño de un sistema distinto, puesto que dicha decisión compete al legislador (Corte Constitucional de Colombia, 2008).

constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. (Corte Constitucional de Colombia, 2008)

La Sentencia, igualmente, se refiere al carácter autónomo del derecho fundamental a la salud, en términos de la esencialidad de atender y proteger la dignidad humana que se concreta en que la protección del derecho se circunscribe a lo determinado por la ley, y a su respaldo presupuestal, dejando lo no cubierto allí como situaciones que deben resolverse atendiendo al principio de dignidad humana, de manera individual, el cual siempre deberá ser demostrado (Corte Constitucional de Colombia, 2008)¹⁴⁹. Esto genera tensiones en el marco del SGSSS para la ciudadanía, porque el derecho subjetivo en lo no previsto en los planes obligatorios tendrá que seguir un camino especial que se mueve entre la capacidad de pago, la capacidad financiera del sistema, los intereses y capacidades de los actores del SGSSS, en particular de las EPS y los mecanismos de regulación técnica, financiera y política del Estado; dejando en la incertidumbre permanente una buena parte de los medios para proteger la salud y la dignidad humana.

En el caso de los Pueblos Indígenas la exposición a la vulneración de derechos es prominente si se considera que el Plan Obligatorio de Salud-POS fue definido desde la Ley 100 como régimen subsidiado que no tiene las mismas prestaciones que el POS del régimen contributivo. De otra parte, aunque el POS que se ha denominado indígena a partir de la Ley 691 y el Acuerdo 326 de 2005, contiene espacio para actividades relacionadas con la medicina tradicional y la salud indígena en el marco de la Unidad de capitación diferencial indígena¹⁵⁰ UPCI; todavía no había tenido asignación de recursos específicos, y además es limitado porque debe subordinarse a las formas de organización y reglas de juego para acceder a los recursos y a la prestación de los servicios de salud mediante EPSI e IPS, bajo lógicas de mercado ya planteadas anteriormente. Estas limitaciones resultan

¹⁴⁹ Si bien la Corte deja claro que el derecho fundamental autónomo no se restringe a los planes obligatorios, si marca una diferencia que, aunque cubierta por la jurisprudencia, siempre será motivo de discusiones e incertidumbres: “En tal sentido, el ámbito del derecho fundamental a la salud está delimitado por la dogmática constitucional, que reconoce los contenidos garantizados a las personas en virtud del mismo. El ámbito de protección, por tanto, no está delimitado por el plan obligatorio de salud. Puede existir un servicio de salud no incluido en el plan, que se requiera con necesidad y comprometa en forma grave la vida dignidad de la persona o su integridad personal” (Corte Constitucional de Colombia, 2008).

¹⁵⁰ Ya se mencionó cómo el acuerdo 326 del Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social de 2005, contempla el financiamiento de algunas actividades relacionadas con las propuestas y necesidades indígenas en salud.

por lo menos contrarias al espíritu de la Sentencia T-088 de 2001 de la Corte Constitucional, con la cual se declaró la exequibilidad de la Ley 691 cuando señala que por razones culturales y socioeconómicas exista un régimen especial de seguridad social en salud para las comunidades indígenas.

Lo anterior lleva a que el carácter autónomo reconocido por la Corte Constitucional en la dimensión de lo indígena encuentre limitaciones de financiamiento, por pertenecer al régimen subsidiado y su lógica con la cual se pueden financiar las acciones. En efecto, los recursos económicos concebidos como de asignación individual y subsidio a la demanda hacen que las prestaciones en el mundo de la salud indígena deban ser ejecutadas y reportadas como si fueran un listado de actividades desarticuladas. Todo esto derivado del proceso inconsulto en el marco del cual se formuló la Ley 100, en el cual las comunidades indígenas fueron definidas como pobres sin capacidad de pago desconociendo su carácter de sujeto colectivo; con formaciones socioeconómicas y culturales particulares y sistemas médicos propios por fuera del mercado.

Al referirse al concepto de salud, del cual se predica el derecho, la Sentencia resalta el carácter dinámico, variable y complejo del mismo, destacando la progresividad hacia el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud dentro de un Estado como lo consagra la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales-ESCCR de las Naciones Unidas¹⁵¹; y señala enfáticamente, con implicación sobre los grupos étnicos, que:

No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como

¹⁵¹ El Comité de derechos económicos sociales y culturales ESCCR de las Naciones Unidas en la observación 14 de los comentarios generales al Pacto Interamericano de Derechos Económicos Sociales y Culturales PIDESC define que “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la Ley (1). (Comité de derechos económicos, sociales y culturales ESCCR de las Naciones Unidas, 2000)

ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia". (Corte Constitucional de Colombia, 2008)

Con lo que queda claramente establecido que lo fundamental y lo autónomo del derecho a la salud implica su especificidad según contextos étnicos, culturales, sociales y ambientales. Al referirse la Sentencia a las dimensiones prestacional y programática, se señala la necesidad de que éstas se expresen en políticas públicas que van desarrollando los contenidos del núcleo esencial del derecho, entre los que se destaca la participación social como indispensable para la plena garantía del mismo.

(...) la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente, por lo menos, (1) la existencia de una política pública, (2) orientada a garantizar el goce efectivo del derecho y (3) que contemple mecanismos de participación de los interesados". (Corte Constitucional de Colombia, 2008)

Estos elementos¹⁵² entrañan, en el caso de los Pueblos Indígenas, una participación particular ligada a la consulta previa. La cual, no obstante estar consagrada en la Constitución y en el bloque de constitucionalidad, fue completamente desconocida en la formulación de la Ley 100. Y toda la participación posterior ha estado encuadrada dentro de los límites de la misma, lo cual virtualmente explica el carácter y la extensión de la disputa permanente entre Pueblos Indígenas y Estado.

En ese sentido, la Sentencia tiene limitaciones, porque al priorizar la protección de la dimensión prestacional de servicios para la enfermedad, no especifica las implicaciones para los Pueblos Indígenas, a pesar de que la mayoría de ellos están dentro del SGSSS con perspectivas propias y con profundas tensiones dentro de la regulación de la Ley 100, como se ha sostenido a lo largo de este trabajo. Es decir, la participación como derecho fundamental para garantizar un derecho como la salud, aún en la dimensión prestacional, no queda todavía fuertemente establecida con la Sentencia; además porque cualquier disputa deberá hacerse sobre la matriz de la Ley 100, que fue excluyente.

¹⁵² Estos elementos, fijados por la jurisprudencia en la sentencia T-595 de 2002, han sido reiterados en varias ocasiones por la Corte Constitucional, entre ellas, en las sentencias T-792 de 2005 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-133 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) y T-884 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto).

En relación con las 22 órdenes promulgadas por la Corte, hay una invisibilidad de las comunidades indígenas y resulta evidente que la situación de salud de tales comunidades no resulta relevante ni diferenciada, con lo que se asumiría que corrigiéndose el SGSSS se estaría satisfaciendo las demandas postergadas de los Pueblos Indígenas. En efecto, salvo 9 alusiones en todo el texto y citas de la Sentencia referidas a recordar la exención de pagos complementarios, el derecho a la libre escogencia de la EPS que asiste a las comunidades indígenas y la necesidad de accesibilidad geográfica, no hay ninguna consideración particular que dé continuidad a la jurisprudencia frente a estas comunidades.

Llama la atención que la Sentencia T-760 al referirse a la libertad de escogencia de la Empresa Promotora de Salud-EPS (antes ARS) cita un fallo anterior (Sentencia 376 de 2003), en el cual a propósito de amparar dicha potestad a una comunidad indígena en Nariño, invoca el Convenio 169 de la OIT e interpreta que ésta es “trasunto de su autonomía y tiene por finalidad conservar su integridad y unidad sociocultural” (Corte Constitucional de Colombia, 2008). De esta forma se verifica que la Corte Constitucional no cuestiona de fondo la estructura del SGSSS ni tampoco la limitación fáctica a la autonomía de los Pueblos Indígenas, que queda reducida a elegir o conformar empresas de salud y no a definir el sistema de salud que le resulta pertinente y adecuado a su identidad.

Este tipo de demandas y de fallos revela que hay una arena de disputa por dentro del SGSSS, inconsulto en su origen, estructura y enfoque, en el cual las comunidades buscan alcanzar, dentro de los límites establecidos, el mayor beneficio posible sin renunciar a la construcción de políticas propias de salud. Con lo que se confirma la necesidad de estudiar la política pública en términos de proceso contendiente permanente y sus expresiones normativas, institucionales y programáticas como fruto de disputas más amplias en el ámbito del régimen político en cada momento histórico.

5.3.2 La disputa política entre gobierno nacional y CRIC y los sucesivos ajustes del SGSSS

El año 2008 es especialmente contencioso por el tipo de lecturas sobre el movimiento indígena caucano y por la intensidad de la violencia política y la movilización indígena. Los procesos de liberación de la madre tierra no se han detenido y el Gobierno no solo no

avanza en el cumplimiento de los acuerdos pactados en años anteriores por considerarlos irresponsables e inviables, sino que dirige su estrategia a deslegitimar las luchas indígenas incluidas las liberaciones de la madre tierra, caracterizándolas como promovidas por el terrorismo:

(...) [Arias] dijo que detrás de todo 'ese espectro de horror' protagonizado por estos [indígenas del Cauca], se esconde 'la sombra siniestra de los terroristas que se aprovechan de las situaciones para cometer actos de verdadera barbarie en contra de ellos mismos y de las autoridades que tienen toda la responsabilidad de hacer respetar los territorios privados'. (El País, 2008, pág. 8)

Sobre esta deslegitimación, en el contexto de la Seguridad Democrática del presidente Álvaro Uribe, se ratifica la reedición del racismo estructural del régimen político colombiano que de esta manera le permite mantener los privilegios e intereses de los dueños de la tierra, así como la impronta de un modelo de desarrollo ligado al latifundio improductivo, la ganadería extensiva, la agroindustria intensiva y la explotación minera. Adicionalmente, el ejercicio reiterado de señalar a un sujeto político fuertemente configurado como manipulado por otros, sirve al interés de mantener un orden inequitativo e injusto y una visión sobre la "incapacidad" de la otredad.

El mes de octubre se fue convirtiendo desde los 90 en un periodo de intensificación de las disputas entre los Pueblos Indígenas, en particular del Cauca, y el Estado, a propósito de las conmemoraciones del 12 de octubre, en una lógica de posicionar una visión distinta sobre la conquista y la colonización española, y sobre la permanencia de una grave situación de violaciones de derechos humanos, nuevas formas de colonización y de defensa del territorio y un proyecto propio.

En esa ocasión, octubre de 2008, las movilizaciones en el Cauca y por todo el país fueron especialmente intensas, frente a lo cual el gobierno igualmente escaló su discurso "antiterrorista" y racista: "El país tiene 115 millones de hectáreas. Las comunidades indígenas de Colombia representan el 2.2% de la población. Un millón de indígenas tienen el 27%, insistió el primer Mandatario" (El País, 2008, pág. 2); con lo que se oculta que el mayor porcentaje de dichas tierras, donde vive la menor parte de la población indígena, tiene funciones ecológicas estratégicas para todo el país, frente a los cuales las

comunidades se convierten en sujeto de protección y conservación en medio de la guerra, las economías ilegales y la explotación minera; y que en cambio, la gran mayoría de la población indígena se concentra en estrechos territorios de montaña de mala calidad (región andina), desérticos (Guajira) o selvático (Andén Pacífico), también allí resistiendo todas las formas de violencia.

Luego de una respuesta represiva a la concentración de miles de indígenas en el Resguardo de La María, El CRIC convoca al presidente Uribe y en un clima altamente polarizado, se da una reunión histórica¹⁵³ que si bien “(...) terminó sin compromisos puntuales” (EL Espectador, 2008) se convirtió en un debate frontal de concepciones y de prácticas que, por un lado, fortalece la visibilidad y el reconocimiento del sujeto político indígena en la arena política, y por el otro, deja ver las diferencias de proyectos, pero sobre todo la particular versión integracionista que tiene el Gobierno de la jurisprudencia nacional e internacional. Recuérdese que hasta este momento el gobierno Uribe no había ratificado la declaración universal de los Pueblos Indígenas, frente a la cual se abstuvo exponiendo su rechazo a lo referente a la consulta previa y a la presencia de las fuerzas militares en los territorios indígenas.

Las exigencias de la Minga¹⁵⁴, que se declara en resistencia civil y pacífica, giran alrededor del respeto al sujeto político, la movilización y el territorio de La María y su dignidad; la desmilitarización de los territorios indígenas; el rechazo al plan Colombia y las actividades de las multinacionales en los territorios por su afectación a la naturaleza y la persecución a las comunidades con desplazamientos, asesinatos, judicializaciones, etc.; el rechazo a leyes inconstitucionales que vulneran sus derechos a la salud, la educación y el territorio y el cumplimiento de acuerdos. En palabras de Aida Quilcué, consejera mayor del CRIC:

¹⁵³ “El árido escenario a cielo abierto estuvo marcado por constantes tensiones, que comenzaron cuando los indígenas se sentaron al escuchar las notas del Himno Nacional y terminaron con réplicas, punto por punto, en las que nadie dio el brazo a torcer. ‘Los indígenas presentaron un video de 12 minutos mostrando sus muertos, sus heridos, los enfrentamientos con la Fuerza Pública en el desalojo de la Vía Panamericana y hasta uniformados disparando a la minga, incluso francotiradores que, según ellos, apuntaban estratégicamente a los ojos de los manifestantes’ (...) El Presidente sentenció desde el principio que ningún territorio del país podría estar excluido de la presencia de la Fuerza Pública” (EL Espectador, 2008).

¹⁵⁴ Recuérdese que la Minga que significa trabajo conjunto, es la denominación y el relato de las nuevas formas de movilización social indígenas durante la década de los años 2000.

(...) Se nos ha dicho a los Pueblos Indígenas que somos terroristas (...) delincuentes (...) el presidente Uribe (...) le dijo a la comunidad (...) que aquí era el foco de la guerrilla, pero aquí están los pueblos dignos y le estamos demostrando a usted señor presidente que no somos como nos han señalado ustedes que han promovido la discriminación (...) el odio (...) el rencor (...) tocó poner 120 muertos y heridos para que viniera a conversar (...) nos sentamos al sonar el himno nacional porque ayer las fuerzas militares bajaron y quemaron nuestras banderas (...) ¿por qué? ¿Si en el 99 se legitimó [el Resguardo] la María como espacio de dialogo, convivencia y negociación, por qué somos agredidos? (...) nuestros objetivos son que se detenga la violación de derechos humanos, porque en el marco de nuestros territorios indígenas, campesinos y afro, los más pobres del país, porque está en riesgo, están entregando a las multinacionales y estamos llenos de desplazamientos, masacres (...) No entendemos porque usted se abstiene de la firma de la declaración de los derechos de los Pueblos Indígenas; (...) rechazamos la inconstitucionalidad de las normas que ponen en riesgo la salud, educación y los territorios y para que cumplan con los acuerdos (...) [y añade Feliciano Valencia, líder de la zona norte del Cauca] (...) estaremos en resistencia hasta que no veamos la tierra en paz, libre de opresores, multinacionales, militarización (...). (Contravía, 2008)

El presidente Uribe en defensa de su política de Seguridad Democrática expresó que: "(...) el gobierno está dispuesto a retirar la fuerza pública de la María, si hay garantías que desde aquí no se van a lanzar bloqueos, invasiones de tierras y acciones violentas (...)" (Contravía, 2008).

El encuentro en La María terminó con el acuerdo sobre una nueva reunión que no se concretó por parte del Gobierno; por lo cual el CRIC y el movimiento indígena nacional con la participación de sectores campesinos, afro y estudiantiles emprendieron una de las movilizaciones más grandes en los últimos años que citó al presidente en Cali: "Si el Presidente no llega, los aborígenes aseguran que iniciarán acciones de hecho, como tomarse la Carretera Panamericana que comunica a Cali con Popayán, para presionar la solución a sus problemas y que les atiendan sus solicitudes" (El País, 2008, pág. 10).

La marcha llegó a Cali, pero el presidente no hizo presencia y ante tal incumplimiento –a pesar de que Uribe llegó tarde y se ubicó en un lugar distinto a la concentración con megáfono en mano para desafiar al movimiento– los Pueblos Indígenas definieron marchar a Bogotá e incrementar la movilización en todo el país.

Con el transcurrir de los días y después de lograr unir a todas las organizaciones indígenas y asociaciones campesinas del país, los Paeces del Cauca convirtieron su problema en un movimiento agrario nacional que vuelve a estar en ebullición, como en la década del 60 y comienzos de los 70. (...) La marcha ya está en las goteras de la capital de la República, donde sus líderes aspiran a demostrarle al Gobierno que 'la palabra está caminando', y que lejos de pensar en que éste sea un movimiento coyuntural, lograron unir a todos los sectores sociales del país en torno a problemas comunes. (El Espectador , 2008, pág. 17)

Este capítulo culminó con una reunión en Bogotá entre todo el gabinete presidencial y el liderazgo de la Minga sin mayores acuerdos. No obstante, a nivel nacional se posicionó en medio de una fuerte ola de solidaridad la acción colectiva del movimiento indígena a favor de la paz, el respeto a la vida y los derechos humanos, y la necesidad de una reforma integral.

En el nivel internacional, el 10 de Diciembre Aida Quilcué –para entonces Consejera Mayor del CRIC, quien fue promotora de salud y coordinadora de la IPSI de la Asociación de Cabildos del Municipio de Páez, Nasa Cxa Cxá¹⁵⁵ años antes–, asistió al examen periódico universal que realiza las Naciones Unidas para monitorear la situación de derechos humanos en el mundo; y relata así la relación entre la Minga y la ratificación tardía del Gobierno de la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas:

(...) estuve en Ginebra y ahí nosotros hicimos un lobby con muchos gobiernos del mundo (...) China, países como Japón, o sea yo me quedé sorprendida porque muchos países, que no conocían el movimiento indígena, apoyaron en la votación de ese examen (...) pero en ese entonces la incidencia no fue solamente del movimiento indígena, fue social, y (...) Uribe tuvo una votación más o menos de 16 votos y nosotros tuvimos una votación de más del doble, de 36 (...) Entonces ahí hay una recomendación donde llama el Gobierno colombiano a proteger los derechos y muchos gobiernos apoyaron a Colombia pero fue a raíz de la Minga, (...) y de ahí después sale la ratificación de la declaración, o sea que obligó al Gobierno, con algunas excepciones pero el Gobierno lo adoptó. (Quilcué, 2019, pág. 6)

Al regreso, la Consejera Aida volvió a su territorio en el Cauca y fue víctima de un atentado, en el cual falleció su esposo Edwin Legarda, a manos de las fuerzas militares, quien años

¹⁵⁵ Fuerza de la gente.

anteriores fue parte del trabajo de salud zonal. Hecho que fue interpretado como respuesta a su nivel de liderazgo en la Minga y en Ginebra: “(...) porque desde allá sí nos advirtieron que nos cuidáramos mucho que algo podía pasar en Colombia, porque la ganancia del respaldo que habíamos recibido de los gobiernos de otros países no era cualquier cosa” (Quilcué, 2019, pág. 6). De esta forma se ratifica cómo la construcción de las políticas del Estado para Pueblos Indígenas en general, y en salud en particular, así como la persistencia en la construcción de políticas propias, ha transitado en medio y a pesar de la profunda violencia del régimen político colombiano.

El apoyo a la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas fue anunciada durante la Conferencia de Durban, en el mes de abril de 2009 (ACNUR, 2009), pese a quedar claro que al no ser de carácter vinculante, la lucha por su materialización dependerá de su incorporación en la plataforma política de los Pueblos Indígenas, más que de la aprobación de un Gobierno que se había abstenido como parte de una minoría global en representación de un régimen político racista y excluyente.

Al mismo tiempo, durante el año 2008 la relación contenciosa entre Estado y Pueblos Indígenas alrededor de la adecuación del SGSSS fue muy intensa. En el marco de la crisis del SGSSS, de la presión por aumentar la cobertura del régimen subsidiado, el CNSSS produce el acuerdo 384 de 2008¹⁵⁶, en el cual se consolida la tendencia que prioriza la ampliación de cupos para las comunidades indígenas en tanto se comporten como cofinanciadoras con recursos del Sistema General de Participaciones SGP especial, o gestionen recursos de la entidad territorial correspondiente, con lo que se instala de manera incipiente la autofinanciación del subsidio, que ahora no será cubierto en un 100% por el FOSYGA, sino en un 90%. Esto significa que los recursos del SGP especial indígena que tienen un carácter colectivo, deben dirigirse a la financiación de subsidios individuales en salud, como condición para lograr la ampliación de cobertura.

¹⁵⁶ “(...) 2. Ampliar la cobertura de la población indígena en el régimen subsidiado. Se asignarán recursos para la afiliación de la población indígena, con base en los listados censales de la población residente en los cabildos. Los recursos asignados serán equivalentes al 90% del costo de la afiliación y para acceder a ellos, los resguardos indígenas y/o las entidades territoriales deberán aportar el equivalente al 10% del valor de la UPC-S. La autoridad indígena deberá adelantar las gestiones que permitan la adecuada identificación de la población a afiliar y coordinar con las entidades territoriales su cargue en la base de datos de afiliados al régimen subsidiado” (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2008).

En general las autoridades indígenas hicieron resistencia a la aplicación de este acuerdo, buscando que las entidades territoriales cofinanciaran el subsidio argumentando lo aquí planteado. No obstante, algunos cabildos asumieron tal cofinanciación, con el fin no solo de aumentar cobertura sino de fortalecer sus IPSI, pues así tendrían más afiliados y de manera más rápida. En todo caso, ya en el Décimo Segundo Congreso, el CRIC había resuelto que:

Los Pueblos Indígenas del Cauca no aceptamos la cofinanciación del régimen subsidiado con los recursos de los resguardos. Estos recursos se continuarán destinando en el área de la salud para el fortalecimiento cultural de la medicina tradicional y la seguridad alimentaria. (Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, s.f.)

Pese a estas posiciones, el Ministerio de la Protección Social insiste en ampliar cobertura contando con los recursos de los resguardos indígenas, y siempre ratificando el carácter de pobres sin capacidad de pago y no del reconocimiento del sujeto político, colectivo en términos socioculturales y económicos (Resolución 02596, 2008, pág. 2).

En la línea de la adecuación sociocultural y luego de 3 años de expedido el Acuerdo 326 que regulaba parcialmente la materia, el Gobierno todavía no asigna recursos para financiar estas actividades, y como respuesta a la constante presión y exigencia de los Pueblos Indígenas, principalmente del Cauca, para que se cumpla con la UPC diferencial indígena y el Plan Obligatorio de Salud Indígena que contienen prestaciones de medicina tradicional y salud indígena, se produce el Acuerdo 03 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud CRES, que había reemplazado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, en el que se establece la obligatoriedad para las EPS de concertar con las comunidades dicha adecuación, con una cadena de aprobaciones que terminan excluyendo a los Pueblos Indígenas y además recordando que será dentro del tope de la UPC general del régimen subsidiado, y por lo tanto, sin recursos adicionales:

(...) previa aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva de la CRES, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada sin disminuir los contenidos previstos en el presente Acuerdo. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación

de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora. (Acuerdo Número 03, 2009, pág. 212)

El mismo acuerdo 326 establece que las organizaciones indígenas debían presentar un estudio para sustentar los costos en los que se incurriría en virtud del proceso de adecuación sociocultural. El CRIC realizó dicho estudio, en el cual se demostraba la necesidad que las actividades de medicina tradicional, adecuación sociocultural de los servicios occidentales, la promoción y prevención indígena, la autonomía alimentaria y las casas de paso y guía bilingües, requerían un porcentaje adicional a la UPC. No obstante, las discusiones y procesos de exigibilidad tendrían que continuar hasta el año 2013 para que se aprobará la primera asignación, la cual en la práctica, como se verá más adelante, se hizo efectiva en 2014.

De nuevo se evidencia que si las disputas para lograr la aprobación y reconocimiento de un sistema propio e intercultural de salud son grandes conceptual y políticamente, no menos lo son para avanzar en materializar aspiraciones parciales de cobertura, financiamiento y adecuación sociocultural por dentro del SGSSS; con lo que se revela una resistencia permanente del gobierno a concertar y a cumplir lo acordado, que a su vez refleja problemas de gestión pública, voluntad política y racismo estructural.

5.3.3 El nacimiento del Sistema de Salud Indígena en el Décimo Tercer Congreso del CRIC 2009

El año empieza con un hecho de altísima connotación ético-política, jurídica y social en Colombia, luego de un largo proceso de revisión sobre la situación de las comunidades indígenas desplazadas por el conflicto armado o en riesgo de estarla por parte de la Corte Constitucional, que se traduce en el Auto 004, donde se declara que:

(...) los Pueblos Indígenas de Colombia, (...) están en peligro de ser exterminados cultural o físicamente por el conflicto armado interno, y han sido víctimas de gravísimas violaciones de sus derechos fundamentales individuales y colectivos y del Derecho Internacional Humanitario, todo lo cual ha repercutido en el desplazamiento forzado individual o colectivo de indígenas. (Auto Número 004, 2009)

Ante esta declaratoria, se ordena estructurar un programa de prevención y atención, y poner en marcha un plan de salvaguarda participativo para 34 Pueblos Indígenas de las diferentes regiones del país, incluidos varios pueblos asociados en el CRIC (Nasa, Kokonuco, Yanacona, Totoró, algunas comunidades de Guambía y de los Embera Siapidara). La observación de tales planes indica que, aunque la salud es un campo de acción y dentro de éste hay actividades de infraestructura, educación, desarrollo de modelos propios de salud entre otros, lo que prima es la afiliación al régimen subsidiado a través de alguna EPS; con lo que afrontar la extinción se convierte en un programa ineficaz de subsidios en medio de un SGSSS en crisis. Se reconoce que el SGSSS es cuestionado por los Pueblos Indígenas, bajo una lectura que desconoce que lo que hay de fondo es una disputa entre actores armados por los territorios indígenas, y que el enfoque de salvaguarda comporta fortalecer las perspectivas y propuestas de los sujetos afectados, y no la mera ampliación de cobertura de programas ligados en su mayoría a intermediación financiera.

En el contexto descrito de despojo, desplazamiento y reduccionismo integracionista de las políticas públicas para Pueblos Indígenas, en particular en salud, miles de indígenas del departamento del Cauca y delegaciones del todo el país se reunieron de nuevo en el Territorio de Convivencia, Diálogo y Negociación de la Sociedad Civil en el Resguardo de La María Piendamó, para celebrar el Décimo Tercer Congreso del CRIC.

La comisión de salud, una de las grandes instancias de deliberación del Congreso, sesionó bajo la coordinación del Programa de Salud, y luego del informe de las diferentes zonas y Pueblos Indígenas del Cauca, se pronuncia con frustración frente a las limitaciones del modelo de SGSSS actual y de las limitaciones para desarrollar una propuesta propia:

(...) el sistema actual no responde a las necesidades en salud de los Pueblos Indígenas ni a las situaciones derivadas de la enfermedad, debido a que está organizado en una lógica de mercado dentro del modelo económico neoliberal, que desconoce los saberes y prácticas ancestrales, los procesos de autonomía territorial y política y el derecho propio y [no obstante tal sistema]... asumimos el reto de responder a las necesidades de salud (...) con la creación de la AIC y las IPSI, sin embargo la lógica del mercado impide desarrollar una propuesta propia e integral en salud de los Pueblos Indígenas. (CRIC, 2009, pág. 21)

Revelándose, a 12 años de haber ingresado en el sistema, un profundo malestar e insatisfacción frente a los esfuerzos contenciosos dentro del SGSSS. Por lo que el Programa de Salud del CRIC, luego de un ejercicio de consulta y concertación comunitaria a nivel de los resguardos y las zonas indígenas¹⁵⁷, así como de trabajo con los Mayores¹⁵⁸, las IPSI y los Programas Zonales, presenta al Congreso una Propuesta Propia de Salud con conceptos, principios y componentes. Con esto se recuperan y reubican las líneas de la Política Indígena de Salud del CRIC, desarrolladas desde 1981 por el Programa de Salud.

La salud, más allá de la enfermedad, comprende el conjunto de procesos y relaciones del individuo, la familia y la comunidad; de lo espiritual, lo físico, lo mental y natural, pero también de lo organizativo, las condiciones para la vida y los servicios de salud:

(...) el bienestar físico, mental, espiritual, social de la persona y en general el bienestar de la comunidad; es estar en armonía con la naturaleza, consigo mismo, con la familia y con la comunidad; es un pueblo organizado, en armonía y sin violencia, es diálogo y relación con otros pueblos; es tener tierra donde trabajar, huerta donde sembrar cultivos propios y consumir alimentos sanos, buena vivienda, educación, agua potable, buen saneamiento básico, vivir en un ambiente sano, descanso adecuado, hacer deporte y divertirse, estar bien económicamente; estar bien emocionalmente y tener acceso a los servicios de salud, estar alegre, sin dolor y con toda la capacidad para realizar cualquier actividad. (CRIC, 2009, pág. 21)

¹⁵⁷ Recuérdese que, desde finales de los años 80, el CRIC fue construyendo un proceso de organización territorial descentralizada, en la que los resguardos indígenas y sus cabildos se organizaban en territorios zonales geográficos dentro del Cauca; y luego de 1993 crearon asociaciones de cabildos en el marco del Decreto 1088 para apoyar la administración de los cabildos, pero a nivel zonal. En este momento existen las zonas Norte, Oriente, Caldono, Tierradentro, Occidente, Sur Pacífico y Centro. Algunas tienen subdivisiones como Tierradentro en Páez e Inzá; Oriente que incluye los cabildos de Silvia, Ambaló, Totoró y Piendamó; mientras que también en Oriente, el Cabildo de Totoró conforma una organización aparte. Este proceso enriquece la participación local dentro del CRIC, pues no solo son los más de 100 cabildos los que toman decisiones, sino que se acompañan en lo político, cultural y social y en particular en los Programas de Salud y Educación con las Asociaciones de Cabildos.

¹⁵⁸ Es la denominación general que se da a las personas que, por su trayectoria, saberes y roles desempeñados en la comunidad, ostentan un nivel particular de saber y experiencia que debe ser tenido en cuenta para el análisis y la toma de decisiones en todos los campos. Dentro de esta categoría están los médicos tradicionales, los exgobernadores, los capitanes, las parteras, las personas efectivamente de mayor edad, los fundadores del CRIC, las Asociaciones, los Programas de la Organización, etc. En algunos escenarios, el concepto de Mayor se privilegia para denominar a los médicos tradicionales.

En este marco, por primera vez en el discurso de las organizaciones indígenas emerge el concepto de “Sistema”, pues en las propuestas de los años 80, las aspiraciones se referían a reivindicaciones para acceder a servicios de salud y al respeto de la medicina tradicional y los recursos propios en el marco de la plataforma de lucha del CRIC, luego emerge la propuesta de Régimen especial indígena y salud-REIS a finales de los 90, el cual se convierte en mandato en 2005 en el Décimo Segundo Congreso -el cual no es ejecutado como tal-. Y luego de una permanente lucha por dentro y por fuera del SGSSS, se plantea una estructura sistémica que engloba en todo caso las grandes líneas que han acompañado la construcción de la Política Indígena de Salud del CRIC: Gobierno y relaciones con el Estado, Administración y Gestión, Formación e investigación, Atención intercultural y Saber ancestral en articulación con otras prácticas médicas:

En consecuencia, el Sistema de Salud Indígena partía de la base de la sabiduría ancestral y los planes de vida, y se operativizaba a través de cuatro componentes: proyecto político; administración y gestión; atención intercultural; educación, formación integral en salud e investigación. Dichos componentes, estaban a cargo del programa de salud del CRIC, que era la instancia responsable de la operatividad, estructurando propuestas de trabajo, conformando y consolidando los equipos necesarios para su funcionamiento. (CRIC, 2009, pág. 21)

En el componente *político organizativo*, orientado a fortalecer la gobernabilidad y autoridad en salud, se establecieron, como objetivos y acciones, garantizar la orientación del Sistema a través de: estructuras propias; procesos participativos y colectivos; sensibilización de las comunidades frente a la problemática de salud; el ejercicio del control de la medicina indígena, de las prácticas comunitarias y del territorio; el reconocimiento, protección y fortalecimiento de la participación de los sabedores ancestrales; la reivindicación del censo indígena como mecanismo para fortalecer el control social y la autoridad; y la exigencia al Estado del financiamiento integral.

En términos de instancias, se determina crear el Consejo de Salud Indígena como especie de asesor con el encargo de mirar las “soluciones estructurales” y de adecuar el funcionamiento del cabildo para poner en marcha el Sistema. Igualmente se orienta:

Fortalecer el Programa de Salud del CRIC conformado por equipos técnicos locales, zonales y regional para la planeación integral, desarrollo, evaluación y seguimiento del sistema de salud

indígena (...) [el cual] debe presentarlo [el sistema] y posicionarlo a otras regionales y Pueblos Indígenas, otros sectores y otros movimientos a nivel nacional. (CRIC, 2009, pág. 23)

De esta manera, y luego de 28 años de existencia, se ratifica y proyecta al Programa de Salud como el ente que materializa el ejercicio de la gobernabilidad del sistema en manos de las autoridades tradicionales.

Surge por primera vez, y como tal, en salud un componente de administración y gestión que debe recoger las prácticas propias de administración ancestral, que más que el retorno a un pasado anticolonial, y luego colonial, es la experiencia concreta que deriva de desarrollar con autonomía y con base en la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio la organización y funcionamiento de las sociedades indígenas en sus territorios a través de los llamados Planes de Vida¹⁵⁹.

Este componente de administración y gestión es, al mismo tiempo, asumir los desafíos que a estas alturas tienen la EPSI y las IPSI, las asociaciones de cabildos y los cabildos, siempre en el marco de los Planes de Vida, la articulación con los otros programas de la organización (educación, economía, capacitación, comunicaciones, mujer y familia entre otros) y diseñar y poner en marcha un sistema de información única (CRIC, 2009, pág. 21). Esto implica que el camino avanzado por las EPSI bajo la normatividad del SGSSS, y sus adaptaciones, debe retornar a un camino de control desde la administración propia, con lo cual las disputas en este campo se organizan con mayor explicitación desde lo que sería un componente estratégico del Sistema de Salud Indígena.

El componente de “educación, formación integral e investigación en salud” debe retomar la historia de procesos de formación del personal en salud propios desde los agentes comunitarios de los 70, los promotores de salud de los 80 y 90, y los auxiliares de salud de

¹⁵⁹ Como ya se ha planteado, son las formas alternas de planeación a los Planes de Desarrollo hegemónicos que son lineales y ligados a las dinámicas del Capital y de la sociedad liberal y de mercado. El Plan de Vida, parte de la Ley de Origen que explica los fundamentos histórico-culturales de cada Pueblo Indígena, del Derecho Mayor que se refiere a la normatividad aplicable en ese contexto histórico y sociocultural y derivada de los ancestros y los mayores y al Derecho Propio que concreta en la vida social y cotidiana las formas apropiadas de relacionamiento entre el ser humano, los demás seres vivos incluida la madre tierra y el territorio y las autoridades. El Plan de Vida, traduce desde la historia las formas de continuidad de la construcción y revitalización sociocultural de los Pueblos Indígenas.

los años 2000, incluyendo la adecuación del personal profesional tanto propio como no indígena que presta servicios en las comunidades indígenas.

Este proceso debe coordinarse con la Universidad Autónoma Indígena Intercultural-UAIN, creada por la Resolución de los Cabildos en la Junta Directiva del CRIC de 2003. En este eje se pone de presente la reivindicación de trabajar con personal de las comunidades en todos los niveles y de reconocer procesos autónomos de investigación y producción del conocimiento, todo esto en una disputa con el SGSSS y las políticas educativas que han venido desconociendo estos procesos propios de las comunidades e imponiendo estructuras de formación y de reconocimiento de títulos que no consultan la cosmovisión, las necesidades y los saberes de los Pueblos Indígenas, pese a su amplia experiencia en las últimas cuatro décadas en estos campos.

Este componente es sustancial para la trazabilidad que esta investigación viene haciendo en relación con las condiciones históricas que forjaron los tipos de personal en salud y sus cambios a lo largo de estos años. Se inició con el Agente Comunitario de Salud-ACS del CRIC de los años 70 con altas competencias políticas, técnicas y socioculturales, con un eje articulador en el liderazgo político al interior de las comunidades, en medio de las luchas por la tierra, con carácter voluntario y bajo el total control de la organización indígena y el Programa de Salud.

En los años 80 en el marco de la Resolución 10013 se inicia la transformación contenciosa de los ACS en Promotores de Salud, el cual es ante todo un puente entre los Pueblos Indígenas y los servicios de salud occidentales. Y aunque mantiene competencias políticas y socioculturales que el CRIC exige y garantiza, estas pierden aplicación, porque el control ahora es institucional y en varios casos bajo subordinación laboral de las instituciones de salud. Estos promotores ya no son voluntarios, su capacidad técnica se reduce en términos de la capacidad de resolver problemas básicos en la comunidad en el marco del esquema del Sistema Nacional de Salud.

No obstante, debe destacarse que el CRIC, en particular la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca-ACIN, luego de la Masacre del Nilo en 1991, crea la Escuela de Etnosalud y que varias asociaciones de cabildos emprenden negociaciones con la

Escuela de Enfermería para graduar promotores de salud que respondan al máximo a los requerimientos socioculturales y políticos de la organización.

Terminada la década de los 80 desaparecen por completo los ACS y el personal de salud del CRIC es convertido en Promotores de Salud, lo cual es reforzado por el Decreto 1811 de 1990. Con la Ley 100 de 1993 los Promotores de Salud empiezan a ser contratados por las IPSI, sin embargo, los perfiles ocupacionales de éstos y de los Auxiliares de Enfermería que se habían formado, según un estudio del Ministerio de la Protección Social de 2004,

Desde la década pasada no se renuevan (...) [y ahora] deben responder y adecuarse a los cambios esenciales de la prestación de servicios de salud reglamentados por la Ley 100 de 1993(...). (Ministerio de la Protección Social, 2004, pág. 6)

Esto significará que, progresivamente, los Promotores de Salud desaparezcan del ordenamiento legal e institucional, y se conviertan finalmente en Auxiliares de Salud Pública a través de múltiples ajustes normativos que culminan en 2009:

(...) el perfil de Promotor de Salud, hacía parte de los perfiles Auxiliares de Salud definidos en el Acuerdo 16 de 1997, expedido por el entonces Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo del Recurso Humano en Salud, posteriormente establecido en el Decreto 3616 de 2008 como Auxiliar en Salud Pública, norma esta última derogada por el actual Decreto 4904 de 2009, el cual rige a la fecha, y sigue denominando dicho perfil del área de la salud, Auxiliar en Salud Pública, recogiendo de esta manera las funciones que desempeñaba el Promotor de Salud. (Consultor Salud, 2013)

Esto implicó que para poder contratar a los antiguos promotores de salud, ahora debían formarse como Auxiliares con lo que un buen número terminó su trabajo y aporte a las comunidades en ese punto, y otra parte avanzó hacia el nuevo nivel de formación, cuyo perfil ahora era centrado en acciones de promoción y prevención en salud bajo el enfoque de gestión individual del riesgo, es decir, contribuir bajo la dirección profesional de las instituciones de salud a la detección temprana y protección específica y fortalecer la cadena de demanda inducida para remitir pacientes a los niveles profesionales y de mayor complejidad del SGSSS. Los Auxiliares muy pronto debieron invertir la carga de sus jornadas del acompañamiento y resolución de problemas de salud en el territorio a la

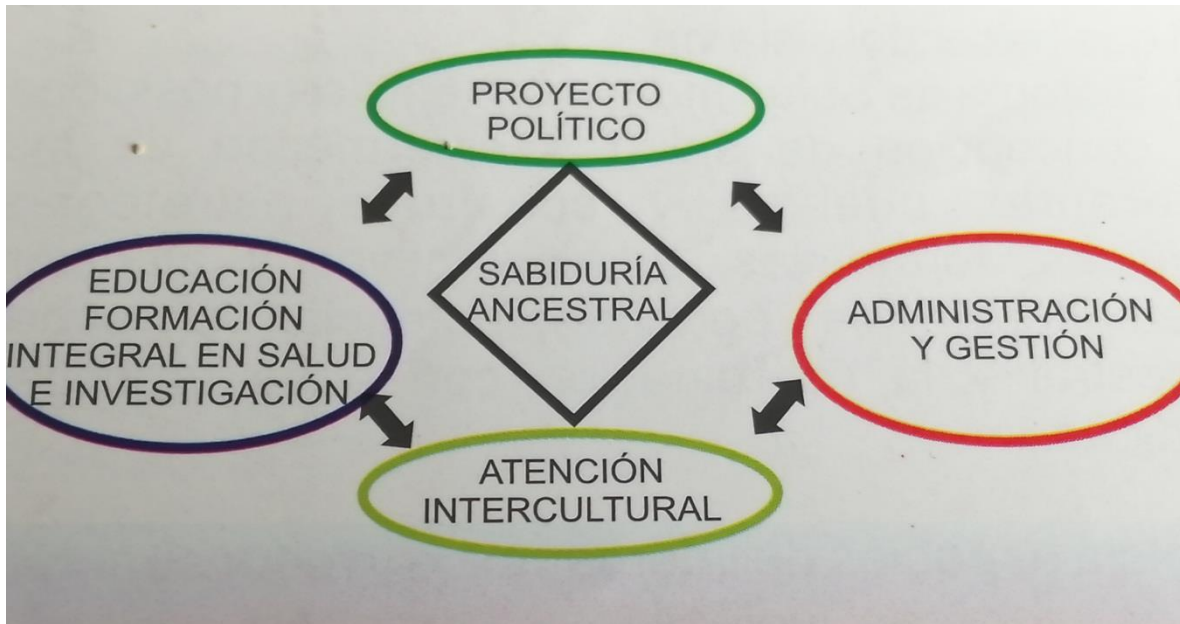
gestión administrativa. La Escuela de Etnosalud de la ACIN formó personal de Auxiliares de Salud Pública buscando al máximo incorporar grupos de los promotores de salud anteriores y mantener la impronta política y sociocultural en la formación de los mismos.

Si bien estas personas eran delegadas para formarse por parte del Cabildo, muchas personas se fueron a formar por su cuenta en escuelas privadas y se generó una competencia por los espacios laborales en el marco de las presiones del mercado de la salud a través de las EPS e IPS, tanto generales como indígenas. Frente a esto, los Cabildos enfrentaron dificultades y tensiones con sus comunidades porque se multiplicó la oferta y los cupos en las IPSI eran limitados. De esta forma, desde finales de los años 2000, el Programa de Salud del CRIC, los Programas de Salud de las Zonas, la EPSI y la IPSI debieron administrar una situación desafiante en lo político, lo técnico y lo sociocultural, que distaba sobre todo de mantener el control y la autonomía en la formación y en el desempeño de este personal. Se trataba de perfiles que ahora estaban más en función de la enfermedad que de la salud, del paradigma médico occidental que de la medicina tradicional, y de las labores administrativas que del liderazgo político en salud, en el marco de fuertes normativas del SGSSS debían cumplir la ESPI y las IPSI. El Décimo Tercer Congreso analizó esta situación y por ello asignó total prioridad al componente de Formación e Investigación con el fin de retomar el control y garantizar la autonomía en este campo, ahora en una dirección que deberá ser asumida por la Universidad Autónoma Indígena-UAIN.

Finalmente, en el componente de la atención intercultural se establece entre otras que “Todas las acciones en salud del Sistema deben partir de la cosmovisión (...) de los Pueblos Indígenas, en articulación con otras prácticas reconocidas por la comunidad y fortalecer la atención primaria en salud en las comunidades indígenas a través de estructuras propias (...)” (CRIC, 2009, pág. 24), a lo que se agrega la prioridad en el trabajo en nutrición, la necesidad que el personal en salud acompañe la ritualidad y la activación de los centros de salud que haya en los resguardos.

Los siguientes gráficos reflejan, según lo definió el Congreso, la estructura de este Sistema Indígena de Salud.

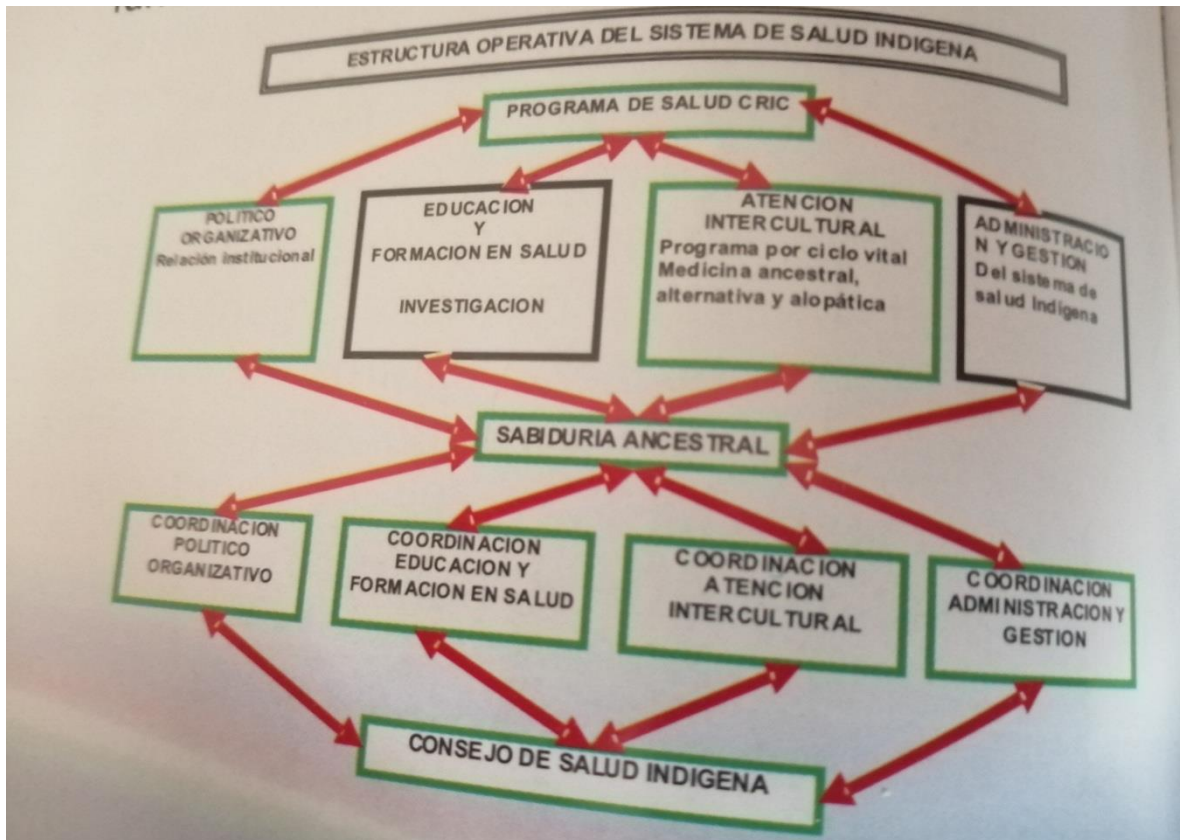
Gráfico 5: Estructura orgánica del sistema de salud indígena



Fuente: Consejo Regional Indígena del Cauca actividad (CRIC, 2009, pág. 22)

Como se puede observar, los cuatro componentes cubren el gobierno, la administración y la gestión, la formación, reproducción de capacidades y generación de conocimiento y la atención que se define como intercultural, lo que implica que se complemente la medicina tradicional, otras medicinas y la medicina occidental. Estos componentes se articulan alrededor de la sabiduría ancestral.

En el siguiente gráfico se confirma el papel central del Programa de Salud del CRIC, que en el marco de la sabiduría ancestral y de la mano de un Consejo de Salud Indígena, que actuaría como asesor político, lidera el proceso de operación del Sistema de Salud Indígena.

Gráfico 6: Estructura operativa del sistema de salud indígena

Fuente: Consejo Regional Indígena del Cauca actividad (CRIC, 2009, pág. 22)

Inicia aquí una nueva etapa en la disputa en salud en Colombia entre Pueblos Indígenas y Estado, por cuanto las luchas acumuladas, sobre los campos definidos desde los 70, ahora son una contienda entre Sistema Indígena y SGSSS; y sus términos se instalan en el campo del gobierno y la autonomía en salud en los territorios, y las contiendas entre saberes propios, adecuaciones socioculturales y el lugar de la medicina occidental y otros saberes reconocidos, o medicinas alternativas y complementarias. Es decir, la interculturalidad debe ahora enfrentarse más allá del escenario del reconocimiento para ubicarse en el campo de las relaciones explícitas de poderes y saberes en salud. En este momento de la disputa, las organizaciones indígenas, en particular el CRIC, ya han acumulado experiencia no solo en lo propio, sino que, a través de las EPSI y las IPSI, pueden mostrar resultados para llevar servicios de salud occidentales con adecuación sociocultural.

Esto transcurre en paralelo con el incremento de la tensión entre las organizaciones indígenas en los territorios y las políticas de reorganización de los servicios de salud, que

han traído deterioro en la atención; y a pesar de existir relaciones contractuales entre la EPSI-AIC y los hospitales públicos del Cauca, éstos no sustituyen la movilización y acción directa de exigibilidad del derecho a la salud.

Desde las 5:00 a.m. de ayer, cerca de 3.000 personas entre indígenas, campesinos y afrodescendientes se tomaron el hospital de Belalcázar, oriente del Cauca por el abandono del director y la pésima atención médica. El alcalde de la región, James Yasnó, dijo que el director del hospital, José Luis Morales, había salido del municipio por amenazas de las FARC-EP, pero otras fuentes indicaron que Morales no ha sido capaz de administrar el centro médico. Los protestantes advirtieron que no cesarán la toma, hasta que haya un nuevo director. (El País, 2009, pág. A8)

Como ya se ha planteado, este tipo de situaciones cada vez iba afianzando la decisión de las organizaciones indígenas de fortalecer las IPSI para prestar servicios en el nivel primario, con lo que se debilitaba aún más la red pública que en algunos municipios dependía en gran medida de la contratación de las EPSI.

Estas movilizaciones específicas frente a los servicios de salud, se acompañaron de la reiteración de una nueva Minga en octubre de 2009, una vez más exigiendo cumplimiento por parte del gobierno de los cientos de acuerdos suscritos.

Unos 10.000 nativos iniciaron ayer, en el suroeste de Colombia, una marcha de unos 40 kilómetros para protestar por 'el incumplimiento' por parte del Gobierno de los acuerdos firmados en 2008. Elides Pechené, máxima autoridad de los Pueblos Indígenas del departamento del Cauca (...) consideró que el gran problema de los indígenas colombianos es la tierra. 'Eso hace que la comunidad venga hoy con más ganas de marchar, con más ganas de protestar', manifestó. 'Y ni qué decir de la educación. En ese tema, vital para nosotros tampoco hay soluciones'. (El Mundo , 2009, pág. A7)

La irrupción del Sistema de Salud indígena, con el CRIC como sujeto político en general y en salud, surge en el momento en que el país se veía expuesto a una agudización de la crisis del SGSSS y su modelo, en términos de legitimidad y financiamiento; que como se verá, entremezclan la oportunidad de lo alternativo y el recrudescimiento del modelo que se está confrontando desde los Pueblos Indígenas.

5.3.4 La Emergencia Social en Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI del movimiento indígena nacional en Villeta 2010

Numerosos informes de la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría del Pueblo y múltiples actores venían demostrando la crisis financiera, técnica, de legitimidad y de incapacidad de garantía del derecho a la salud del SGSSS basado en la Ley 100. De hecho, la Ley 1122, la Sentencia T-760 y un gran acervo regulatorio, partiendo de diagnósticos similares, venían intentando resolver la situación, sin éxito.

En diciembre de 2009 el gobierno de Uribe Vélez declaró la emergencia social en salud mediante el Decreto 4975, en un nuevo intento por resolver la crisis (historicopresidencia, 2009). En ese marco expidió 10 decretos (Redacción del Tiempo, 2010) que se convertían en una reedición de las mismas líneas fracasadas de acción probadas en los últimos años, orientados, por un lado, a medidas de control y vigilancia del comportamiento de los actores; y por el otro, a fortalecer el recaudo, la magnitud y el flujo de recursos a las empresas privadas y a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Fue la Corte Constitucional, en el marco de una gran movilización nacional, de la que hizo parte el movimiento indígena, la que demostró que no se cumplían los dos argumentos para declarar una emergencia social: por un lado, la de existir hechos sobrevinientes y, por el otro, la de estar rebasada la capacidad institucional, por lo que se declaró la inexequibilidad (Sentencia 374 de 2010, 2010). En palabras del presidente de la Corte Constitucional, la inexequibilidad se explicó así: “No hubo hechos sobrevinientes; son problemas estructurales que venían incubándose con el tiempo; no tienen carácter inusitado ni abrupto” (Redacción Justicia del Tiempo, 2010). Con esta postura, la Corte Constitucional continúa predicando la existencia de una grave situación estructural del SGSSS, como lo hiciera en la emblemática sentencia T-760. Sin embargo, al igual que las ramas ejecutiva y legislativa del poder público, su enfoque no interpela el paradigma prevaleciente y se orienta a la salida reguladora.

Esto cobra relevancia específica, pues a la fecha la mayoría de la población indígena está afiliada a un SGSSS, a través de las EPSI, lo que significa que las organizaciones indígenas

deben atender una disputa multidimensional, que se desprende de avanzar en el reconocimiento de un sistema de salud propio e intercultural; aumentar y mantener posiciones de ventaja dentro del SGSSS a través de la adecuación sociocultural; disminuir los impactos de tal crisis sobre la garantía del derecho a la salud en una arena que les es impuesta; y finalmente responder por una institucionalidad ajena de EPSI e IPSI insertas en reglas administrativo-financieras que no consultan las dinámicas económicas, administrativas y sociales de las comunidades indígenas.

Esta crisis general del SGSSS y de la situación de salud, de soluciones fallidas por parte del Estado, definen buena parte los límites y posibilidades de la disputa política de los Pueblos Indígenas, porque si bien les condiciona por el nivel de inserción dentro de dicho sistema, también les habilita su planteamiento y desarrollo de un sistema alternativo.

En este contexto, las organizaciones indígenas del país se reúnen, luego de múltiples esfuerzos y gestión de recursos, en la Primera Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas de Colombia en mayo de 2010 en Villeta, Cundinamarca, en una tónica de rechazo a los impactos de la crisis en salud, a las condiciones impuestas de inserción dentro del SGSSS y de propuesta. En esta Asamblea participaron procesos nacionales y regionales encabezados por la ONIC, la Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana- OPIAC, la Confederación Indígena Tayrona y Autoridades Indígenas de Colombia-AICO, destacándose un proceso de convergencia y unidad del movimiento indígena en relación con la salud.

Las diferentes intervenciones y ponencias colectivas, mostraron en general un alto nivel de desarrollo de las políticas de las organizaciones indígenas en materia de salud, que incluyen institucionalidad propia representada en Programas de Salud, Consejos de Salud, Asociaciones de Médicos Tradicionales, una fuerte institucionalidad mixta representada por las IPSI y las EPSI, presencia importante de personal propio representado en médicos tradicionales, parteras y otros agentes propios; y personal intercultural como promotores, agentes comunitarios, auxiliares de salud pública y profesionales de la salud en varios campos. El conjunto de organizaciones reflejó en sus planteamientos las tres dimensiones de la disputa con el Estado y la sociedad en general, alrededor del fortalecimiento de: la salud y la medicina propia; los esfuerzos de adecuación intercultural del modelo médico

occidental; y las fallas de cobertura y acceso del SGSS, lo cual supone tensiones entre la institucionalidad estatal y la institucionalidad indígena.

Las presentaciones de Dusakawi¹⁶⁰, el Consejo Regional Indígena de Caldas-CRIDECA en conjunto con la Asociación de Cabildos de Caldas-ACICAL y la Asociación de Médicos Tradicionales del Occidente de Caldas-ASOMETROC; el CRIC, la OPIAC, la Asociación de Cabildos Indígenas-ASCAI de Bogotá, entre otros, coinciden con matices de diferencia y grado variable de desarrollo en cuatro aspectos:

La inconformidad con el SGSSS y su modelo de mercado, por su poder de fragmentar los territorios, las comunidades y los saberes tradicionales:

El surgimiento de esta ley [Ley 100] ocasionó una nueva ruptura del acercamiento entre la medicina occidental y la cultura de la salud propia...La clasificación de los indígenas en subsidiados, contributivos y vinculados afectó la unidad de las familias, las comunidades y por ende de los pueblos” (Dusakawi EPSI , 2010, pág. 2)

La participación dentro del SGSSS a través de EPSI o EPSI, a las cuales se les considera entidades de transición¹⁶¹ se asumen como:

(...) resultados de procesos de resistencia cultural, en tanto que al momento de imponerse la Ley 100, fue necesario hacer frente a la propagación de administradoras y prestadoras no indígenas, las cuales pretenden entrometerse en los territorios indígenas de modo inconsulto, colonizador, con visiones y lógicas totalmente opuestas al sentir e intereses de los Pueblos Indígenas y a sus culturas de la salud propias...[y] son herramientas institucionales públicas de carácter especial, que facilitan de un modo más adecuado la administración de la medicina occidental en el marco de la interculturalidad (...). (Pueblos Indígenas de la Sierra Nevada y la Serranía del Perijá, 2010, pág. 3)

La pervivencia de las prácticas de sabiduría ancestral, cultura de salud propia, medicina tradicional, rutas de atención propia, la utilización de recursos naturales y sitios sagrados propios lo considera como:

¹⁶⁰ Asociación de Cabildos del Cesar y la Guajira-EPSI

¹⁶¹ Las relatorías de la Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas 2010 Villeta, recogen este planteamiento: “las EPS e IPS indígenas son elementos de transición antes de llegar al sistema propio, deben mantenerse hasta el sistema propio”.

(...) un conocimiento y una práctica viva, que camina de la mano con la vida de nuestros Pueblos, que ha demostrado ser legítimo, eficaz, eficiente y funcional, capaz de dialogar e intercambiar saberes con la cosmovisión de otras culturas. (ALCALDÍA RIOSUCIO, CRIDEC, ACICAL, ASOMETROC y otros, 2007, pág. 45)

Para los Pueblos Indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta y la Sierra del Perijá, que hablan de culturas propias, se trata de:

(...) vivir la vida de acuerdo a las orientaciones de las normas propias establecidas por la Ley de Origen, para alcanzar de este modo la armonía y el equilibrio adecuado entre todos los seres que nos rodean: los seres humanos, las plantas, las aguas, los animales, las piedras, la luz, los alimentos, los sitios sagrados, los truenos, los relámpagos, los terremotos, las mares, los astros, el aire, el fuego, la oscuridad, el día, la noche, el frío, el calor. (Cabildos gobernadores de la Sierra Nevada de Santa Marta y la Serranía del Perijá, 2010, pág. 2).

La concepción de la salud como un proceso dinámico relacionado con la cosmovisión, la naturaleza, el territorio, las autoridades espirituales y políticas, la armonía y el sentido colectivo: “Un indio tiene salud cuando tiene territorio, comida, un ambiente sano y digno y comparte con toda la colectividad su felicidad”¹⁶² o en el caso de la exposición de los pueblos de la Sierra Nevada y la Serranía del Perijá:

Nuestra visión es indígena porque entiende que la salud es el equilibrio que se alcanza mediante la disposición de las condiciones adecuadas tanto espirituales como materiales y la vivencia de los modos de vida por orientación de la Ley de Origen. Así, la cultura de la salud propia se fundamenta en prevenir y reparar el desequilibrio espiritual y material que puede presentarse en la convivencia o interrelación entre todos los seres. (Cabildos gobernadores de la Sierra Nevada de Santa Marta y la Serranía del Perijá, 2010, pág. 2)

La necesidad de construir un sistema propio de salud intercultural tuvo propuestas muy concretas desde los Pueblos Indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta y la Sierra del Perijá, el CRIC y el CRIDEC. Para los primeros, por ejemplo, la propuesta era de un Sistema de Salud Intercultural para Pueblos Indígenas-SSIFI; el CRIC que había avanzado en el Décimo Tercer Congreso, en plantear un Sistema de Salud Indígena SSI, ya venía

¹⁶² Definición de la OPIAC, en Power Point, presentado durante la Asamblea de Villeta, 2010.

madurando una propuesta para la Asamblea de un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010), mientras que el CRIDEC, planteaba avanzar en el proceso de adecuación sociocultural en el municipio de Riosucio, en Caldas, del sistema de salud con autonomía y gobernabilidad propia e intercultural.

Para los Pueblos Indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta y Sierra de Perijá, el SSIPI debería ser dirigido y administrado por las autoridades propias y organizaciones indígenas en sujeción a la Ley de Origen; conformado por una red nacional de instituciones públicas de salud indígena y el modelo debería ser intercultural porque

(...) en los tiempos contemporáneos, como consecuencias de las estrechas relaciones entre culturas y sociedades de diversas características, la búsqueda del equilibrio y la armonía, y el control o combate de las enfermedades, se abastece y apoya en elementos, conocimientos y procedimientos, tanto de origen de los Pueblos Indígenas, como de origen de las sociedades no indígenas. (Cabildos gobernadores de la Sierra Nevada de Santa Marta y la Serranía del Perijá, 2010, pág. 3)

Para el CRIC el SISPI debe ser gobernado por los Indígenas, de ahí que el sistema debe ser “Indígena”; debe ser de salud propia en alusión a la presencia protagónica de la sabiduría ancestral y la medicina tradicional; y debería ser intercultural para incluir la adecuación sociocultural de la medicina occidental, el diálogo con otras medicinas y la administración de servicios de medicina occidental, en el marco de las necesidades y propuestas de los Pueblos Indígenas (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010). Alcides Musse, para entonces consejero de salud del CRIC y ponente en la Asamblea de la experiencia del Cauca, agrega que:

Con todos los aportes de ese encuentro se pensó que el sistema de salud no solamente debía pensarse en cerrarse, sino que ya había una realidad de que hay muchas otras cosas que se vienen presentando y que van a requerir de intervenciones de otro tipo de medicinas, entonces había que hablar de algo mucho más integral, no solamente cerrarse a lo indígena sino dar la posibilidad a otro tipo de intervenciones alternativas que pueden ayudar, prevenir y proteger la salud de los pueblos y en ese sentido fue que se llamó el Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural, además pensando en el tema de los demás pueblos, desde ahí entonces viene el tema del SISPI. (Musse, 2019, pág. 3)

De esta manera, junto a múltiples participaciones y ratificando que la salud es un derecho fundamental, y que la construcción de un Sistema Alterno al SGSSS requería de procesos de unidad del movimiento indígena, la Asamblea adoptó una declaración pública que recogió estas tendencias de ruptura y construcción alternativa.

En la declaración pública (ONIC, OPIAC, CIT, AICO, 2010) los Pueblos Indígenas destacan cómo en medio de la violencia, la extinción y la persecución, se impone la exclusión, discriminación, el despojo e imposición cultural a favor de los intereses privados, que en el caso de salud se manifiesta en que:

(...) bajo el modelo de la Ley 100 de 1993, los pacientes pasamos a ser clientes, convirtiendo el derecho a la salud en una mercancía o negocio que favorece los intereses privados, [lo cual requiere]... reformas estructurales que parten de la derogación de la ley 100 y de su modelo perverso que ha fracasado en nuestro país. (ONIC, OPIAC, CIT, AICO, 2010, pág. 1)

Dejando sentada de esta manera una posición estructuralmente opuesta al actual SGSSS y declarando que es prioritaria la defensa de la vida, el territorio y el patrimonio social, cultural y ambiental; que la salud es un derecho fundamental que requiere esfuerzos en alianza con otros sectores de la sociedad más allá de la llamada emergencia social, que a nombre de resolver los problemas de atención de la población, lo que buscaba era: “privilegiar los intereses de unos pocos...” (ONIC, OPIAC, CIT, AICO, 2010, pág. 1).

En este marco, la Asamblea se propone realizar un Congreso Nacional de Salud Indígena para legitimar y consolidar la puesta en marcha de un “(...) Sistema de Salud Propia e Intercultural, en armonía con la ley de origen, la constitución política de 1991, la declaración universal de naciones unidas sobre Pueblos Indígenas y el Convenio 169 de la OIT” (ONIC, OPIAC, CIT, AICO, 2010). Al mismo tiempo exige, en perspectiva crítica y de agotamiento, “la derogatoria del actual sistema de salud, que contraría los principios de humanidad y equidad social”; y en perspectiva alternativa, “el reconocimiento político, jurídico y garantía financiera al Sistema de salud propio e intercultural de los Pueblos Indígenas”, sin dejar de llamar a otros actores a consolidar un “sistema de salud alternativo” (ONIC, OPIAC, CIT, AICO, 2010, pág. 1).

Este hecho, que contó con la participación del Gobierno, se convirtió en un hito en la historia de la configuración de las políticas de salud indígena estatales y para las políticas indígenas de salud del sujeto político indígena, porque en línea con lo que ya se venía planteando en congresos anteriores de la ONIC, en otras instancias nacionales y de manera explícita, argumentada y propositiva en el décimo tercer congreso del CRIC (2009), así como en los Cabildos Gobernadores de la Sierra Nevada de Santa Marta y la Sierra del Perijá; la Asamblea determinó exigir la terminación del SGSSS bajo la Ley 100, las garantías para el desarrollo de un “Sistema Propio” y convocar al movimiento social a trabajar por un modelo alternativo más allá del mercado, en un escenario que contó con todas las representaciones indígenas del país.

5.4 Balance preliminar del periodo. Entre mayor adaptación al SGSSS, mayor necesidad de desarrollar un sistema propio de salud

En el plano general, el pulso entre los Pueblos Indígenas y el Gobierno, como expresión histórica del régimen político, tuvo un costo alto en términos de violaciones a los derechos humanos, desplazamiento forzado, pérdida de vidas, persecución y estigmatización, que rodearon el incumplimiento reiterado de los compromisos del Estado con el movimiento indígena y en particular con el CRIC.

En este contexto, el movimiento indígena y el CRIC enriquecieron sus formas de resistencia y movilización, profundizando discursos y prácticas orientadas no solo a exigir el cumplimiento de los acuerdos pactados con el gobierno, sino que con una perspectiva más global protagonizaron una tenaz lucha por la defensa de la vida y la integridad de los territorios, afectada por la incursión de todos los actores armados, incluidas las fuerzas militares del Estado; pero también por la dinámica extractivista impulsada fuertemente por el Gobierno. En este sentido, además del rechazo a la violencia y las políticas neoliberales, se hizo muy fuerte la dinámica alterna y contracivilizatoria, al poner en la discusión pública el papel del control territorial, a partir de las autoridades y la guardia indígena para construir autonomía y contribuir a la paz; el sentido de recuperar la tierra como forma de liberarla de los modelos de desarrollo depredadores; la necesidad de llevar las violaciones de derechos

humanos, no solo a la justicia indígena sino a un tribunal indígena con poder de incidencia nacional e internacional; y finalmente, avanzar en la construcción de un parlamento indígena para legislar por la vida y la protección del territorio.

Las formas de negociación entre Pueblos Indígenas y Estado, durante la década, aunque continuaron la espiral, ya comentada, de violencia e incumplimientos, movilizaciones, acuerdos, nuevos incumplimientos y deslegitimación para pasar a nuevas y renovadas demandas, alcanzaron definitivamente un estatus de disputa política y jurídica entre el alto gobierno y el sujeto político indígena, con un fuerte protagonismo del CRIC y de la ONIC. La inexecutable del Plan de Desarrollo del Gobierno Uribe 2006 y 2010, de las Leyes Forestal y de Desarrollo Rural, así como el apoyo tardío en respuesta a una fuerte movilización indígena de la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas, son algunas de las expresiones del nivel e intensidad de las luchas indígenas, pero también de la capacidad de involucramiento de la sociedad en general, la rama judicial y la comunidad internacional, en esta disputa que supera cualquier esencialismo indigenista y se instala en una discusión política más amplia sobre el Estado Social de Derecho, la democracia y las perspectivas del desarrollo.

La jurisprudencia general a nivel nacional e internacional sobre Pueblos Indígenas consolida un marco garantista de derechos específicos caracterizados por un amplio espacio del reconocimiento a la autodeterminación y la autonomía, aún en tensión con las normatividades específicas como en el caso de la salud, donde todavía el espíritu de la norma general indígena permanece en una disputa estructural de formas y contenidos para garantizar el derecho a la salud con la normatividad general del SGSSS y sus adecuaciones parciales para los Pueblos Indígenas en el marco de la Ley 100, sus reformas y disposiciones operativas.

El SGSSS termina con una mayor crisis de legitimidad, eficacia, operatividad e insostenibilidad financiera, pero al mismo tiempo con el fortalecimiento de la intermediación administrativa-financiera como paradigma de operación del sistema en manos de privados y un fuerte desmantelamiento del sector público. Si bien la afiliación de la población es superior al 80% de la población, las barreras de acceso, el recurso de tutela y la acción judicial es preponderante. No obstante, con la Sentencia T-760 se abre camino el

reconocimiento del derecho a la salud como fundamental y se posiciona con singularidad a nivel global un fuerte liderazgo del activismo para su protección, en fuerte tensión con las ramas ejecutiva y legislativa del poder público y a pesar de no cuestionar el modelo de fondo del SGSSS.

En efecto, coincidiendo con la terminación de los gobiernos de Uribe en 2010, la tarea asimilacionista por la vía del mercado del Estado para configurar una Ley 100 para indígenas, ha avanzado significativamente en un proceso de intensa disputa y resistencia. Más del 75% de la población indígena está en el régimen subsidiado y la gran mayoría afiliada a Empresas Promotoras de Salud Indígenas-EPSI, y además un porcentaje que puede llegar al 50% es atendida en Instituciones de Prestación de Servicios de Salud Indígena EPSI al menos en el nivel básico. Se avanza en la consolidación de un Plan Obligatorio de Salud Subsidiado Indígena y quedan las líneas establecidas para que con estudios específicos se pueda aprobar una Unidad de Pago por capitación-UPC diferencial.

En menos de 15 años, desde el acuerdo 23 de 1995, las organizaciones indígenas han tenido la habilidad de avanzar en adaptarse a la matriz de una ley que no fue consultada y que, por su fundamento en el mercado, en cualquier caso, riñe con las formas organizativas de las comunidades. Esta habilidad ha tenido consecuencias positivas en unos sentidos porque la propia gestión a partir de las organizaciones indígenas ha mejorado el acceso real a servicios de salud occidentales. No obstante, las comunidades poco a poco van evidenciando que sus procesos propios no se fortalecen y que es necesario avanzar a un sistema de salud indígena por fuera de la Ley 100, o al menos con mayor autonomía.

Los Pueblos Indígenas han consolidado una trayectoria grande de operación dentro de las condiciones del SGSSS con apoyo en adecuaciones parciales a nivel administrativo, financiero, operativo y sociocultural; y a partir de allí construyen evidencia sobre la necesidad de continuar cimentando un sistema propio de salud que emerge por primera vez como lo que será el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI, es decir se hace consistente el tránsito entre influir la política indígena de salud del Estado, construida *para otros, para la otredad* en la versión racializada del integracionismo de mercado; hacia una política indígena de salud que responda a la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho propio, es decir construida desde la alteridad en movimientos de creación,

resistencia y desarrollo intercultural. El Programa de Salud del CRIC retoma protagonismo frente a la fuerza de la EPSI, la AIC, y transforma su plataforma política creada desde 1981 en los componentes del SISPI: Político-Organizativo, Administración-gestión, Formación e Investigación, Cuidado de la Salud y Sabiduría Ancestral; alcanzando un mayor nivel de estructuración para orientar la disputa política con el Estado en la línea de transitar a un mayor nivel de gobernabilidad de la salud en sus territorios.

6 El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI: Nueva fase de disputa entre autonomía e integracionismo de mercado en tiempos de paz, 2010-2017

En 2010 culmina una etapa de la modernización del régimen político y del Estado, cuya impronta diferenciadora fue el autoritarismo, en el seno del cual se recortaron las libertades democráticas por la vía de la estigmatización, la violencia política y el debilitamiento de la institucionalidad pública. Mientras tanto, la agenda económica y social continuó en los límites de la agenda neoliberal, ya marcados desde los años 90, pero en una etapa de intensa apertura, privatización y financiarización de la política social.

El nuevo presidente, Juan Manuel Santos, venía de la estructura de esta agenda al haberse desempeñado como Ministro de Hacienda en el Gobierno de Pastrana y como Ministro de Defensa en el de Uribe, el cual lo respalda junto con las élites políticas y económicas para ganar la presidencia. Esto explica en buena parte la continuidad del modelo económico y social, y la profundización de la agenda neoliberal con un gran énfasis en el fomento del extractivismo. Por lo que los elementos diferenciadores consistían en una leve apertura al diálogo social y político, y las negociaciones de paz con las FARC-EP y el ELN; con lo que el proceso de modernización del régimen político entraba en una era que requería de condiciones de estabilidad social y política para asegurar un avance más eficiente del modelo económico. No obstante, el nuevo clima de tolerancia, si bien se registró un incremento en la protesta social al menos entre 2010 y 2015, también se extendió y se profundizó su represión (Archila Neira, 2019), e incluso durante los primeros años de gobierno, se mantuvo el fenómeno de las ejecuciones extrajudiciales (Rodríguez G. P., 2014).

En materia de negociación y acuerdos de Paz, el primer Gobierno de Santos avanzó en la exploración y generación de condiciones, que se tradujeron en la apertura formal de negociación con las FARC-EP y en la continuidad de los intentos con el ELN. En 2016 se logra la firma del “Acuerdo general para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera” entre el Gobierno y las FARC-EP; alrededor de cinco componentes en materia de desarrollo rural, sistema integral de justicia, verdad, reparación y no repetición, drogas ilícitas, participación política, fin del conflicto y lo relacionado con la verificación y la implementación (Equipo Paz, Gobierno, s.f.). Los Acuerdos fueron llevados a un plebiscito en octubre de 2016 donde fueron derrotados por un estrecho margen, y luego de un proceso de ajustes exigidos por los defensores del NO al acuerdo paz, finalmente, en diciembre y con el apoyo del Congreso, se firmaron los acuerdos definitivos, con cambios sustanciales en materia de participación política, víctimas y ruta de implementación.

Este proceso, desde la perspectiva de los Pueblos Indígenas y en particular del CRIC, atraviesa la dinámica de resistencia y movilización, porque se asumen como protagonistas y especiales interesados en que se haga la paz, pero considerando las propuestas construidas desde los años 90. Se mantienen las expectativas de que los acuerdos no debiliten la autoridad de los cabildos para ejercer el control territorial de sus resguardos y para la aplicación de la justicia especial, y que las políticas sociales ligadas a los mismos se implementen con la participación indígena.

La lucha por incluir un capítulo étnico en los Acuerdos reflejó lo vivido en los años precedentes, en los que tanto Estado como guerrillas, desconocían la existencia del sujeto político indígena como autoridad territorial y actor de paz. Esto llevó a que buena parte del proceso contencioso entre Pueblos Indígenas y Estado, entre 2010 y 2016, estuviera dirigido a impulsar el proceso de paz en medio del cual se tejió una alianza progresiva con el Gobierno de Santos para frenar a los enemigos de las negociaciones, sin que eso significara inmediatamente una inclusión integral del movimiento indígena en tales procesos, ni que se avanzará en el cumplimiento de los compromisos adquiridos en materia de derechos y de respeto a la vida e integridad de los indígenas, como fuera su expectativa inicial.

Igualmente, durante el proceso de negociación las FARC-EP, casi que reproduciendo la matriz excluyente y racializada del régimen político y del gobierno en particular, hicieron todo lo posible para que los Pueblos Indígenas quedarán subordinados a sus perspectivas y lecturas de lo que debía ser la paz. Todo esto explica decenas de movilizaciones indígenas que respaldaban el proceso de paz, pero demandaban un lugar particular en el mismo, lo que se logró parcialmente el día que se realizó la firma de los Acuerdos a través del capítulo étnico, que en pocas palabras establecía la consulta previa para la implementación de los mismos.

En materia de salud, el Gobierno Santos está comprometido con la lógica del SGSSS, y por lo tanto, se dedica a una intensa ola de microreformas a través de leyes, decretos, resoluciones, etc., que buscan superar la persistente crisis de más de 15 años del mismo.

El presente capítulo recorre el periodo comprendido entre 2010 y 2017, a través del análisis de tres momentos clave en la configuración de las políticas estatales e indígenas en salud. En el primer momento, se destaca la construcción participativa de los elementos conceptuales y estructurales del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI por parte del CRIC, que se traducen en la expedición de la Resolución 01 en ejercicio del gobierno y autonomía de los cabildos indígenas del Cauca reunidos en la Junta Directiva en 2011.

En el segundo momento, entre 2011 y el primer semestre de 2014, se analiza el Plan Nacional de Desarrollo-PND (2010-2014), consultado por primera vez con los Pueblos Indígenas por parte del primer Gobierno del presidente Santos y sus implicaciones para la política pública de salud indígena. Durante este periodo se destacan hitos de política pública por parte del Estado que siguen la ruta reformista para enfrentar la crisis integral del SGSSS como la Ley 1438, que anacrónicamente regresa al lenguaje de raza para referirse a los grupos étnicos. Igualmente, se analizan normas de adecuación sociocultural y algunas que reflejan el avance parcial en lo comprometido en el PND, fruto de la movilización indígena.

Finalmente, en un tercer momento entre 2014 y 2017, se analiza la dinámica de construcción desde el CRIC y el movimiento indígena del SISPI, al tiempo que se va

reflejando cómo el Gobierno coopta, adapta y subordina de nuevo la política indígena de salud por dentro del SGSSS mediante un proceso fuertemente contencioso que culmina con el Decreto 1953 de 2014. Esto lleva al CRIC; luego de transitar por las instancias de negociación y la movilización, y no obstante las alianzas con el Gobierno y el movimiento social por la paz; a plantear una etapa de transición que implica que la Ley 100 salga de sus territorios a medida que pone en operación plena el SISPI, apoyándose en la Ley Estatutaria de 2015, la Jurisdicción Especial Indígena, la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio ya definidos en el capítulo anterior¹⁶³.

6.1 El CRIC legisla y adopta el SISPI mediante Resolución 001 de 2011

En Agosto de 2010, terminada la Asamblea Nacional de salud de los Pueblos Indígenas de Villeta, el Programa de Salud del CRIC elaboró participativamente un documento de propuesta de Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010), que recogía los acumulados del trabajo en salud del CRIC desde 2009 e incorporaba los aportes y definiciones emanados de la mencionada Asamblea. Luego de un proceso de socialización y discusión de la propuesta en las zonas y resguardos con las autoridades zonales y locales, y con base en un borrador de resolución en calidad de instrumento normativo propio, el 24 de enero de 2011 el CRIC reunido en junta directiva en el Resguardo Indígena de San Andrés de Pisimbalá en el municipio de Inzá-Cauca adoptó la Resolución 001 “Por medio de la cual se adoptan mecanismos para la consolidación y operativización del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI” (CRIC, 2011).

El documento técnico es relevante porque sienta las bases conceptuales para las discusiones y elaboraciones posteriores en el Cauca y el país en materia de SISPI. La salud, por ejemplo, es concebida como:

¹⁶³ Recuérdese que la Ley de Origen explica los fundamentos histórico-culturales de cada Pueblo Indígena, del Derecho Mayor que se refiere a la normatividad aplicable en ese contexto histórico y sociocultural y derivada de los ancestros y los mayores, y el Derecho Propio concreta en la vida social y cotidiana las formas apropiadas de relacionamiento entre el ser humano, los demás seres vivos incluida la madre tierra y el territorio y las autoridades

(...) el buen vivir resultado del equilibrio armónico de las relaciones físicas y espirituales del ser humano con su familia, la comunidad, la naturaleza que le rodea y el territorio en el que desarrolla su proceso de vida, observando las leyes naturales ancestrales, el derecho mayor de cada pueblo, la legislación indígena y la normatividad internacional. (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010, pág. 15)

Se destaca aquí la emergencia en el discurso del *Buen Vivir*¹⁶⁴/*Vivir Bien*¹⁶⁵ que se ubica en la ola decolonial y contracivilizatoria de las luchas populares e indígenas a nivel global, en particular en América Latina. En Ecuador el Buen Vivir, Sumak Kausai en Kichwa, se convirtió en un principio orientador de la nueva Constitución Política de 2008, como fruto de la contienda política entre los Pueblos Indígenas y el conjunto de las ciudadanías comprometidas con una forma distinta de comprender, valorar y actuar en relación con la vida, la justicia, el bienestar y el territorio, desde la diversidad epistemológica, praxiológica y axiológica, y más allá de los paradigmas desarrollistas de mercado. En el mismo sentido y en el marco del proceso de transformación política, económica y sociocultural en Bolivia de la década de los 2000, este nuevo paradigma se acuñó como Vivir Bien, Suma Qamaña, y se convirtió en principio orientador en la nueva Constitución de 2009.

En este marco y siguiendo con el documento del CRIC sobre el SISPI, el concepto de salud ligado a equilibrio y armonía se refiere por lo menos a cuatro tipos de relación:

Las relaciones Ser Humano-Naturaleza, entendidas como que

(...) no hay superioridad jerárquica entre uno y otro y la naturaleza de cierta forma se humaniza, de tal manera que se constituye un sistema con diferencias de rol y autoridad. Existe una rica significación de las relaciones humano-naturales que combina lo material y lo espiritual de tal

¹⁶⁴ “El Buen Vivir como principio estructurador de la nueva Constitución implica el reconocimiento de las concepciones de sustentabilidad y respeto a la naturaleza promovidos por las sociedades indígenas. Más que una declaración constitucional es una oportunidad para construir colectivamente un nuevo régimen de desarrollo basado en una economía solidaria. Esto significa alejarse de una economía sobredeterminada por las relaciones mercantiles, impulsando una relación dinámica y constructiva entre mercado, Estado y sociedad. El Buen Vivir es utopía de un proyecto de vida en común a ser ejecutada por la acción de la ciudadanía” (Acosta, 2008, pág. 33).

¹⁶⁵ “En el Vivir Bien, todos y todo disfrutamos plenamente una vida basada en valores que han resistido por más de 500 años. Estos valores, estos principios, son la identidad que nos han legado nuestros abuelos, la armonía y la complementariedad en nuestras familias y en nuestras comunidades con la naturaleza y el cosmos, más la convivencia por medio del consenso diario entre todos y todo en nuestras comunidades y la sociedad entera” (Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas CAOI, 2010, pág. 35).

manera que la ruptura de estas relaciones produce malestar, perturba la armonía y conduce a la enfermedad. (OPS, Urrego, J., 2008, pág. 15)¹⁶⁶

Las relaciones Ser Humano-Territorio que:

Trasciende lo físico y alcanza el espacio económico, social, cultural y político donde se realiza la vida de las comunidades. El comportamiento protector del territorio es una condición de sostenibilidad y permanencia de los pueblos. La salud está asociada a una relación armónica desde y con el territorio y luchar por los territorios es una forma de lucha directa por la salud". (OPS, Urrego, J., 2008, pág. 15)¹⁶⁷

Siendo los elementos de dicha relación:

(...) la posesión de la Tierra donde pueda el ser humano vivir; la tierra donde trabajar, huerta donde sembrar cultivos propios y consumir alimentos sanos, las relaciones comerciales, económica, educación propia, deporte y recreación. El territorio visto como espacio de realización de los planes de vida, que al estar disminuido y amenazado limita las posibilidades de reproducción de las comunidades y por tanto de armonía con la naturaleza y la misma organización (...). (CRIC, AIC, Escue Alcibiades y otros, 2008, pág. 6)¹⁶⁸

Finalmente, las relaciones Ser Humano-Comunidad, Gobierno, Autoridad y Organización.

Es fundamental mantener una relación armónica entre las personas de la comunidad, la familia como primer núcleo social en el que se transmiten conocimientos, normas de vida y prácticas y las autoridades políticas y espirituales de cada territorio, y sus autoridades, ya que en estricto sentido, no existe la enfermedad solo en un individuo, toda enfermedad entraña una variación o afectación de todas las relaciones sociales y del orden normativo establecido, tales como la familia, la comunidad, la Asamblea, el Cabildo y las Autoridades propias en general. (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010, pág. 28)

De esta forma se plantean referentes conceptuales que modifican la forma de caracterizar la situación de salud, y por tanto, de gobernarla y administrarla en los territorios; en la

¹⁶⁶ Referenciado en (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010, pág. 27)

¹⁶⁷ Ídem, pág. 28.

¹⁶⁸ Referenciado en (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010, pág. 28)

medida en que se presentan quiebres epistemológicos y axiológicos, porque la diferencia entre naturaleza, territorio y ser humano, comunidad y organización no se ubica en el campo de una cosa y un sujeto, sino que comparten el mismo estatus ontológico por lo que no existe la separación y la jerarquía estática, y en tal sentido es el equilibrio el núcleo de la reflexión y la acción.

En esta línea, la lectura de la situación de salud es presentada como un campo de acción para fortalecer el equilibrio -o restablecerlo si está afectado- en estas tres relaciones, haciendo uso de la sabiduría ancestral, la autonomía, el gobierno y el trabajo intercultural. Surgen así categorías para elaborar una especie de *cartografía del buen vivir* que trasciende las manifestaciones espirituales y materiales de los desequilibrios en los tres campos relacionales, incluidas las denominadas enfermedades propias para referirse a los malestares percibidos y reconocidos en el seno de la cosmovisión y las prácticas culturales; y las enfermedades “afueranas”: aquellas que corresponden a la clasificación hegemónica de la medicina occidental,¹⁶⁹ pero también que se originan en el mundo de la hibridación sociocultural e histórica de los pueblos originarios con la sociedad blanco mestiza (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010).

Tal cartografía, debe dar cuenta entonces de las tensiones, las condiciones de posibilidad, las amenazas y las alternativas a través de las cuales los Pueblos Indígenas transitan a diario para mantener vigente, fortalecer y proteger la autonomía, la autoridad, el territorio y la cultura en el marco de la cosmovisión, la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio, así como la jurisdicción especial, y en escenarios tan potentes de modelos de desarrollo depredadores, políticas públicas regidas por reglas de mercado, violencia, discriminación, racismo y exclusión sociopolítica.

El SISPI aparece en este momento como un desarrollo del Sistema de Salud Indígena-SSI, planteado en el Décimo Tercer Congreso en 2009, y posiciona modificaciones importantes que se expresan en lo siguiente: 1. Es un Sistema Indígena de Salud más allá de un Sistema de Salud Indígena, porque lo que se busca relevar es que tal sistema debe ser gobernado por los indígenas, por lo que prima el sujeto indígena, antes que el objeto, la salud; 2.

¹⁶⁹ Ya en el capítulo 2 se hizo referencia a los aportes de Hugo Portela en sus trabajos de investigación con el Pueblo Nasa.

Cuando se considera que solo es de salud indígena, es como referido a las prácticas médicas tradicionales de los indígenas; y el SISPI, en cambio, tiene la aspiración de trascender y gobernar el conjunto de saberes y prácticas tanto propias como interculturales, incluidas las medicinas alternativas y la medicina occidental, en sus territorios.

En relación con los componentes del SISPI, el CRIC mantiene la lógica de lo ya definido desde 2009, y agrega detalles de estructura y operación que van proyectando con mayor solidez su propuesta.

En general, se resalta que el componente político organizativo debe garantizar el gobierno y la autonomía en el territorio, que se fundamenta en una estructura de doble vía, de abajo hacia arriba y viceversa; a partir de las asambleas de autoridades y comunidades a nivel local en el resguardo, en las zonas indígenas o de asociación de cabildos; y en el nivel regional del CRIC. En la cabeza de la dinamización aparece de nuevo el rol institucional que se asigna al Programa de Salud, que se convierte en el actor operativo de las decisiones de la Consejería Mayor del CRIC, y hace puente con los programas de salud zonales y de resguardo. Igualmente, este componente mantiene la función de relaciones con el Estado, que ha acompañado la estructura del Programa de Salud desde 1981.

En el componente administrativo y de gestión se resalta la necesidad de fortalecer la administración ancestral en la cual las decisiones de manejo de los recursos es participativa y de base comunitaria, por lo que se hace énfasis en el desarrollo de los mecanismos de control y seguimiento técnico, financiero y sociocultural.

Para la administración de los recursos y flujos financieros, se propone la creación de unidades administrativas por cada regional del movimiento indígena nacional, en este caso una para el CRIC, entendidas como “(...) delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía¹⁷⁰ y demás recursos lícitos provenientes de diferentes sectores estatales o privados, para el desarrollo de las políticas de salud de los Pueblos Indígenas” (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010, pág. 64).

¹⁷⁰ El Fondo de Solidaridad y Garantía, es una estructura de recaudo y articulación de fuentes de financiación del SGSSS creado en la Ley 100.

Estas Unidades manejarán la “Unidad de Financiamiento del Sistema Indígena de Salud, la cual debe “garantizar los modelos de prestación de salud de cada pueblo”. Y para fijar su valor, en contraste con la vigente Unidad de Pago por Capitación-UPC de los regímenes subsidiado y contributivo actuales, esta debe ser colectiva y solo para efectos de cálculo se tomará como base el valor de la UPC del contributivo que es más alta, adicionarse los costos para la atención diferencial de la población indígena, los recursos de salud pública y aquellos calculados para cubrir las enfermedades de alto costo o ruinosas, considerando que en todo caso la manera de distribuir tales recursos es a través de los componentes del SISPI (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010).

Dentro de este componente se hace énfasis en el sistema de información indígena en salud, el cual tiene como base la ficha familiar, la cual debe reflejar de manera integral e intercultural la situación del individuo y la familia, así como las relaciones del Ser Humano, con la naturaleza, el territorio, la familia, la comunidad y la autoridad. En este punto, el CRIC ha incluido desde los años 80, en la disputa con las instituciones de salud del Estado, el reconocimiento a un sistema de información en salud propio e intercultural; no obstante, salvo la inclusión de algunas variables más de tipo clasificadorio de la otredad, como pueblo étnico o uso de medicina tradicional, el sistema oficial no ha incluido estas demandas. Por esta razón, cuando nacieron las IPSI a finales de los años 90, retomaron los trabajos acumulados por el Programa de Salud del CRIC y fueron implementando una ficha familiar que diera cuenta de los aspectos mencionados de manera complementaria a la información exigida por el SGSSS. Con la Resolución 001 que adopta el SISPI en el Cauca, se ordena fortalecer la ficha familiar propia e intercultural e integrarla al sistema de información indígena del CRIC. La ficha familiar cuenta con 180 variables, con lo que aumenta la captura de información a aspectos socioeconómicos y comunitarios más allá de la información individual; y adicionalmente, hace énfasis en las formas de cuidado propias de las familias en materia de salud. Esta ficha es la que actualmente utilizan las IPSI y que reconoce la AIC en el Cauca en un ejercicio de autonomía parcial por dentro del SGSSS, y por fuera de éste para sustentar las políticas indígenas de salud.

En relación con el componente de atención intercultural, se define trabajar bajo los modelos de salud de cada Pueblo Indígena, articulando la estrategia de atención primaria. El SISPI, al menos en el Cauca, tiene un conjunto de sujetos cuidadores de la salud entre las que se

cuentan en el ámbito propio y comunitario: las familias, los sabedores ancestrales (médicos tradicionales, parteras, pulseadores¹⁷¹ y sobanderos¹⁷²) y las personas Indígenas capacitadas en salud, que a esta fecha son auxiliares de salud pública, según la denominación oficial y dinamizadores según la denominación interna del CRIC. Desde el ámbito externo, pero en perspectiva intercultural y con presencia en la comunidad, se cuenta con equipos multidisciplinarios conformados por médicos occidentales y alternativos, enfermeras -muchas de ellas de los resguardos indígenas-, odontólogos y auxiliares, entre otros. El personal propio es seleccionado por las comunidades y el externo sigue un proceso de selección que incluye exigentes criterios de disposición a trabajar con comunidades indígenas.

Las funciones del sabedor ancestral son:

(...) mantener la armonía y equilibrio comunitario; mantener viva la identidad de sus pueblos a través del conocimiento y ejercicio práctico de la Medicina tradicional. Son intermediarios con los espíritus de la naturaleza. Manejan y conocen las propiedades de las plantas medicinales, alimentos, bebidas, el agua, entre otros. Su don o espiritualidad se trasmite a través de los sueños, la herencia de los padres, abuelos o familiares, la enseñanza, la creatividad y el empirismo y se manifiesta a través de fenómenos de la naturaleza, como el trueno, las nubes y los cometas, posee cualidades que le permiten comunicarse con los espíritus, quienes le ayudan mostrándoles los sitios en donde se ha depositado los males, ya sea en el cuerpo o en el territorio, para que puedan restablecer la armonía y equilibrio (...). (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010, pág. 80)

Cada pueblo indígena tiene una variedad de agentes de salud tradicional o propios que varían en sus roles, jerarquías y formas de articulación dentro de cada cultura y territorio, y en su conjunto portan y lideran dentro de la comunidad la sabiduría ancestral¹⁷³. El modelo plantea cuatro tipos de escenarios de atención en el SISPI:

¹⁷¹ Identifica los desequilibrios a partir de sentir y palpar el pulso de las personas.

¹⁷² Se encarga de ayudar en casos de lesiones musculoesqueléticas.

¹⁷³ Algunos de los agentes del pueblo Nasa: "Los médicos tradicionales (...) The Walas (...) encargados de restablecer el equilibrio y armonía de la persona, familia y comunidad, poseen (...) recursos terapéuticos, determinados principalmente por las características culturales del grupo. Las parteras ó comadronas son las encargadas de cumplir con las prácticas culturales en la atención del embarazo, parto y dieta de las mujeres indígenas, a través de masajes acomoda la posición del bebe [y con] (...) el uso de las plantas atienden el parto. Esta labor, es desarrollada generalmente por las mujeres y algunos hombres. Los sobanderos (as): atienden a quienes han sufrido de torceduras de

(...) uno familiar en la vivienda; otro los centros de atención intercultural comunitarios que corresponden a los puestos de salud que ya existen o que deben construirse, y que en todo caso, deben estar manejados por las autoridades y adecuarse para el desarrollo de los modelos de salud; además los centros de encuentro de sabiduría ancestral para la armonización, investigación y desarrollo de las prácticas médicas indígenas, en el que se realizan actividades en salud indígena de tipo personal, familiar y comunitario. Y fuera de los territorios [estarían las sedes de las IPSI en las cabeceras municipales donde se combina la medicina occidental y la atención intercultural y en las ciudades] están los hospitales de medicina occidental, que también deberán ser adecuados socioculturalmente. (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010, pág. 80)

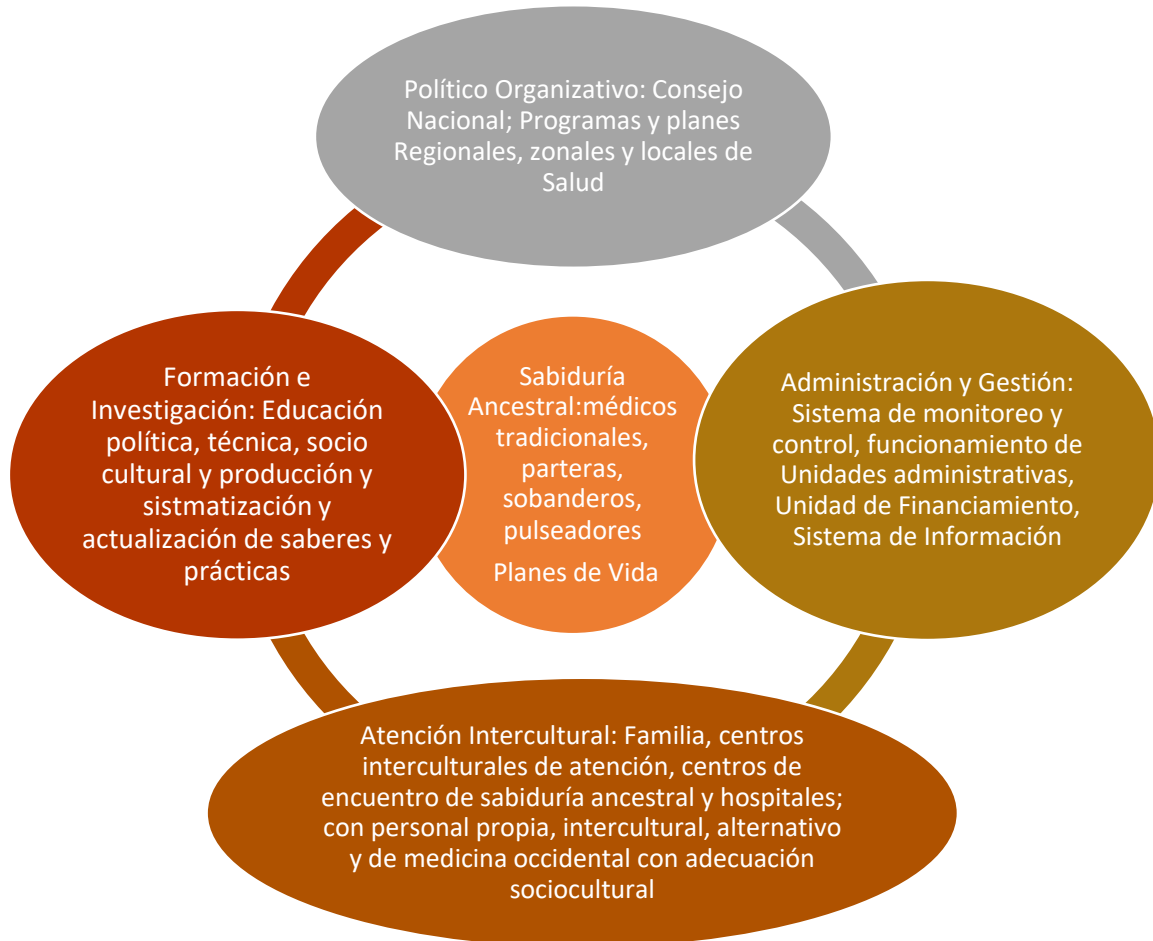
Finalmente, el componente de Formación e investigación define lineamientos encaminados a la educación integral de personal de salud en los niveles político, organizativo, técnico y sociocultural; en la necesidad de trabajar con los sabedores ancestrales en la sistematización de saberes y prácticas y en su actualización y recreación para el buen vivir, en el marco del SISPI (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010). Para este componente se estipula que la Universidad Autónoma Indígena Intercultural-UAIN en coordinación con el Programa de Salud, lidere los procesos de formación del personal del SISPI. De esta forma, el proceso de formación de personal e investigación, líneas estratégicas de la política indígena de salud del CRIC, tiene ahora en la UAIN un escenario que progresivamente tomará el liderazgo frente a las comunidades y frente al Estado, sobre la gobernabilidad de reproducir capacidades y desarrollar el conocimiento en abierta disputa a la institucionalidad hegemónica de la educación, la ciencia en general y en salud. Esta Universidad nace como una decisión autónoma de los Pueblos Indígenas del Cauca en cabeza del Programa de Educación del CRIC e iniciará, muy pronto, diversos programas de formación, entre ellos el de salud comunitaria a nivel de pregrado de cinco años, superando los procesos de formación propia anteriores que eran ciclos cortos.

El siguiente gráfico refleja la estructura del SISPI con sus principales componentes y contenidos, presentando el desarrollo entre aquella primera estructura (supra) definida en

alguno de sus miembros (pies, brazos, manos, dedos), fracturas o dislocaciones. Estos a través de masajes, plantas y pomadas alivian las lesiones. Los pulseadores y llamadores de velas: son los encargados de curar el susto y el espanto especialmente en los niños, a través de ritos que se diferencian en cada uno de los pueblos. En el caso de los Yanaconas, existe complementariedad entre los saberes ancestrales y las prácticas religiosas cristianas, pues a través de rezos y el conocimiento de las plantas curan el susto (...)" (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010, págs. 80-81).

el décimo tercer congreso del CRIC y esta nueva que tiene un mayor nivel de detalle y complejidad.

Gráfico 7: Propuesta de SISPI Cauca 2010.



Fuente: (CRIC, Programa de Salud CRIC, 2010)

Elaboración: Jaime Hernán Urrego

De esta manera se cristaliza un nuevo hito en el proceso de configuración de la política de salud indígena en el país, a partir de la decisión política, normativa y técnica de avanzar en la construcción de un sistema propio e intercultural en salud. A partir de la Asamblea Nacional de Salud Indígena, pero sobre todo a partir de esta Resolución regional, toda la movilización indígena en salud toma como referencia al SISPI, y todas las movilizaciones y negociaciones entre Pueblos Indígenas y gobierno gravita alrededor de esta definición

autónoma de las autoridades indígenas, en primera instancia del CRIC, pero en general de todo el país.

En el mes de febrero de 2011 el CRIC,¹⁷⁴ como sujeto político, completó 40 años de existencia con la suficiente solidez interna y referencia externa para avanzar en la construcción contenciosa con autonomía, identidad y unidad en la configuración de planes de vida propios, incluidos los sistemas propios de salud, educación, justicia y gobierno; en un contexto de violencia política y de ambigüedad y desplazamiento pendular de enfoques en el Estado y la sociedad, entre el asimilacionismo y el integracionismo de mercado.

6.2 Políticas públicas contradictorias para Pueblos Indígenas y nueva ola de movilizaciones

En esta sección se analiza la dinámica contenciosa del primer Plan Nacional de Desarrollo-PND de Colombia consultado con los Pueblos Indígenas, entre 2011 y 2014; sus desarrollos en materia de salud indígena; la Ley 1438 de salud que busca reformar para enfrentar la crisis recurrente del SGSSS al tiempo que ratifica el profundo carácter racializado de las políticas de salud indígena; y finalmente se da cuenta de la fuerte movilización social para exigir el cumplimiento de algunas de las determinaciones contenidas en el mencionado PND. Todo esto mientras que el CRIC y el movimiento indígena nacional avanzan en las luchas por la puesta en marcha del SISPI en medio y en contradicción con el SGSSS.

¹⁷⁴ La retórica periodística, cada vez que intenta reconocer, reproduce bajo discursos racializados, la perspectiva de la otredad. "(...) [El CRIC] se inscribe bajo una plataforma política que inicialmente tuvo siete puntos a desarrollar, los cuales se fueron convirtiendo en diez propósitos: 'la recuperación de las tierras, el no pago de terraje, hacer conocer y aplicar las leyes sobre indígenas, ampliar los resguardos, fortalecer los cabildos, defender la historia y las costumbres de estas comunidades, preparar a los indígenas como docentes que enseñen la lengua originaria Nasayugue [idioma de los Nasas], promover organizaciones económicas comunitarias, proteger los recursos naturales y fortalecer la familia', explica don Guillermo. Aun así, sus marchas siguen siendo incansables. Al menos en la última década, los 240 mil indígenas que hoy tiene el Cauca han obligado al gobierno, en más de dos ocasiones, a dialogar con ellos para que les cumplan con los convenios. (...) Sus rostros son de indígenas que aún cargan el sol a sus espaldas. Sus talantes ahora son de caciques que recorren a pie su territorio para cuidarlo de quienes quieren arrebatárselo. Desde Tierradentro partieron el viernes pasado y después de cuatro días, con los pies encallecidos, el lunes 22 de febrero llegaron a la hacienda [a 40 años, se confunde resguardo con hacienda] La María Piendamó, pisando fuerte sobre esa tierra que hoy les pertenece(...)" (El Espectador, 2011, págs. 18-19), con lo que se valida tímidamente el concepto de invasión y no de recuperación.

6.2.1 Alcances de la consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: “Prosperidad para todos” y sus implicaciones en salud

La Consulta Previa, libre e informada, es un derecho fundamental de carácter constitucional y presente en el bloque de constitucionalidad; y la Corte Constitucional ha señalado en múltiples fallos “que se debe llevar a cabo cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarlos directamente” (Corte Constitucional, 2008).

En este sentido, una demanda de inconstitucionalidad del Plan Nacional de Desarrollo-PND 2006-2010 del Gobierno Uribe, ya comentada en el capítulo anterior, en razón de la no consulta con los Pueblos Indígenas, permitió precisar los alcances de la obligatoriedad de este instrumento, al señalar que en efecto no hubo consulta y que varios proyectos del PND afectarían directamente a las comunidades, por lo que si bien declara exequible la Ley 1151 de 2007 que formaliza el PND 2006-2010, aclara que:

(...) se suspenderá la ejecución de cada uno de los proyectos, programas o presupuestos plurianuales incluidos en la misma que tengan la potencialidad de incidir directa y específicamente sobre Pueblos Indígenas o comunidades étnicas afrodescendientes, hasta tanto se realice en forma integral y completa la consulta previa, libre e informada específica exigida por el bloque de constitucionalidad, de conformidad con las pautas trazadas para ello por la jurisprudencia constitucional (...). (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Colombia, 2011, pág. 70)

Esto genera un antecedente de importancia que obligará a los próximos gobiernos a asegurar el proceso de consulta previa con los Pueblos Indígenas, con lo que la disputa a este nivel ingresa en la agenda política de manera permanente. La importancia progresiva de los PND radica en que allí se definen los presupuestos de inversión, y a que cada vez más, los gobiernos utilizan tales planes para hacer reformas a muchos niveles y en varios sectores que deberían tramitarse regularmente mediante leyes ordinarias, y que terminan modificando las reglas de juego en varios campos de la política pública, de manera algunas veces desbordada.

Con estos antecedentes, en 2011 se produce el primer ejercicio de consulta previa de un plan de desarrollo a nivel nacional y se protocoliza mediante un acta que es parte integral de la Ley del Plan (Congreso de la República, 2011). No obstante debe precisarse que lo que se consulta no es el conjunto del Plan Nacional de Desarrollo-PND, sino aquello que es estrictamente indígena, afro o Rrom¹⁷⁵. En todo caso, este hito de política pública fue fruto de una negociación que al momento representaba el culmen de un acumulado histórico de movilización social y procesos de exigibilidad jurídica y política de las organizaciones indígenas; representadas en la Mesa Permanente de Concertación-MPC que, como se describió, nació en 1995 tras un proceso de protesta contra la violencia y discriminación estatal hacia los Pueblos Indígenas.

En el tema de salud, los artículos respectivos en el texto general del PND no se consultan sino que se negocia lo que debe ir en materia de salud indígena, más allá de si resulta o no viable y/o contradictorio. Con esto se genera una situación en la cual las reglas de juego ya establecidas en el caso de salud no son materia de discusión, sino solamente aquellos aspectos que requieren adaptación o adecuación frente a los Pueblos Indígenas. Lo que ratifica la matriz compleja de disputa que se ha presentado en este trabajo, tanto por dentro del SGSSS, como en el sentido aspiracional de los Pueblos Indígenas por fuera del mencionado sistema.

No obstante, el PND 2010-2014 en su componente en salud, en el marco de la consulta previa, se convierte en hito de la configuración de las políticas públicas en salud indígena, porque materializa acuerdos para avanzar en la propuesta de un sistema de salud propio e intercultural, sin abandonar el proceso avanzado de adecuación sociocultural del SGSSS en un formato desde las organizaciones indígenas de luchar por los máximos beneficios posibles dentro del mismo, y abriendo lugar para las propuestas y visiones de salud de los Pueblos Indígenas más allá del sistema. A continuación, se agrupan en tres categorías los resultados de la consulta previa en salud (Gobierno Nacional y Grupos Etnicos, 2014):

Políticas públicas en salud indígena: SISPI-Plan decenal de Salud Pública y Plan de Intervenciones Colectivas:

¹⁷⁵ Pueblos Gitanos.

La Política de Salud Indígena debe tener enfoque diferencial y se construirá conjuntamente entre Gobierno y Pueblos Indígenas, con un enfoque de Buen Vivir; lo que implica incorporar lineamientos de salud indígena dentro del Plan Decenal de Salud Pública, ordenado por la Ley 1438¹⁷⁶. De la misma forma, el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC, que recoge las principales inversiones en salud pública y promoción de la salud, será concertado y ejecutado por IPS que garanticen la adecuación sociocultural de los contenidos del mismo.

Finalmente, se recoge el mandato de la Asamblea Nacional de Salud Indígena de Villeta, celebrada en 2010, en la que se instruye el desarrollo de un Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI, frente a lo cual el acuerdo de la consulta previa del PND establece que se trabajará en la estructuración, desarrollo e implementación de todos los componentes del mismo, con recursos específicos. De esta forma emerge en la política pública de salud indígena del Estado, de manera vinculante y con compromisos para apoyar la construcción del SISPI.

Llama la atención que el acuerdo surgido de la consulta incorpora el enfoque diferencial¹⁷⁷, lo que supone que en la disputa entre Pueblos Indígenas y Estado -a este momento hay

¹⁷⁶ El Gobierno venía desarrollando por primera vez en la historia de las políticas de salud, el Plan Decenal de Salud Pública.

¹⁷⁷ Hay una gran discusión sobre el alcance y significado de este enfoque dependiendo de qué tipo y nivel de institucionalidad lo utilice y del tipo de sujeto político que lo reivindique. En principio ha estado muy ligado a la política de desplazamiento forzado y luego se generalizó al conjunto de políticas públicas en el país incluido las de salud. Así, por ejemplo, el Ministerio de Salud utiliza el enfoque así: “método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria. Involucra las condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho, desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En esta versión prima la identificación de situaciones para aplicación de medidas afirmativas, que en todo caso pueden transcurrir dentro del discurso de la focalización y gestión del riesgo neoliberal. Para el Distrito de Bogotá, el enfoque diferencial: “devela y analiza las relaciones de poder y sus implicaciones en las condiciones de vida, las formas de ver el mundo y las relaciones entre grupos y personas. Realiza acciones para la transformación o supresión de las inequidades y de sus expresiones de subordinación, discriminación y exclusión social, política y económica Actúa para la reivindicación y legitimación de las diferencias, desde la perspectiva de los derechos humanos” (Instituto Distrital de la Participación Comunitaria y la Acción Comunal-IDEPAC, 2013). Aquí hay una variante, porque se advierte del rol de las relaciones de poder en el origen y dinámicas de las diferencias, lo cual vincula con el papel de los sujetos políticos en contienda con las visiones y prácticas hegemónicas.

una aceptación por parte de las organizaciones de ser tratadas como sujetos a los que se debe aplicar el enfoque diferencial, con lo que se reinstala un campo de disputa entre el integracionismo racializado frente a la otredad que identifica diferencias- implementa medidas afirmativas y en algunas versiones es funcional a la focalización neoliberal y la gestión del riesgo, y la postura que identifica relaciones de poder en el origen de la diferencia, por lo que la principal acción que necesariamente es contenciosa pasa por la democratización de la sociedad y la plena participación política de las diversidades. De otro lado, resulta significativo que el concepto de buen vivir que se ha venido incorporando en la legislación de Ecuador y Bolivia a nivel constitucional, y que hace parte de las demandas y agendas del movimiento social indígena en América Latina, empieza a tomar lugar en instrumentos de la política pública colombiana, con lo que dado el régimen político excluyente, racista y marcadamente neoliberal se asiste a un escenario de posible vaciamiento de contenidos vía incorporación subordinante de las aspiraciones y construcciones de los Pueblos Indígenas.

Queda entonces manifiesta la tensión permanente en términos de enfoque entre asumir lo diferencial y construir el buen vivir, que en el caso de salud tiene implicaciones de gran calado, pues en el primero se ratifica la multiculturalidad, el reconocimiento del “otro”, en tanto en el segundo se plantea una forma distinta de ver el mundo. Es decir, una cosa es desarrollar la Ley 100 con adecuación sociocultural y otra pensar la salud desde una cosmovisión propia.

Institucionalidad para la política pública en salud indígena: se creó una instancia mixta entre Gobierno y Pueblos Indígenas dentro de la MPC para la construcción colectiva de públicas de salud para los Pueblos Indígenas. Esta es un eje central de la disputa entre Pueblos Indígenas y Estado que en salud todavía no había logrado contar con una instancia de alto nivel y vinculante con el CRIC, que no fuera por dentro de otros mecanismos generales como el mencionado o un sinnúmero de instancias ya analizadas en los capítulos precedentes. Lo máximo que se había logrado era la mesa técnica nacional que durante los años 2000 había sido de carácter funcional, operativo y discontinuo.

Cobertura y financiamiento de la afiliación al SGSSS: dando continuidad a los desarrollos contenciosos, la Ley del Plan establece no solo lograr la ampliación de cobertura a la

totalidad de la población indígena, sino que define la financiación total por parte del Estado, resolviendo ambigüedades surgidas de normas de menor rango que condicionaban los subsidios a la cofinanciación con recursos de SGP indígena. Normativamente, si la Ley 1438 ordena unificar los planes de beneficios, y esta ley compromete la financiación total de la afiliación, se podría afirmar que hasta ahora se logra consolidar un mecanismo de gratuidad que no se tenía desde el Decreto 1811 de 1990 que, aunque basado en el criterio racializado de la “incapacidad de pago” y aún en el marco de subsidios individuales, garantizaría el acceso sin barreras económicas a los servicios de salud, quedando por definir los contenidos de la adecuación sociocultural.

La postergada UPC diferencial Indígena: De otro lado se reiteran los compromisos del Acuerdo 326 de 2005, aunque replanteados en el sentido de definir una UPC que incluya los contenidos de adecuación sociocultural, con base en estudios concertados entre Pueblos Indígenas y gobierno. Esta vez se da un plazo de seis meses para que la Comisión Reguladora de Salud-CRES adelante conjuntamente estudios para determinar el valor de la Unidad de Capitación-UPC, con enfoque diferencial. Se trata de un retroceso, puesto que mientras en el Acuerdo en mención se consideraba necesario ampliar la UPC para cubrir los contenidos de adecuación sociocultural, aquí se quiere averiguar primero si la UPC cubre con suficiencia los servicios del régimen subsidiado para las comunidades indígenas, y a partir de allí definir un complemento diferencial.

Garantía de continuidad y funcionamiento especial a las Instituciones de Salud Indígena dentro del SGSS: en este punto, para garantizar la permanencia y funcionamiento especial de las instituciones como la EPSI y las IPSI, se acude a definiciones jurídicas, financieras y de contexto que dan lugar a los siguientes aspectos:

(...) Las instituciones de salud indígena (EPSI e IPSI) por ser de naturaleza pública especial, se les debe garantizar su permanencia y su aplicación jurídica especial. Toda norma en salud que afecte a los Pueblos Indígenas y sus instituciones deberá ser previamente concertada (...). Se le dará prioridad al saneamiento financiero¹⁷⁸ de las EPSI-IPSI, creadas y controladas por las autoridades indígenas para garantizar su continuidad en el sistema, que por razones de diversidad cultural, accesibilidad geográfica, dispersión poblacional, aumento del alto costo,

¹⁷⁸ Se trata de procesos de aclaración y solución de los problemas administrativos y financieros de las instituciones de salud

conflicto armado, zona de riesgo natural, perfil epidemiológicos reales, poblaciones en fronteras entre otros se han visto afectadas en su liquidez económica. (Gobierno Nacional y Grupos Etnicos, 2014, pág. 17)

Este Acuerdo, bajo un criterio de tipo jurídico, está reconociendo en sentido positivo unas particularidades en el funcionamiento de las instituciones mencionadas. Pero en sentido más amplio, está reconociendo la crisis de sostenibilidad financiera del SGSSS y de las instituciones de tipo empresarial generales y de las EPS indígenas para prestar servicios individuales que deben garantizar el derecho fundamental a la salud; en un contexto de fuerte mercantilización de los insumos, medicamentos y tecnologías en salud, sin recursos de capital propios, y en un escenario de alto control social y participación social y política.

Debe llamarse la atención que, si bien se materializa un acuerdo político vinculado a una norma nacional -los artículos del Plan Nacional de Desarrollo-, referidos al sistema de salud en general están todos dirigidos a buscar salidas financieras para la crisis del modelo y del tipo de intermediación administrativo-financiera de las EPS. Las EPS indígenas no son una excepción y por ello el acuerdo específico plantea cierta flexibilidad organizativa y prioridad para atender su crisis financiera, en un esfuerzo que sigue sin consultar el modelo de mercado de fondo que subyace a la crisis, ni las propuestas de salud de los Pueblos Indígenas.

6.2.2 La Ley 1438 un nuevo intento de paliar la crisis del SGSSS que invisibiliza una vez más al sujeto político indígena

No obstante el fracaso de la emergencia social del Gobierno Uribe, la crisis financiera y de legitimidad del SGSSS debía ser atendida. El nuevo gobierno muy pronto y de nuevo con una precaria discusión y debate nacional, impulsó en el Congreso una reforma al sistema de salud que anunció como estructural y que al convertirse en la Ley 1438 (2011), es definida por varios actores como marginal e intrascendente:

(...) no logra consolidar propiamente una reforma, no tiene una estructura integral que regule las áreas clave del sistema. En su capitulado toca temas macro, pero el articulado, se dedica en general a aspectos puntuales. El tema esencial que se desarrolla es el de la sostenibilidad

financiera del sistema, que atraviesa la mayoría de los otros temas y títulos de su formulación (...). No es una reforma estructural ni resuelve desatinos sustantivos del sistema como la crisis de la salud, la intermediación y la corrupción. Es sólo la apertura de una nueva fase de la reforma en salud colombiana, por lo pronto encaminada a afianzar dimensión económica del modelo de 1993. (Franco Giraldo, 2012)

Esta Ley, que fortalece el modelo de la Ley 100, define algunos aspectos que tendrán algún tipo de impacto importante, tales como: acotar las decisiones del SGSSS a la sostenibilidad fiscal y financiera; ampliar la cobertura y unificar los planes de beneficios del régimen subsidiado con respecto al contributivo; modificar y ajustar fuentes de financiamiento; fortalecer la estrategia de Atención Primaria y la implementación de los equipos básicos de salud; estructurar redes integradas de salud; y ordenar la expedición de planes decenales de salud pública y la creación del observatorio nacional de salud.

Temas como el de Atención Primaria y Redes Integradas de Servicios de Salud recogen inquietudes presentadas desde que se expidió la Ley 100. Sin embargo, estos tópicos como muchos de los contenidos en la Ley 100 quedan formulados de manera general, pendientes de posteriores reglamentaciones y con vacíos técnicos y financieros, a lo que se suma, de fondo, que este tipo de planteamientos difícilmente pueden desarrollarse dentro de un sistema fragmentado y dependiente de la intermediación administrativa y financiera de las EPS.

En el proceso de configuración de la política de salud indígena llama la atención el hecho que nuevamente los Pueblos Indígenas en las normas y sentencias generales, como se ha visto, no son mencionados, o lo son de manera marginal y operativa; y en el caso de la Ley 1438, no se visibilizan ni una sola vez, a menos que se acepte que los incluya la alusión a “raza”, en el artículo 3.3 que plantea que: “el acceso a la seguridad social en salud se garantiza sin discriminación (...) por razones de sexo, raza, (...)” (Congreso de la República, 2011, pág. 2); o que se convenga en que la inclusión del enfoque diferencial de género, etnia y nuevamente raza, en el artículo 3.6., sea equivalente y recoja toda la jurisprudencia, el bloque de constitucionalidad y la propuesta de los Pueblos Indígenas; o que bajo el

concepto de interculturalidad en los artículos 13.1¹⁷⁹ y 13.7¹⁸⁰ (Congreso de la República, 2011, pág. 7) referidos a la Atención Primaria, ya estén incorporados o considerados los grupos étnicos.

Este tipo de discursos normativos, que reviven un concepto como el de “raza” superado dentro de la misma política pública, refleja la persistencia de visiones racistas dentro de los procesos de configuración de tales políticas, que, si bien contradicen y resultan regresivos, al mismo tiempo pueden estar dando cuenta con mayor fidelidad de las contradicciones reales al interior del régimen político y de los imaginarios sociales que se siguen construyendo alrededor de la existencia esencial de otro racializado.

Pero los procesos de invisibilización no solo tienen ese carácter potencial o realmente racista, sino también adquieren visiones aparentemente más benignas, que si bien aluden a lo diferencial para dar cuenta de la particularidad poblacional, terminan reafirmando el discurso multicultural que reconoce, pero no da voz y decisión al sujeto político, sea éste indígena, afro, mujer o víctima (Montealegre & Urrego Rodríguez, 2011); o que, como hemos dicho, termina funcionalizando la focalización y gestión del riesgo individual del modelo neoliberal.

De igual forma, aparece el concepto de interculturalidad, como referencia de la existencia de otros saberes que se asumen como alternativos o complementarios, en la perspectiva de la otredad subordinada por no ser validable bajo los parámetros de la ciencia hegemónica, y sin aclarar qué alcance pueden tener dentro de la organización de los sistemas de salud a nivel de cada pueblo o grupo étnico. Es decir, 20 años después de la Constitución de 1991, persiste en el seno del Estado y la Sociedad una lucha incesante entre asimilar, integrar y reconocer a dichos pueblos; con sus implicaciones en el replanteamiento de las relaciones de poder de los sujetos políticos.

¹⁷⁹ 13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad sostenible, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

¹⁸⁰ 13.7 Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.

La regularidad que a este momento se confirma es que la política de salud no se concerta en general con las ciudadanías, pero tampoco con los Pueblos Indígenas, al menos en lo que a éstos concierna, mientras que en paralelo se acuerdan y/o se expiden normas específicas que generalmente son para “adaptar” o funcionalizar aspectos que debieron ser discutidos, en estricta interpretación constitucional, mediante consulta previa.

En este sentido, la normatividad en salud indígena, centrada en la adecuación sociocultural, siempre termina siendo remedial, marginal, adaptativa y posterior a las decisiones del Estado y el régimen político, en todos los casos como consecuencia de fuertes y contenciosos procesos de exigibilidad social, jurídica y política. Como los Pueblos Indígenas están dentro de un SGSSS estructuralmente inconsulto, cualquier norma que se expida, así no les mencione, termina modificando o contradiciendo muchas veces tanto su dinámica de salud como aquellos elementos de política pública específicos que se hayan definido para adaptar la norma general a las particularidades étnicas.

En efecto, mientras se expedía la Ley 1438 en la lógica de endurecer las condiciones de funcionamiento financiero del SGSSS y se cerraban las puertas para la construcción del SISPI; en el *salón del lado*, o en las movilizaciones o en las carreteras, se consultaba el Plan Nacional de Desarrollo con los Pueblos Indígenas, generando la expectativa de hacer del SISPI una realidad. Esto remite a reconocer la dinámica compleja y multidimensional del proceso contencioso de construcción de las políticas públicas en general y de salud en particular.

6.2.3 Dinámicas y disputas en medio de la adecuación del SGSSS y la presión indígena por el SISPI

Entre 2011 y 2014 se dan varios hechos de importancia, que reflejan las dinámicas del sujeto político indígena y las disputas con el Estado, tanto en la dirección de mantener en las mejores condiciones posibles dentro del SGSSS como de construir condiciones para materializar el SISPI como mandato del CRIC desde la Resolución de enero de 2011 y de la Asamblea Nacional de Pueblos Indígenas en Villeta de 2010, en el marco de lo logrado en el Acuerdo fruto de la consulta del PND. Todo esto transcurre en medio de una gran

expectativa por lo que comienzan a ser las negociaciones para la paz con las FARC-EP, frente a las cuales el Gobierno requerirá del apoyo político del movimiento indígena, pero también en un escenario de incumplimientos, violaciones de Derechos Humanos y movilizaciones.

A continuación, en secuencia temporal, se analiza cómo el gobierno emite nuevos actos administrativos en la vía de la adecuación sociocultural mientras se construye el SISPI, y la creación de una instancia de interlocución de alto nivel entre el Gobierno y los Pueblos Indígenas; al tiempo que se destacan las determinaciones del Octavo Congreso de la ONIC y el Décimo Cuarto del CRIC, que apuntan toda su línea política hacia la materialización del SISPI en medio de movilizaciones que presionan al Gobierno Santos al cumplimiento de lo acordado en el Plan Nacional de Desarrollo.

Adecuación sociocultural, acuerdos No. 28 y 29 de la CRES-2011: con estos acuerdos, se avanza en la línea de la adecuación sociocultural y se mantiene la expectativa sobre lo que será el SISPI. Los hogares de paso y los guías bilingües, aunque ya han sido reconocidos desde los años 90 como contenido de los planes beneficios, se reafirman en este acuerdo hasta tanto se disponga del SISPI sin hacer una asignación específica de recursos -como sucede con todos los contenidos de adecuación sociocultural que a la fecha no cuentan con soporte financiero específico-. A través de los Pueblos Indígenas han determinado una UPC diferencial indígena, y esto pese a que el Plan de Desarrollo ha puesto como límite 6 meses para determinar la suficiencia de la UPC del régimen subsidiado en comunidades indígenas (Acuerdo 28, 2011, pág. 13).

2012, Encuentro Nacional de los Pueblos Indígenas y Sectores Sociales por la Defensa de La Madre Tierra - 520 años de Resistencia y encuentro con el gobierno Santos, (Resguardo la María Piendamó): Este evento, estuvo orientado a fortalecer procesos de unidad del movimiento indígena, a conmemorar 520 años de defensa del territorio, en alusión a la avanzada depredadora del modelo de desarrollo extractivista basado en minería, hidroeléctricas, economía fósil y el incumplimiento en los procesos de entrega de tierras, creación y saneamiento de resguardos.

En este contexto, se reunió una comisión de salud con presencia del Ministro de Salud y se reconfirmó el compromiso del gobierno para la financiación e implementación del SISPI,

siendo el Cauca una experiencia piloto, así como la validación y financiación del Sistema Único de Información Indígena-SUIIN¹⁸¹. Por otra parte, se exige al gobierno firmar el decreto para la operatividad de la Comisión Técnica Nacional de Salud Propia e Intercultural-CTNSPI prevista en el Plan Nacional de Desarrollo; firmar el decreto transitorio de permanencia¹⁸² de las EPSI; disponer los recursos para el saneamiento financiero de la AIC y establecer la UPC diferencial de acuerdo a la propuesta presentada por el CRIC. Igualmente, se reafirmó que se financiará la elaboración del Capítulo Étnico del Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021, en construcción en ese momento a nivel nacional, el cual sería adoptado en 2013 (CRIC, 2012). Como se verá, algunos compromisos se cumplieron muy parcialmente hasta 2017, y algunos como el Capítulo Étnico del Plan de Salud Pública no fue cumplido, manteniéndose la dinámica de la relación de exigibilidad, concertación, acuerdo e incumplimiento que se instauró fuertemente después de la Constitución de 1991, entre Estado y Pueblos Indígenas.

El VIII Congreso de la ONIC: de la Ley 100 al sistema indígena de salud propio e intercultural SISPI, como expresión de autonomía y gobierno propio en salud-2012: En el marco de la celebración de los 30 años de la ONIC¹⁸³ se realiza el VIII Congreso, que se caracteriza por avanzar en la consolidación de la transformación político-organizativa e institucional iniciada en el 2007, las organizaciones estructuran un mandato político que le apuesta a la construcción de la paz, la defensa del territorio contra la economía extractiva, la persecución de los líderes sociales y la reafirmación de una fuerte vocación de autonomía y gobierno propio.

¹⁸¹ Esta denominación no quedó establecida aún en la Resolución de 2011, pero ya para 2012 es el nombre oficial del sistema único de información indígena SUIIN.

¹⁸² Se refiere a que dada la situación financiera de crisis del SGSSS y de las EPS en general, y de las EPSI en particular, se adopten medidas especiales para asegurar su permanencia como disminución de exigencias de patrimonio y criterios de habilitación financiera y administrativa.

¹⁸³ “26 de febrero de 2012. La ONIC, 30 años: en febrero de 1982 se reunieron en Bosa más de 1.500 representantes del centenar de los pueblos indígenas que habían sobrevivido a la evangelización, a la expansión terrateniente y a la expoliación comercial, y crearon la Organización Nacional Indígena de Colombia. Fue el último capítulo de una larga y accidentada historia de intentos que se remonta a fines del siglo XIX, cuando los indios de la Sierra Nevada de Santa Marta llegaron a pie desde su territorio a pedirle al gobierno su intervención para detener el robo de tierras por parte de los hacendados y el de niños por parte de los curas. Quizá de allí salió la Ley 89 de 1898, que todavía rige y que fue el marco legal para la creación de resguardos. El indio Quintín Lame continuó esta lucha en los años 20. Encarcelado, perseguido con saña, logró sin embargo crear –como se dice hoy– un corredor de lucha indígena entre Popayán y Chaparral y agitar en Bogotá, frente a los ‘altos poderes’, las banderas indígenas” (Molano, 2012).

El mandato de este Congreso, con casi 300 disposiciones, es un completo, exhaustivo y comprensivo programa político, que pone en evidencia los desarrollos de una política indígena nacional desde el movimiento indígena que se convierte en plataforma de interlocución interna con el conjunto de las organizaciones indígenas del país, el Estado y la sociedad. En el campo de salud se establecen 15 mandatos específicos que debe liderar la consejería de medicina tradicional y salud occidental. A continuación, se analizan algunos de estos mandatos.

En relación con la medicina tradicional se introducen dos discusiones muy importantes relacionadas con el vínculo entre ésta y el gobierno del territorio, y especifica que en calidad de “(...) práctica milenaria [los Pueblos Indígenas] fortalecemos nuestro gobierno propio y autodeterminación...y [que en esta perspectiva] no requiere reconocimiento del Estado colombiano y su práctica es un derecho de cada pueblo” (VIII Mandato Indígena General de los Pueblos Indígenas, 2012, pág. 57). Como se ha venido planteado, la función de la medicina tradicional está profundamente vinculada a los procesos políticos y en línea con la definición de autonomía, el mandato deja claro que para su ejercicio no requiere el reconocimiento del Estado, con lo que se ratifica un campo de disputa sobre el poder de autorizar, de permitir y de ordenar que el movimiento indígena ha estado planteando en todos sus años de lucha.

Por otra parte, si bien se reclama el respeto y el apoyo a la medicina tradicional en virtud de la jurisprudencia, esto no se traduce en ceder la regulación de la misma por fuera de la autoridad indígena, y menos cuando el SGSSS tiene una fundamentación conceptual completamente distinta de la salud y la cultura a la de los Pueblos Indígenas:

Mandato 280. [El SGSSS] (...) está pensado y diseñado para fortalecer las políticas macroeconómicas y los intereses privados empresariales. Este hecho, lo ha desviado de su función de servicio público del derecho fundamental a la salud, convirtiéndolo en un negocio. El SGSSS no responde a las necesidades reales, ni a las propias concepciones de salud de nuestros pueblos. (VIII Mandato Indígena General de los Pueblos Indígenas, 2012, pág. 58)

Frente a lo cual oponen el SISPI como:

Mandato 284. (...) el conjunto intercultural de los modelos de salud de nuestros pueblos. Es la gran casa del buen vivir, que, por orden espiritual, está orientado al bienestar de nuestros pueblos, la humanidad y del planeta. Por ello, la sabiduría ancestral es la columna vertebral y eje central del SISPI, que se fundamenta en la palabra de los mayores y mayores. (VIII Mandato Indígena General de los Pueblos Indígenas, 2012, pág. 58)

Y en ese marco, las autoridades indígenas tradicionales y espirituales, en uso de su autonomía y autodeterminación:

(...) legislarán de acuerdo a su Ley de Origen, Ley Natural, Derecho Mayor o Derecho Propio, frente a las estructuras propias en salud, para que en el marco del SISPI construyan, consoliden e implementen los modelos propios e interculturales en salud. (VIII Mandato Indígena General de los Pueblos Indígenas, 2012, pág. 58)

No obstante, bajo la comprensión y la realidad de la extensa presencia del SGSSS en las comunidades, así como de las instituciones que se han venido fraguando en medio de esta disputa -las EPSI e IPSI-, el VIII Congreso ordena en el mandato 290 que las autoridades hagan monitoreo y control de las mismas, para que contribuyan transitoriamente a garantizar el derecho a la salud y a la construcción del SISPI (VIII Mandato Indígena General de los Pueblos Indígenas, 2012).

El Congreso deja establecido, en el mandato 292, que el máximo órgano nacional de deliberación y definición en salud será la Asamblea Nacional de Salud de periodicidad anual, cuyo antecedente de referencia es la de 2010 en Villeta. Igualmente, ratifica en el mandato 293 que la consulta previa será el mecanismo obligado para que el gobierno adopte cualquier política de salud que en cualquier caso deberá estar articulada al SISPI (VIII Mandato Indígena General de los Pueblos Indígenas, 2012). Esto, por ejemplo, afecta el Plan Decenal de Salud Pública, que se encontraba para esa época en elaboración por parte del Ministerio de Salud y Protección social¹⁸⁴, y frente al cual se exigía que tuviera un capítulo indígena.

¹⁸⁴ El Gobierno Santos, modifica el nombre del Ministerio de la Protección Social instaurado durante el Gobierno Uribe y define la nueva denominación como Ministerio de Salud y Protección Social en 2011, en un ejercicio que busca restablecer la visibilidad y el realce de la Salud, que había quedado incluida dentro de la Protección Social. Esto expresa un debate global de gran importancia por cuanto el asimilar la salud como un componente de la Protección Social en el mundo neoliberal implica reducirla a prestaciones más que a garantía de derechos.

Finalmente, el mandato 294 del Congreso señala una agenda que incluye reconocer a los médicos, parteras, sobanderos, y demás cuidadores y cuidadoras de la salud, como profesionales indígenas de la salud. Y favorecer sus procesos asociativos, así como acompañar el ejercicio de estos roles por parte de las mujeres; garantizar la atención oportuna y de calidad, con traductores e intérpretes indígenas en sus unidades de servicio, y por primera vez hay una alusión específica a que la salud propia e intercultural contribuya a transformar prácticas nocivas para la salud de las niñas y prestar apoyo especial a las mujeres cabeza de familia, con embarazo y maternidad adolescente (VIII Mandato Indígena General de los Pueblos Indígenas, 2012).

Estos desarrollos, en términos declarativos y como reflejo parcial de la fuerza del movimiento indígena, van consolidando el ejercicio autónomo del gobierno en salud alrededor del SISPI. Entre tanto, la violencia política, el desplazamiento forzado y la extinción de los Pueblos continuaban, como lo demuestra un nuevo fallo de la Corte Constitucional en el que se ordena al Estado proteger efectivamente a los Pueblos Indígenas Guayabero y Nükak, “(...) [a través de] 27 determinaciones con el propósito de intentar salvar estas etnias de la extinción. Entre ellas, establecer un ‘Plan provisional urgente de reacción y contingencia’ que cubra necesidades prioritarias como salud, nutrición y seguridad alimentaria” (El Espectador , 2012, pág. 5).

Igualmente, esto contrasta con la persistencia en tiempos de construcción de paz y en medio del conflicto armado, con declaraciones intimidantes y racistas, a propósito de la acción colectiva de control territorial de las comunidades indígenas de Toribío en el Cauca, que buscaba garantizar que no haya actores armados legales sin la debida consulta previa y mucho menos ilegales en sus resguardos:

¿Dónde se había visto que un puñado de indígenas pateara, vituperara y echara de lo que equivocadamente autodenominan sus territorios a quienes constitucionalmente tienen a su cargo –repito– la soberanía del Estado? ¿Y de cuándo acá el juez Baltazar Garzón tiene permiso y autoridad para actuar de mediador? Ahora que se puso de moda la caucanitis, no demoramos en invitar a los indígenas al Palacio de Nariño a compartir con ellos chicha y ullucos, tomarnos fotos abrazados, decirles hermanos y colocarnos anacos y plumas, cayendo como antaño en otra de las tramas y los engaños de la narcoguerrilla que debajo de cuerda está orquestando todo este

novelón en el que los buenos son los indios y los malos el Ejército Nacional. (El Espectador, 2012, pág. 39)

Como se puede observar, el clima de tensión y disputa no supera los planos jurídico-políticos ya alcanzados y reconocidos en el país, y tiende permanentemente a reeditarse en las versiones que reafirma la existencia de un racismo estructural, más allá del necesario y efectivo análisis por parte de los Pueblos Indígenas sobre los alcances y las formas de sus acciones colectivas.

Saneamiento financiero de las EPS incluidas las Indígenas, la incesante lucha por mantener el SGSSS, la Ley 1608 de 2013: en línea con la Ley 1438 y el Plan Nacional de Desarrollo, nuevamente, se produce una Ley que busca desesperadamente ampliar las fuentes de financiamiento y mejorar el flujo de los recursos dentro del SGSSS. Como quedó consignado en los acuerdos entre Gobierno y Pueblos Indígenas en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Artículo 5 de esta ley se instruye que para el saneamiento de las deudas en el régimen subsidiado se privilegie: "(...) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las I.P.S. indígenas y las obligaciones de mayor antigüedad" (Ley 1608, 2013, pág. 4).

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: entre la vulnerabilidad y lo diferencial, lo indio como enfoque y eje transversal: por primera vez en el país se construye una política de largo plazo en salud pública, en un esfuerzo por trascender los periodos de gobierno y dotar al país de un marco de política. Luego de más de un año de trabajo, consultas y acciones en todo el país, incluidas las negociaciones con los Pueblos Indígenas, se expide la resolución 1841 de mayo de 2013 (Resolución 1841 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 2013), la cual adopta como uno de sus enfoques el étnico, entre otros; y como dimensión transversal la "vulnerabilidad de los grupos étnicos", en un ejercicio que hace una lectura reducida de la jurisprudencia vigente al privilegiar una de las dimensiones de lo adjetivo, lo étnico, e invisibilizar lo sustantivo: el sujeto político, es decir, los Pueblos Indígenas.

De esta manera, la política pública se desplaza en medio de abstracciones que reflejan el talante del régimen político frente a la diferencia; así como contradicciones jurídico-políticas

como la del evidente racismo y reduccionismo de la diversidad al enfoque diferencial como mecanismo de focalización de la Ley 1438, y la entrada conceptual del Plan Decenal de Salud Pública, que si bien ya no habla de raza, reduce nuevamente la diversidad de los Pueblos Indígenas como sujetos políticos a un problema exclusivamente identitario y de una supuesta vulnerabilidad esencializada.

Nuevamente, es la discusión y exigibilidad de los Pueblos Indígenas frente al gobierno la que permite zanjar parcialmente la tensión, acordándose estructurar y redactar concertadamente un capítulo étnico para el Plan Decenal de Salud Pública bajo mecanismo de consulta previa.

Al terminar este trabajo apenas avanzaba un proceso de estructuración del mencionado capítulo, en una muestra reiterada, de que una vez los Pueblos Indígenas y demás grupos étnicos se hicieron fuertes en la escena política, los gobiernos y el Congreso definieron avanzar con la normatividad vigente, afectando muchas veces derechos y acuerdos adquiridos; para luego de manera dilatada e incierta adelantar las consultas tendientes a adecuar la norma general o agregar lo respectivo de los grupos étnicos.

Primera instancia mixta de política pública de salud indígena, Decreto 1973 de 2013: como había sido consignado en el Plan Nacional de Desarrollo y luego en la negociación entre el presidente Santos y los Pueblos Indígenas en la movilización de La María en el Cauca en 2012, por fin después de muchos años de no contarse con instancias vinculantes y estables, en Septiembre de 2013, se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas. Es un ente de carácter consultivo y técnico de la MPC conformado por delegados de parte del gobierno, tales como los ministerios del Interior, Hacienda, Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación-DNP, Superintendencia Nacional de Salud y delegados de las organizaciones indígenas del país¹⁸⁵ cuyo objeto es:

¹⁸⁵ 6. Seis (6) delegados de la Organización Nacional Indígena de Colombia - ONIC 7. Dos (2) delegados de la Confederación Indígena Tayrona - CIT 8. Tres (3) delegados de la Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana - OPIAC 9. Un (1) delegado de las Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia 10. Un (1) delegado de las Autoridades Indígenas de Colombia - AICO 11. Un (1) delegado de la Mesa de Diálogo y Concertación para el Pueblo Wayuu 12. Un (1) delegado de las Organizaciones Indígenas del Chocó.

ARTÍCULO 2º (...) La Subcomisión de Salud tendrá como objeto, formular y contribuir a la construcción e implementación de las políticas públicas de salud de los Pueblos Indígenas, con la participación de la comunidad y sus autoridades en las diferentes instancias de decisión y estructuras organizativas autónomas, en el marco de la construcción de un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), que garantice el derecho fundamental a la salud de los Pueblos Indígenas, de manera integral y universal, con respeto a las diferencias culturales y a los conocimientos de la medicina tradicional propia, administrados por sus autoridades tradicionales. (DECRETO 1973, 2013, pág. 2)

El Artículo 4 señala las funciones de la Subcomisión, que incluyen las de definir lineamientos de articulación y coordinación con los actores del SGSSS en el proceso de construcción e implementación del SISPI; caracterizar la situación de salud de los pueblos y proponer formas de atención individual y colectivas con base en lineamientos presentes en el Plan Decenal de Salud Pública para los Pueblos Indígenas; presentar a la MPC la propuesta técnica para el SISPI, presentar informes de gestión y de avance de lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo y las propuestas de reglamentación de la Ley 691 de manera transitoria mientras se cuenta con el SISPI, y orientar los procesos de consulta previa sobre las normas que puedan afectar a las comunidades indígenas.

Al gobierno le corresponde en especial orientar a las entidades territoriales, departamentos y municipios para la implementación del SISPI, y a los delegados indígenas acompañar a las autoridades indígenas para la gobernabilidad en salud y contribuir al control de las EPSI e IPSI como entidades transitorias "(...) que irán transformándose institucionalmente en el proceso de construcción e implementación del Sistema de Salud Propio e Intercultural – SISPI" (DECRETO 1973, 2013, pág. 4).

El financiamiento de la Subcomisión estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social mediante proyectos y no contará con asignación fija, ni partida en el presupuesto.

La creación de esta comisión constituye un hito en materia de política pública de salud indígena, por cuanto es la primera vez que se cuenta con una estructura de alto nivel que en el marco de la MPC permitiría llevar adelante un diálogo de "gobierno a gobierno" en salud. Es significativo el que la MPC, que integra los cinco procesos organizativos

nacionales y regionales, que incluye al CRIC dentro de la ONIC, sea la referencia para la interlocución en la medida que logra articular todas las diversidades indígenas del país.

Adicionalmente, debe subrayarse que se logra conceptualizar la Ley 100 y el SGSS como uno de los aspectos de la política y se estipula que será el SISPI, en cambio, el referente de las políticas de salud indígena. Es más, se afirma que las EPSI y las IPSI, deberán ser transformadas y, por lo tanto, se entiende que son provisionales o transitorias, con lo que queda abierto el escenario para una institucionalidad de salud indígena distinta a la actual. Finalmente, se acepta que lo que se busca es fortalecer la gobernabilidad en salud y que la comisión orientará la consulta previa en el tema.

Queda creado un dispositivo de política pública a través del cual podrán transitar las disputas tanto dentro del actual SGSSS y su proceso de adecuación, como por fuera de éste en la perspectiva de una política de salud propia e intercultural. A diferencia de la Ley 691 de 2001, que cumple a la fecha 12 años de expedida sin todavía tener una total reglamentación, este decreto da cumplimiento a uno de los compromisos adquiridos en la consulta previa de la ley del Plan Nacional de Desarrollo.

El XIV Congreso del CRIC, Tierra y territorio y avance hacia el SISPI. Este nuevo escenario de decisión de los Pueblos Indígenas del Cauca, realizado en el resguardo indígena de Coconuco entre el 17 y el 20 de junio de 2013, ratificó y enriqueció en sus deliberaciones la plataforma de lucha del CRIC, y en el tema de tierra y territorio se adecuaron los puntos 1 y 9, así:

PRIMER PUNTO. Recuperar la tierra de los resguardos y realizar la defensa del territorio ancestral y de los espacios de vida de las comunidades indígenas. (...) NOVENO PUNTO. Recuperar, Defender, Proteger los espacios de vida en armonía y equilibrio con la Madre Tierra. (CRIC, 2013, pág. 1)

De esta forma, cada vez más se va estableciendo una concepción integral de defensa del territorio, ligado a la protección de la madre tierra y de los espacios de vida social y comunitaria, lo cual tiene impacto directo sobre la vida y la salud, como expresiones de equilibrio y armonía.

En materia de salud, el Congreso produce un conjunto de mandatos que ratifican lo consagrado en la Resolución 01 de 2011, dentro de lo que se destaca la necesidad de transformar el Programa de Salud en una nueva estructura de gobierno para la dirección efectiva del SISPI, y se convoca a las autoridades tradicionales para que fortalezcan la justicia propia para afrontar las desarmonías en los territorios, ligadas a la violencia intrafamiliar, abuso sexual y abandono de menores de edad entre otros, en un ejercicio de gobierno en salud vinculado al derecho propio y la autoridad en el territorio. En la misma línea se establece el fortalecimiento y apoyo a los sabedores ancestrales y la recuperación de las lenguas propias como parte de la construcción del SISPI (CRIC, 2013).

El Congreso ordena que avance la reestructuración de la EPSI-AIC para que pueda jugar el papel de una institución propia en la administración del SISPI, bajo la orientación de la consejería mayor del CRIC. Este hecho implica profundizar las tensiones jurídicas, técnicas y políticas, que implica adoptar y adaptar la estructura empresarial de la AIC definida por la norma técnica y las dinámicas de mercado a las exigencias de participación colectiva, incorporar los modelos diferenciados de salud de cada Pueblo Indígena perteneciente al CRIC, mantener equilibrios financieros, eficiencias sociales y económicas y hacer todo compatible con la garantía del derecho a la salud. Esto es lo que se denomina procesos de apropiación de estructuras externas que se definen como transitorias, mientras migran a instituciones propias gobernadas enteramente por las autoridades indígenas.

En relación con las IPSI que están al frente de la atención intercultural, a partir de este Congreso se denominan “Unidades de Cuidado”, en alusión a la concepción de protección y de acompañamiento que tienen las comunidades de las acciones en salud y que se centran en armonizar las relaciones entre las personas, familias, comunidades y autoridades en el territorio cuando han perdido el equilibrio más allá de la prestación de servicios médicos. Por último, se precisa que la Universidad Autónoma Indígena Intercultural-UAIIN deberá crear la facultad de salud propia e intercultural, para desarrollar el componente de formación e investigación del SISPI (CRIC, 2013).

Se advierte en este punto una decisión irreversible de avanzar en la construcción de una política indígena de salud propia e intercultural con su respectiva institucionalidad, normatividad, fines y contenidos, con lo cual se fortalece un posicionamiento del CRIC en

la interlocución con el gobierno, en lo que se avanza en los compromisos que impone la normatividad del SGSSS, al tiempo que se adelanta la adecuación sociocultural y se recuperan y desarrollan las bases para el SISPI como política propia, en un escenario de tensión permanente.

Minga Social Indígena y Popular en la María Piendamó-2013, “Sin movilización no avanzan los compromisos del gobierno”: A los tres meses de terminado el Congreso del CRIC, nuevamente y en coordinación con la ONIC, se convoca una gran minga nacional¹⁸⁶ con el fin de presionar al gobierno para que se establezcan mecanismos efectivos para que se cumplan los acuerdos pactados, en particular lo contemplado en el Pan Nacional de Desarrollo.

Es así, que entre el 19 y el 23 de octubre de 2013 miles de indígenas se movilizan, y se establece bajo presión un nuevo diálogo con el Gobierno; fruto de la nueva negociación se reiteran compromisos para cumplir lo pactado. El Acuerdo No. 8 del acta de negociación pone de manifiesto la voluntad del Gobierno Nacional de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas y lo está proyectando a partir de utilizar el Artículo 56 transitorio de la Constitución Política¹⁸⁷ que le autoriza hacerlo mientras se expide la ley de ordenamiento territorial y se reglamentan las entidades territoriales indígenas. En ese marco se podrá normar todo lo referido a autoridades, gobierno propio, funcionamiento del Sistema Educativo Indígena Propio y el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI, el Sistema General de Participaciones SGP, entre otros, y se conforma una comisión mixta

¹⁸⁶ “Con la solicitud expresa de las comunidades indígenas del Cauca y del resto del país al presidente Juan Manuel Santos, se inició la minga nacional indígena que protesta por el incumplimiento de los acuerdos que hizo el Gobierno no sólo el año pasado –después de la retoma del cerro Berlín en Toribío–, sino también por los acuerdos que desde 1999 los gobiernos sucesivos han venido postergando. El documento que la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) ha enviado al Gobierno incluye un pliego de peticiones de cinco puntos en el que invitan al Ejecutivo a dar respuesta a los temas territoriales; política minero-energética; sistemas propios de los pueblos indígenas [Salud, Educación]; política agraria y tratados de libre comercio; y el tema de la paz, derechos humanos y conflicto armado” (El Espectador , 2013, pág. 15).

¹⁸⁷ Artículo transitorio 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 Asamblea Nacional Constituyente (Asamblea Nacional Constituyente, 1991)

liderada por la Presidencia de la República, para que en un tiempo de cuatro meses se concierten los contenidos del decreto (Ministerio del Interior, ONIC, 2013, págs. 3-4).

Con el desarrollo de las normas citadas, las definiciones autónomas de los Pueblos Indígenas y los Acuerdos con el Gobierno, culmina este periodo coincidiendo con el fin del primer Gobierno de Santos. La elección presidencial para el periodo 2014-2018 se convierte en un plebiscito por la Paz, pues la continuidad del Gobierno Santos aparece como la condición para que se concrete un Acuerdo de Paz con la FARC-EP. En este contexto se puede entender por qué a pesar de la violencia política y la represión contra los Pueblos Indígenas por parte del Estado en este periodo, el presidente Santos atendió con premura como ningún gobierno antes lo había hecho, las movilizaciones y citaciones de la ONIC y del CRIC. La eficacia en el cumplimiento de los acuerdos nuevos y antiguos no fue muy alta, pero parcialmente se registraba un avance comparado con los estilos y actitudes gubernamentales anteriores. De hecho, los Pueblos Indígenas reconocían como valioso haber sido respetada la consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo por primera vez en la historia, aún con las limitaciones anotadas y definitivamente veían con mucha expectativa la posibilidad de reglamentar el funcionamiento de los territorios indígenas, promesa consagrada en la Constitución de 1991 y postergada durante 23 años de luchas y exigencias. En el campo de la salud, resultaba muy alentador contar con una instancia de interlocución de alto nivel y poder ver que el SISPI se convertía en el referente de negociación pese a la profundización de la lógica del SGSSS.

6.3 Nuevos reconocimientos y exclusiones: Del SISPI autónomo, a su cooptación estatal y al tránsito del CRIC por fuera de la Ley 100

Entre 2014 y 2017, en el marco del segundo gobierno del presidente Santos, reelegido con el respaldo de los Pueblos Indígenas a nombre de la bandera de la Paz, aspiración por la que este sujeto político en particular venía luchando radicalmente, se produjeron nuevas políticas públicas. En esta sección se analizarán los impactos del nuevo Plan Nacional de Desarrollo-2014-2018, consultado con los Pueblos Indígenas, y la expedición inconsulta de

la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y su Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS que se orienta a continuar el proceso de reforma del SGSSS en la línea de reforzarlo para sacarlo de la reiterada crisis ya mencionada.

A continuación se analizan dos hitos fundamentales en el proceso de configuración de las Políticas de salud indígena en la perspectiva estatal e indígena. Por un lado, el decreto gubernamental 1953 de 2014, denominado *autonómico*, expedido en medio de una movilización indígena nacional, que regula el funcionamiento de los territorios indígenas y de los sistemas indígenas de educación (SEIP) y salud (SISPI), en un ejercicio de inclusión subordinante que genera nuevas exclusiones; y desde el Congreso y con modulación de la Corte Constitucional, la expedición de la Ley Estatutaria de Salud de 2015, que consagra la salud como derecho fundamental autónomo y establece el SISPI como la política de referencia para el sistema de salud colombiano en materia de Pueblos Indígenas.

Finalmente, se describe y analiza en el marco del Décimo Quinto Congreso del CRIC, y luego de grandes movilizaciones en los años 2016 y 2017, la decisión de los Pueblos Indígenas del Cauca de iniciar una fase de transición para construir el SISPI y dejar por fuera de los territorios la Ley 100 en un acto de autonomía que interpreta la crisis general del SGSSS, la insuficiencia de todo el proceso de adecuación sociocultural de la Ley para garantizar el derecho fundamental a la salud de los Pueblos Indígenas y la urgencia de dar paso a un sistema de salud propio e intercultural que responda a la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio.

6.3.1 Consultar lo específico y no consultar lo general, formas de la disputa política para una inclusión subordinante: Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018

En el marco de lo expuesto, el segundo Plan Nacional de Desarrollo-PND de Santos 2014-2018: “Todos por un Nuevo País” (Ley 1753 , 2015), en materia de salud en general se orienta hacia un nuevo intento de paliar la crisis financiera y de legitimidad del SGSSS. Y haciendo su interpretación de lo ordenado en la recientemente expedida Ley Estatutaria, adopta entre otras medidas, el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS

en el Artículo 65 del PND, con lo que reconoce que debería haber un instrumento programático que ordene las acciones de salud en todos los niveles territoriales, fortalecer la atención primaria y los componentes preventivos y promocionales, que deberá ser diferencial y reconocer las particularidades de las zonas rurales y urbanas para el funcionamiento del SGSSS. Al mismo tiempo y reconociendo la evidencia de las grandes fallas en el manejo de los recursos por parte de los actores del SGSSS, se crea la Entidad Administradora de los Recursos del SGSSS-ADRES (Artículo 66 del PND) que centraliza las fuentes de financiamiento del Sistema y los mecanismos de pago directo a los prestadores de servicios de salud. No obstante, otras medidas del PND relacionadas con control de medicamentos y dinámica financiera del SGSSS, reflejan la decisión política de mantener indemne y profundizar el modelo del SGSSS.

Por su parte, en relación con los Pueblos Indígenas, este PND mantiene el ejercicio de consulta previa con los Pueblos Indígenas a través de la Mesa Permanente de Concertación-MPC, de aquellas medidas específicas relacionadas con sus territorios y se expresa en esta ocasión en una transversalización de los contenidos acordados en los diferentes capítulos del Plan, para lo cual se estipula la ruta para la identificación y asignación presupuestal en cada vigencia y para el seguimiento a las políticas públicas, siempre con la participación y en acuerdo con la MPC (artículos 114, 115 y 116 del PND). Con esto se va consolidando un mecanismo jurídico-técnico regular, en el que los planes de desarrollo, como expresión programático-política de un gobierno y de alguna forma del régimen político, se convierten en una arena de disputa social y política a donde se conducen todas las demandas, tensiones y propuestas del movimiento indígena.

Los contenidos de los acuerdos de consulta previa no aparecen en el articulado general del PND, salvo la asignación plurianual destinada a los Pueblos Indígenas. Pero al revisar el documento de concertación se encuentra que en materia de salud y aspectos relacionados se consignan 26 compromisos (Dirección Desarrollo Territorial DNP, 2016), que pueden resumirse en tres campos.

Primero, el apoyo a la construcción, implementación, desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas públicas en general, y en particular, de salud indígena con un enfoque diferencial, e intercultural, teniendo como eje avanzar en el SISPI y en el marco de éste,

hacer un énfasis en: la medicina tradicional, la protección de los saberes propios, sobre todo de tipo botánico; las políticas relacionadas con prevención de suicidio, mutilación femenina, salud sexual y reproductiva, autonomía alimentaria, discapacidad, desplazamiento y retorno; formación del talento humano en salud; y sistema de vigilancia comunitaria intercultural con apoyo en información propia como el *Sistema Único de Información Indígena-SUIIN*.

Segundo, mantener el compromiso de la consulta previa: “Consultar y concertar con las autoridades indígenas todas las políticas públicas y actos administrativos de salud que afecten de manera directa a las entidades indígenas de salud” (Dirección Desarrollo Territorial DNP, 2016).

Y tercero, el compromiso de incorporar el Capítulo Étnico en el Plan decenal de Salud pública 2012-2022, así como el enfoque diferencial étnico en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS y la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, ordenado en el articulado del Plan Nacional de Desarrollo y en el marco del SISPI.

El acuerdo en la MPC entre Pueblos Indígenas y gobierno en estos tres campos, estaría mostrando una cobertura total desde el punto de vista de los enfoques, las dimensiones, los componentes, los mecanismos e incluso la expectativa de los recursos del proceso a seguir en la construcción de la política pública de salud indígena. Con esto se delimitaría, a partir de este momento, una arena donde la disputa en el campo normativo no está tanto en la incorporación formal sino en la interpretación y aplicación práctica, dentro de la lógica inamovible de intermediación administrativo-financiera, subsidios individuales, modelo centrado en la enfermedad y gestión del riesgo del SGSSS. Además se genera un predominio restrictivo de lo relacionado con la adecuación sociocultural como mecanismo de interculturalidad, donde la relación de poderes y saberes es todavía asimétrica y subordinada al modelo hegemónico de salud.

Se vive una paradoja, en la cual los términos que definen la política pública en salud indígena en el marco del enfoque de interculturalidad, se instala únicamente en escenarios y relaciones de comunicación, pero no afecta las relaciones de poder, la gobernabilidad y el ejercicio de los saberes y prácticas ancestrales. De esta manera, si bien dicho enfoque

es abarcador y en el sentido señalado, integral, en realidad no responde a las dinámicas, construcciones y aspiraciones de los Pueblos Indígenas, sus autoridades tradicionales, instituciones y modelos de salud propios.

Esto sucede, adicionalmente, porque no solo no se replantea el SGSSS sino porque las normas generales se van adoptando, y posteriormente dependiendo de los procesos de demanda, exigibilidad y movilización, se avanza o no en la adaptación sociocultural de las mismas. Como se ha señalado, esto ocasiona un desgaste permanente para los Pueblos Indígenas y una imposibilidad real de lograr tales adecuaciones, porque los pilares de estructuración de las normas generales endurecen la lógica del SGSSS y generan nuevas barreras o cierran las posibilidades de avanzar en los mismos acuerdos que el Gobierno y los Pueblos Indígenas han logrado. De esta forma, se complejiza la espiral que se ha descrito en este trabajo alrededor de la resistencia-represión-negociación, por cuanto no es solo un problema de incumplimiento de Acuerdos, sino de cambio permanente de referentes conceptuales y normativos que hacen casi imposible el verdadero diálogo intercultural y la construcción democrática de sociedad.

6.3.2 El Decreto 1953 de 2014, entre el reconocimiento y la inclusión subordinante del SISPI dentro del SGSSS.

Los compromisos adquiridos por el gobierno en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, en la concertación en La María en 2012, en la Minga Social Indígena y Popular en La María en octubre de 2013, la movilización de 2014¹⁸⁸ y la intensa dinámica de la Mesa Permanente

¹⁸⁸ “14 de octubre de 2014. *El pliego de peticiones indígena*. El inconformismo que acompaña y que desde tiempo atrás han venido denunciando los pueblos indígenas, especialmente en temas como ocupación de sus territorios, violaciones, asesinatos selectivos y el reclutamiento de sus jóvenes, serán expuestos al presidente Juan Manuel Santos y sus ministros, quienes asistirán a La María Piendamó, donde se cumple el Congreso Regional. Además, en este que consideran un espacio de reencuentro de los pueblos para el diálogo, la reflexión y la proyección, preparan lo que será el pliego de peticiones y sus planteamientos frente a temas como el proceso de paz y el contenido del decreto de autonomía para la administración de recursos en salud, educación, agua potable y saneamiento básico. Los nativos empezaron a reunirse ayer en La María Piendamó con ocasión del Congreso Regional y el primer tema que abordaron fue la Política Agraria y post acuerdo de La Habana” (El Nuevo Siglo , 2014, pág. 5A).

de Concertación-MPC, en un escenario de protagonismo del movimiento indígena en lo que fue la reelección del presidente Santos alrededor de la bandera de la paz; ubica a las organizaciones indígenas en una posición privilegiada para presionar aspectos estructurales de su agenda que han estado relegados desde la Constitución de 1991, relacionados con el ordenamiento territorial, la protección de los derechos sobre sus territorios y la generación de condiciones jurídicas, financieras y técnicas para el funcionamiento de los sistemas propios e interculturales, principalmente de salud y educación.

En este contexto se expiden los Decretos 1953 y 2719, denominados autonómicos porque *crearían* condiciones para una nueva etapa de disputa en el proceso de configuración de las políticas públicas para los Pueblos Indígenas, alrededor de las entidades territoriales, la administración de los territorios y los sistemas propios e interculturales. Aunque los contenidos de estos decretos se venían discutiendo durante algún tiempo, la presión ejercida por la Minga en el mes de octubre aceleró la negociación final.

Estas últimas negociaciones dejaron un sabor desagradable para el CRIC, por cuanto se impuso el discurso tecnocrático tanto del Ministerio de Salud y Protección Social como de algunos técnicos asesores del movimiento indígena para la *traducción* de las propuestas de los Pueblos Indígenas a un *marco y lenguaje viable* para los límites que imponía el Estado. Adicionalmente, en salud se había planteado que la negociación tendría que ser posterior a una Asamblea Nacional de Salud Indígena como la celebrada en Villeta en 2010 (comentada en el capítulo anterior), que validara las propuestas y los mínimos negociables. En este sentido Alcides Musse, líder indígena Nasa de salud y miembro para la fecha de la negociación en la Subcomisión Nacional de Salud, se refiere a las limitaciones y resultados de dicho proceso contencioso:

(...) cuando iba a darse el 1953 nosotros [los Pueblos Indígenas] teníamos un proceso de construcción paso a paso, bien organizado, nosotros inicialmente habíamos planteado una ruta distinta para llegar a consolidar mucho más los elementos del SISPI como tal, porque eso se iba a consolidar también en una asamblea nacional, pero a la final todo fue a las carreras (...). En la negociación nos dijeron que tenían que haber expertos negociando, entonces ahí ni siquiera pude entrar yo, en la parte de pulir los documentos como tal estuvieron los expertos. Nosotros queríamos que esas cosas quedaran bien para poderlas desarrollar, pero nosotros no entramos,

nosotros éramos unos soplonos desde afuera, a mí eso me dio mucha rabia”. (Musse, 2019, pág. 6)

Sin duda, estos aspectos de la coyuntura de la negociación marcaron el producto final de la norma y deben ser tenidos en cuenta a lo largo de recorrido y análisis de la misma, esto permitirá identificar en ese escenario fuertemente contencioso, ¿cuáles son los alcances del Decreto 1953 y qué nuevos elementos harán parte en adelante de la delimitación de la arena política para los Pueblos Indígenas y el Estado?

El marco conceptual: la disputa por la gobernabilidad y la territorialidad indígena. En el marco de una ardua movilización y negociación por parte de todas las organizaciones que hacen parte de la Mesa Permanente de Concertación-MPC, dentro de la cual se encuentra la ONIC y por dentro de ésta el CRIC, se expidió el Decreto 1953 a los cuatro meses de la posesión del presidente Santos para su segundo gobierno con la firma de los Ministros de los sectores involucrados, incluido el de Hacienda y los directores del Departamento Nacional de Planeación-DNP y el Departamento de la Prosperidad Social-DPS (Decreto 1953, 2014).

Este decreto busca dar desarrollo al Artículo 329¹⁸⁹ en el marco del Artículo 56 transitorio¹⁹⁰ de la Constitución Política, en el que se autoriza al gobierno tomar medidas fiscales y relacionadas con los territorios indígenas, mientras se expide la ley orgánica de ordenamiento territorial.

En 1993 el gobierno ya había utilizado el Artículo 56 transitorio al amparo del cual expidió el Decreto 1088¹⁹¹, comentado en el capítulo 3 de este trabajo, con el cual se habilitó la

¹⁸⁹ Artículo 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 enajenable. La ley definirá las relaciones y la coordinación de estas entidades con aquellas de las cuales formen parte. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991b)

¹⁹⁰ Artículo 56 transitorio de la Constitución Política otorga al gobierno la facultad para dictar las normas fiscales necesarias y las demás relativas al funcionamiento de los Territorios Indígenas y a su coordinación con las demás entidades territoriales, mientras que el Congreso expide la ley a que se refiere el artículo 329 de la Carta. (Ministerio del Interior, Ministerio de salud y protección social, Ministerio de Educación..., 2014).

¹⁹¹ El Decreto 1088 regula la creación de las asociaciones de cabildos o de autoridades tradicionales como entidades de derecho público de carácter especial, que pueden actuar como empresas

creación de las Asociaciones de Cabildos y Autoridades Tradicionales como entes de derecho público de carácter especial, encargadas de apuntalar el desarrollo integral de los Pueblos Indígenas como un primer hito de tipo funcional mientras se creaban las Entidades Territoriales Indígenas-ETIs previstas en la Constitución Política mediante una Ley orgánica de ordenamiento territorial. Dicho decreto, que a la postre sirvió de fundamento jurídico para la creación de las EPSI y las IPSI, jugaba un papel de contención a la fuerte demanda de los Pueblos Indígenas de creación de las ETIs y tranquilizaba temporalmente a la oposición por parte de un régimen político que veía en tales entidades una amenaza al establecimiento, toda vez que, de crearse, podrían llegar a abarcar más del 30% del territorio nacional.

De hecho, en 2011, si bien se expidió finalmente la ley de ordenamiento territorial, el tema indígena fue omitido deliberadamente¹⁹², por lo que el Decreto 1953, además de lo planteado, se convierte en un nuevo hito en la disputa entre Estado y Pueblos Indígenas por el ordenamiento territorial, en el que no se materializan las entidades territoriales indígenas-ETIs, pero se crea un régimen especial transitorio “(...) con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los Pueblos Indígenas...entre tanto se expide la ley de ordenamiento territorial...[específica para estos pueblos](...)” (Decreto 1953 , 2014) que abre un camino funcional para el cual:

(...) se establecen las funciones, mecanismos de financiación, control y vigilancia, así como el fortalecimiento de la jurisdicción especial indígena con el fin de proteger, reconocer y garantizar el ejercicio y goce de los derechos de los Pueblos Indígenas al territorio, autonomía, gobierno propio, libre determinación, educación indígena propia, salud propia, y al agua potable y saneamiento básico, en el marco constitucional de respeto y protección de la diversidad étnica y cultural. (Decreto 1953 , 2014)

industriales y comerciales del Estado en pos del desarrollo integral de las comunidades incluidos proyectos de salud. Esta figura jugó un papel definitivo en el desarrollo de la institucionalidad intercultural desde 1993, pues a su amparo se crearon las EPSI y las IPSI (Decreto 1088 , 1993).

¹⁹² La Sentencia C-489 de 2012 declaró exequible la ley de ordenamiento territorial 1454 de 2011, no obstante reconocer que hubo una omisión total que afecta los derechos de los pueblos indígenas y el reconocimiento de su autonomía, que se entienda puede ser atendida por el gobierno mediante el transitorio 56, hasta tanto una ley de la república de creación a las entidades territoriales (Decreto 1953 , 2014).

Y al determinar los principios que orientan este instrumento de política pública, se establece que será con fundamento en:

Artículo 10, (...) al ejercicio de la ley de origen, derecho mayor o derecho propio de los Pueblos Indígenas, que con fundamento en sus cosmovisiones les permite determinar sus propias instituciones y autoridades de gobierno, ejercer funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas dentro de su ámbito territorial, el pleno ejercicio del derecho de propiedad de sus territorios y vivenciar sus planes de vida, dentro del marco de la Constitución Política y de la ley. (Decreto 1953 , 2014).

Se destaca que, por primera vez, quedan formalizados en la norma general, la Ley de Origen el Derecho Mayor y el Derecho Propio en calidad de ejes estructurantes del ejercicio de la autoridad, el gobierno, la administración, la institucionalidad y la vida de los Pueblos Indígenas. El decreto no define mayores detalles sobre el contenido de cada concepto, pero como se ha planteado en secciones anteriores, La Ley de Origen se refiere a los fundamentos histórico culturales de cada Pueblo Indígena; el Derecho Mayor es la normatividad aplicable en ese contexto histórico y sociocultural y derivada de los ancestros y los mayores; mientras que el Derecho Propio concreta en la vida social y cotidiana las formas apropiadas de relacionamiento entre el ser humano y los demás seres vivos, incluida la madre tierra y el territorio.

Sobre esta base se desarrollan los principios de identidad cultural y reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, que ratifican la existencia de “diversas formas de vida y sistemas de comprensión del mundo” (Decreto 1953 , 2014); la territorialidad como “la fuente desde donde se explica y comprende la integralidad de la vida (...)” (Decreto 1953 , 2014); la unidad como “encuentro de pensamientos, la palabra, la acción, saberes ancestrales y experiencias comunitaria (...) que constituye a los pueblos en sujeto colectivo de derechos fundamentales” (Decreto 1953 , 2014); la integralidad entre naturaleza y pueblos alrededor de los planes de vida, los sistemas propios como el SISPI y “el ejercicio de las funciones públicas, de acuerdo a las cosmovisiones (...)” (Decreto 1953 , 2014); la universalidad para garantizar la totalidad de cobertura de los pueblos por parte de todos los sistemas propios; la coordinación, en la cual se estipula que “la administración de los sistemas propios (...) y las funciones públicas derivadas será concurrente y subsidiaria” (2014); y finalmente se define que ante dificultades de interpretación de los conceptos contemplados en la norma,

se “(...) acudirá a las disposiciones constitucionales pertinentes, al pensamiento, lenguaje, Ley de Origen, Derecho Propio y Derecho Mayor (...)” (Decreto 1953 , 2014).

Las políticas públicas propias y del Estado: los planes de vida, instrumento ordenador y de articulación. Es de gran relevancia, en línea con el espíritu filosófico y político del decreto, lo que se señala en términos de competencias de los territorios y las autoridades, quienes cuentan con un instrumento propio de planeación: “Los planes de vida o sus equivalentes son el principio rector de los procesos de planeación y administración de las competencias y funciones públicas de que trata el presente Decreto” en el marco de los cuales se organiza toda la acción programática en los territorios.

Obsérvese cómo este decreto reconoce todos los elementos de una política pública: institucionalidad, normas, financiamiento, enfoques, etc.; que si bien están basadas en la Ley de Origen, el Derecho Mayor o Derecho Propio, y en la cosmovisión como matriz de lectura y de definición, tiene unos límites señalados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la jurisdicción especial y la ley, con lo que se configura la arena de la disputa política, económica y sociocultural, sobre todo cuando leyes como la Ley 100 implican un paradigma totalmente distinto de los contenidos esenciales de las cosmovisiones indígenas, y por lo tanto, solo admite la adecuación sociocultural, en un marco que de nuevo se debate entre la exclusión y la inclusión subordinante.

Con este decreto los Pueblos Indígenas ingresan en nuevas condiciones de oportunidad y disputa en el manejo de recursos fiscales, más allá del sistema general de participación especial, conocido como *transferencias*, al involucrar los recursos de educación, salud, agua y saneamiento básico, en un marco de jurisdicción especial, que si bien desarrolla los principios constitucionales frente a lo indígena, la manera como lo hace y las matrices en donde se hace; se convierte en un nuevo campo de disputa frente a los desarrollos ancestrales y autónomos de autoridad, gobierno, territorio y administración propia. Al decir de un líder indígena:

“Eso hace que para los Pueblos Indígenas el reconocimiento constitucional de sus derechos los envuelva en un campo binario en el que, por un lado, son sujetos de *especial protección constitucional* y, por otro lado, sean sociedades que desarrollan sus planes de vida bajo las reglas de gobierno, convivencia y marcos culturales al margen del Estado. Eso pone a los pueblos

indígenas en un debate sobre patrones del colonialismo occidental desde el constitucionalismo y los valores propios de la autonomía indígena”. (Arrieta, 2016)

Este decreto determina que los ámbitos territoriales podrán ser los resguardos o asociaciones de resguardos y las competencias de las autoridades indígenas de dichos territorios. El Decreto 1953 responde a una demanda de los Pueblos Indígenas sobre la administración directa, sin intermediación de las alcaldías de los recursos del SGP especial, la cual será posible luego de acreditar experiencia y buenas prácticas, verificada por el Departamento Nacional de Planeación, según regulación específica definida en el decreto 2719¹⁹³ de diciembre del mismo año.

Mientras tanto, la aspiración de manejo administrativo de los sectores de educación, salud, agua potable y saneamiento básico quedará sujeta a la reglamentación de dichos sectores; y los gastos de dirección, administración y gestión en los que requieran incurrir estas formas de organización territorial se financiarán con recursos de los mismos sectores en un monto que determinará un documento CONPES¹⁹⁴.

Los territorios indígenas, entidades del Estado y de derecho público especial. En términos jurídicos, el decreto ratifica el carácter de los resguardos y/o asociaciones como de derecho público especial y para efectos de contratación como entidades del Estado.¹⁹⁵ Este sin duda es uno de los campos de tensión ya experimentados en los últimos 20 años, por lo que implica en términos de disciplinamiento administrativo y financiero en el marco de la normatividad general del Estado, lo cual ha generado todo tipo de debates sobre capacidades, transparencia y eficiencia, no exentos de diversas versiones del racismo estructural que se desplazan desde el paternalismo, hasta el esencialismo biocultural

193 Decreto 2719 del 26 de diciembre de 2014. Por el cual se definen los parámetros y el procedimiento que los Resguardos Indígenas deberán cumplir para acreditar la experiencia y/o buenas prácticas como requisito para la ejecución directa de los recursos de la Asignación Especial del Sistema General de Participaciones, y se dictan otras disposiciones.

194 Documento de política económica y social CONPES

195 El artículo 2 de la Ley 80 de 1993, define a los resguardos en materia de contratación de recursos públicos como entidades del Estado: “ARTÍCULO 2o. DE LA DEFINICIÓN DE ENTIDADES, SERVIDORES Y SERVICIOS PÚBLICOS. Para los solos efectos de esta ley (...) Se denominan entidades estatales: a) La Nación, las regiones, los departamentos, las provincias, el distrito capital y los distritos especiales, las áreas metropolitanas, las asociaciones de municipios, los territorios indígenas y los municipios (...)”. (Congreso de la República de Colombia , 1993)

expresado en la denominación de “menores de edad” y salvajes presente en la Ley 89 de 1890.

El Sistema Educativo Indígena Propio SEIP: nuevas condiciones y posibilidades para avanzar en la descolonización de la educación. Como se ha planteado, el Decreto 1953 define que aquellos territorios que se hayan certificado para administrar el SGP especial podrán adelantar los trámites para avanzar en el Sistema Educativo Indígena Propio-SEIP, el cual incluye la atención de la primera infancia a través del componente *Semillas de Vida*, que tendrá que ser habilitado y certificado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF; el componente de educación primaria, básica y media, que a su vez será certificado por el Ministerio de Educación Nacional-MEN; y el componente de educación superior, que tendrá su propia ruta de certificación, posterior a estudios de factibilidad para la operación de las Instituciones de Educación Superior-IES, por parte del MEN.

El análisis del SEIP supera los alcances del presente trabajo, no obstante, no puede dejar de mencionarse que representa un avance según la valoración de los propios Pueblos Indígenas, por cuanto implica formalizar el avance en la gobernabilidad de los procesos educativos, base en la producción y reproducción de las culturas propias de manera autónoma y diversa. En particular esto implica la eliminación de la dependencia de la Iglesia católica en la formación de las comunidades indígenas, herencia de la conquista y la colonia, y que en la Ley 89 de 1890, fue ratificada como instrumento de colonización: “Artículo 1º La legislación general de la República no regirá entre los salvajes que vayan reduciéndose a la vida civilizada por medio de Misiones. En consecuencia, el Gobierno, de acuerdo con la Autoridad eclesiástica, determinará la manera como esas incipientes sociedades deban ser gobernadas”.

La reglamentación para el SEIP es exhaustiva y deja trazada una ruta que permita a los Pueblos Indígenas administrar la educación en todos los niveles con lo financiable a cargo del SGP para el sector.

Se llama la atención sobre la refinación en los espacios de tensión y disputa sociocultural, política y económica, cuando se somete los procesos de administración a condiciones

habilitantes sobre todo en lo relacionado con los aspectos financieros y de calidad, las certificaciones y habilitaciones en el caso del ICBF.

Esta dinámica busca estandarizar condiciones para la operación de las políticas públicas a través de actores privados en todo el país en el marco de la política neoliberal de tercerización, con lo que se dota de cierto poder autónomo y aislado a este tipo de *procedimientos* que por sí solos podrían ofrecer garantías de transparencia, eficiencia y calidad. De esta forma se ha instalado un proceso de desinstitucionalización de la política pública de infancia y la entrega de los recursos públicos a instituciones que en la práctica no ofrecen garantías ni sostenibilidad en la atención; al contrario, han generado nuevos espacios de corrupción por el desvío de los recursos, sobrecostos, clientelismo y financiación de campañas políticas, entre otros.

Se asiste a una combinación conflictiva de lógicas fruto de la disputa entre Pueblos Indígenas y Estado, en la cual se van desarrollando instituciones públicas de carácter especial orientadas por la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio; al tiempo que, para poder funcionar, demuestran capacidades administrativas sometidas a las formas y contenidos de la administración neoliberal, que descansa sobre el mito de los estándares para liberar los recursos públicos al mercado.

De alguna forma sucede lo mismo con las instituciones educativas que han entrado en procesos de concesión a confesiones religiosas o a operadores privados, aunque aquí debe destacarse la persistencia de un sistema educativo público fuerte en el país, gracias a una resistencia histórica y permanente a la privatización completa del sistema, por parte del magisterio¹⁹⁶.

Estos desarrollos suponen, en algunas regiones, la confrontación de los Pueblos Indígenas con la Iglesia y actores privados; pero en casi todo el territorio nacional implica una fuerte tensión con el mismo sector público, que observa con preocupación que a nombre de la educación propia e intercultural que consideran fundamental, se pueden estar implementando mecanismos de precarización mayor del trabajo docente, la infraestructura

¹⁹⁶ Se refiere al cuerpo organizado de profesores en el país en la Federación Colombiana de Educadores-FECODE

y la calidad, dado el tipo de financiamiento por demanda que incluye todos los costos con base en el cálculo de coberturas y matrículas, al igual que en todo el sistema educativo, pero con la diferencia que la perspectiva de fuerza dinamizadora de los maestros en términos reivindicativos es distinta en el mundo indígena con respecto al Magisterio Colombiano.

Aquí se asiste entonces a un escenario de desarrollo de la disputa, que es el relacionado con las condiciones laborales, la inversión pública en infraestructura y en mejoramiento de la calidad y la formación del talento humano que cada vez más estará trabajando en los sistemas propios, toda vez que la política pública propia hasta el momento no ha incorporado o no ha visibilizado los verdaderos costos de estas dimensiones, con lo que acepta tácitamente el costeo por servicios y coberturas y no por costos directos e indirectos que garanticen los derechos de estos servidores públicos y el derecho a una educación propia e intercultural de calidad.

Una alusión final a la creación de las instituciones de educación superior o universidades indígenas consiste en que, con el decreto, tendrán que enfrentar los procesos de certificación y reglamentación del Estado para poder operar y titular. De esta forma, las nuevas instituciones educativas de educación superior indígena quedan subordinadas al formato de la educación superior ortodoxa, no tienen financiamiento y su instancia de gobernabilidad tendrá una importante representación del gobierno nacional y regional, configurándose aquí novedosas arenas de disputa entre la colonización, la alteridad y la resistencia.

El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI: lo propio y lo intercultural por dentro y por fuera del mercado. Luego de cinco años de debates, movilizaciones, propuestas, y expectativas generadas en la ley del plan de desarrollo 2010-2014 y otras normas ya mencionadas, el Decreto 1953, regula lo que será el SISPI.

El SISPI como política pública:

(...) es el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión

de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los Pueblos Indígenas (...) es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determine el presente decreto y demás disposiciones que lo modifiquen, sustituyan y reglamenten. (Ministerio del Interior, Ministerio de salud y protección social, Ministerio de Educación..., 2014).

La definición deja abiertos unos campos de discusión, por cuanto en principio es una estructura interna de los Pueblos Indígenas con todos los elementos de una política pública, en este caso propia, orientado fundamentalmente por la sabiduría ancestral. Al mismo tiempo, esta estructura, que es integral, procura el derecho fundamental a la salud, que debe estar articulado y se complementa con el SGSSS, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo que se observa es que hay una pérdida de rango para los contenidos y para la gobernabilidad del SISPI, por cuanto éste queda dentro de la estructura del SGSSS, y las decisiones y orientaciones finalmente se toman desde el Estado y no queda claro qué jerarquía tienen la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio que orientan la autodeterminación y los planes de vida, frente a un sistema que no ha sido construido con los pueblos y de aplicarse pareciera quedar como *orientación* a través de la sabiduría ancestral, sin determinarse el alcance de la competencia y poder de definición y demarcación que tendría el SISPI frente al SGSSS, con lo que la gobernabilidad quedaría muy limitada.

En términos de principios, se prioriza el de la accesibilidad, referida "(...) al cuidado de la salud como derecho fundamental individual y colectivo" (Decreto 1953 , 2014); sin que tal accesibilidad involucre los otros componentes del SISPI, referidos a lo político organizativo, la administración, la formación e investigación y la sabiduría ancestral. El Principio de complementariedad, ahora especificada como terapéutica, se define como la garantía de la integralidad del cuidado de la salud "(...) a través de la medicina propia (...) y la que brinda el SGSSS, que incluye las medicinas alternativas (...)" (Decreto 1953 , 2014), en lo que pareciera que la medicina indígena está por fuera del SGSSS, en tanto las medicinas alternativas sí están por dentro, abriendo interrogantes frente a lo planteado en la definición, donde el SISPI aunque se predique articulado, conceptualmente queda subordinado al SGSSS.

Por otra parte, el principio de reciprocidad subraya la retribución que debe haber en las relaciones de los seres humanos y los espirituales en el territorio, lo cual implicaría que la estructuración y operación del SISPI estaría en fuerte contradicción con el núcleo de la Ley 100, basada en la enfermedad, el individuo, la demanda, la rentabilidad y el equilibrio financiero.

Por su parte, el principio de interculturalidad, referido a la comunicación y coordinación de saberes y prácticas entre pueblos e instituciones del SGSSS en un plano de igualdad y armonía, así definido, no identifica cómo tramitar los conflictos derivados de relaciones de poderes y saberes asimétricos entre instituciones creadas al amparo de la Ley 100, basadas en la lógica de mercado; y aquellas de tipo intercultural, fruto de la adecuación sociocultural en un plano de desigualdad de condiciones y concepciones como las EPSI, las IPSI, las autoridades indígenas, sus organizaciones e instituciones propias como son los programas de salud del CRIC y la Consejería de Medicina Tradicional de la ONIC, entre otros.

La salud propia y los componentes del SISPI. La salud propia, es la “(...) la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende (...) el fomento, protección y recuperación de la salud” (Decreto 1953 , 2014). El análisis de esta definición pone de presente las disputas conceptuales alrededor del objeto de la política pública, pues pareciera que hay una salud propia que involucra dimensiones profundas de las cosmovisiones de los pueblos, pero que al incluir el fomento, la protección y recuperación se incorporan las dimensiones clásicas de los sistemas de salud enfocadas en la enfermedad individual, para las cuales se estarían orientando los recursos financieros en desmedro de la integralidad y en un nuevo ejercicio de fragmentación.

En relación con los componentes que estarán siempre en coordinación con el SGSSS, el de sabiduría ancestral se refiere a “(...) los conocimientos propios y espirituales (...) practicados de forma milenaria (...) permitiendo la existencia física de los Pueblos Indígenas” y es el núcleo para el desarrollo de los demás componentes; el componente

político organizativo encargado de promover la gobernabilidad y autonomía, se orienta a fortalecer la implementación del SISPI. El componente de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud garantizará la gestión, planificación, diseño y orientación de los procesos de formación propia e intercultural, así como de investigación. En relación con el proceso de administración y gestión, estará a cargo de orientar y administrar la información, los recursos físicos, territoriales, financieros, técnicos y de talento humano del SISPI.

El componente de cuidado de la salud propia e intercultural consiste en:

(...) las acciones en salud propia y complementaria que se realizan con las personas, las familias, la comunidad y con el territorio, que tiendan a promover y proteger la salud, y a prevenir y tratar la enfermedad con el propósito de promover, recuperar y mantener la armonía y el equilibrio (...). Cada pueblo indígena diseñará las formas del cuidado de salud propia e intercultural en sus territorios para lo cual el Estado garantizará las condiciones financieras para su desarrollo, en coordinación, articulación y complementación con el [SGSSS], bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollando los mecanismos para operar las formas del cuidado de la salud en el marco del SISPI de manera concertada". (Decreto 1953 , 2014)

Los cinco componentes dejan previstos pilares estratégicos de un sistema y resultan coherentes con los principios orientadores del Decreto 1953, dejando al mismo tiempo campos de desarrollo en todo caso conflictivos alrededor de los paradigmas en juego, de las estructuras que los hagan operativos y del financiamiento de los mismos, siempre en los límites del SGSSS que determina de manera subordinante las formas de abordaje y resolución de las tensiones, entre otras cosas por su dependencia del modelo médico occidental.

Competencias en salud de los Territorios indígenas (Artículo 83). Una vez certificados los Territorios Indígenas, deberán hacerse cargo de: 1) las acciones de Salud Pública con la normatividad vigente y la que derive del SISPI y el SGSSS; 2) el manejo del riesgo en salud; 3) los Territorios podrán prestar directamente los servicios a través de las estructuras propias con base en la normatividad del SGSSS y las formas propias de cuidado; 4) dirigir, planificar y administrar el SISPI y la información en salud relacionada y 5) “ (...) crear y/o

transformar las estructuras propias¹⁹⁷ para el desarrollo del SISPI, de acuerdo a la Ley de Origen, Derecho Mayor o Derecho Propio de cada pueblo indígena” (Decreto 1953 , 2014). Al respecto de esta última competencia, “Las disposiciones especiales de apertura, manejo financiero, permanencia, cierre y liquidación de las estructuras propias de salud de los territorios se adoptarán con participación de (...) [la MPC] y con los Pueblos y Organizaciones Indígenas” (Decreto 1953 , 2014).

Las competencias asignadas en el espíritu del decreto serán asumidas una vez se certifiquen los territorios; y para el caso específico de salud, la construcción de estructuras propias y de sus contenidos, que deberán afrontar las disputas conceptuales y políticas con el SGSSS. Para señalar una de estas disputas, está la del manejo de riesgo en salud, que implica de entrada el desconocimiento de la definición de salud propia y la imposición de una de las versiones del paradigma sanitario occidental de corte causal y positivista, que no es unánime y está lejos del enfoque de determinantes de la Organización Mundial de la Salud-OMS, y por supuesto en otra perspectiva con respecto del enfoque de determinación construido desde la medicina social (Breilh J. , 2013).

El SISPI, según el Artículo 85, será financiado por varias fuentes: con recursos del SGP del sector salud y del SGSSS el componente de sabiduría ancestral; mientras que los componentes político-organizativo y administración-gestión serán cubiertos con recursos del SGP de salud, en montos definidos por un CONPES futuro¹⁹⁸. El componente de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud deberá financiarse mediante proyectos de ciencia y tecnología e innovación, con cargo al Sistema General de Regalías y los Territorios Indígenas podrán cofinanciarlo con cargo al SGP especial (Decreto 1953 , 2014).

¹⁹⁷ “ARTÍCULO 84. ESTRUCTURAS PROPIAS DEL SISPI. A nivel de los Territorios Indígenas, las estructuras propias del SISPI se crearán con base en las estructuras de gobierno propio de los pueblos indígenas, [de conformidad con] el presente Decreto y los criterios y requisitos que se concerten en la [MPC] con Pueblos y Organizaciones Indígenas. La Subcomisión de Salud Indígena será la instancia consultiva y técnica entre el Gobierno nacional y los pueblos indígenas que orienta, formula y contribuye a la construcción e implementación del SISPI” (Decreto 1953 , 2014).

¹⁹⁸ “Artículo 8 (...) El documento CONPES determinará los montos que se podrán destinar para financiar los gastos de dirección, administración y gestión de cada sector, con base en la información relacionada con la implementación del presente Decreto, que será suministrada por los respectivos ministerios y/o departamentos administrativos que tengan la competencia. Dichos montos provienen de las participaciones de educación, salud y agua potable y saneamiento básico del sistema general de participaciones”. (Ministerio del Interior, Ministerio de salud y protección social, Ministerio de Educación..., 2014).

En relación con el componente de cuidado de la salud, los recursos provenientes de la nación, los entes territoriales y del SGP de salud serían la fuente para financiar la Unidad de Pago por Capitación–UPC diferencial indígena, proyectada desde el acuerdo 326 de 2005; para lo cual el artículo 86 define que deberá ser calculada con base en la información proveniente de los territorios (Decreto 1953 , 2014). Los servicios de salud prestados por las IPSI se financiarán con recursos de la UPC contratadas por las EPSI o las estructuras que se creen. Al 2014 el porcentaje para los componentes diferenciales es del 3,04% adicional a la UPC del régimen subsidiado, con lo que queda claro que el 96,06 del total de éstos recursos son para servicios de salud individuales concebidos dentro del paradigma occidental, con lo que queda determinada financieramente la posibilidad limitada de desarrollar lo relacionado con cuidado de la salud desde la visión de salud propia que como se ha dicho es colectiva y centrada en armonizar las relaciones entre individuo, familia, comunidad, naturaleza, territorio y autoridad.

Puede observarse que los tres primeros componentes enfrentan un alto nivel de incertidumbre que solo puede comenzar a aclararse una vez se certifiquen los territorios y se cuente con las estructuras propias aprobadas por el gobierno, que será cuándo se requerirán nuevos actos administrativos que regulen los criterios específicos de uso y los montos. Entre tanto, hay más claridad de financiamiento para el cuidado de la salud, pero mayoritariamente alrededor de los servicios individuales.

En todo caso, se ratifica la gratuidad ligada todavía a la incapacidad de pago y bajo la modalidad de subsidio, como ya se ha señalado:

“Artículo 86, PARÁGRAFO. El Estado garantizará en el marco del SISPI a los Pueblos Indígenas el acceso al cuidado de la salud sin costo alguno como un derecho fundamental. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido en la Ley 691 de 2001 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. (Decreto 1953, 2014, pág. 44)

Finalmente, el Decreto 1953 define, en materia de salud, que mientras se implementa el SISPI, transitoriamente se garantizará el cuidado de la salud de los Pueblos Indígenas por parte del SGSSS; y en relación con la evaluación, seguimiento y control, se seguirán los

principios al respecto del SGSSS y se concertarán en la subcomisión nacional de salud los criterios de aplicación.

A diferencia del Sistema Educativo Indígena Propio, que tiene mayor nivel de certidumbre, el SISPI queda con un largo camino por recorrer para poder ser implementado, en un escenario de gran presión que demanda la mayor parte de los esfuerzos de las organizaciones para que las EPSI y las IPSI adelanten sus tareas en condiciones de grave situación financiera, alta demanda y exigencia del cumplimiento con sus obligaciones de prestación de servicios de salud; y fuertes limitaciones legales y financieras para el desarrollo intercultural.

El Decreto 1953, en relación con el sector de agua potable y saneamiento básico, deja una ruta ligada igualmente a procesos de certificación, mientras que los recursos para la inversión física en la infraestructura no quedan claramente establecidos en términos de fuentes ni de tiempos, quedando las comunidades indígenas supeditadas al mismo ritmo de inversión del Estado en las áreas rurales que es absolutamente marginal, con lo que el impacto sobre una condición de bienestar y buen vivir queda indefinida.

Por último, se deja prevista la relación entre Estado y Pueblos Indígenas en materia de jurisdicción especial indígena, definida por la Constitución Política en el Artículo 246 como la facultad según la cual:

Las autoridades de los Pueblos Indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y leyes de la República. La ley establecerá las formas de coordinación de esta jurisdicción especial con el sistema judicial nacional. (Constitución política de Colombia, 1991).

Con lo que al reconocerse la competencia de aplicación de justicia se está incluyendo también todas aquellas conductas que transgredan la normatividad consagrada en la administración de los territorios, por parte de las comunidades y las autoridades, incluyéndose lo que atente contra la salud propia, es decir afectaciones a los equilibrios en las relaciones entre las personas, las familias, las comunidades, la naturaleza, el territorio y las autoridades.

El Decreto 1953 no avanza mucho en este sentido y solo deja definidos algunos criterios enmarcados en el principio del reconocimiento y alcance de la Jurisdicción Especial Indígena así:

Artículo 95: Los operadores jurídicos deben reconocer y respetar la facultad que tienen las autoridades de los Pueblos Indígenas dentro de su ámbito territorial para establecer sus propias normas jurídicas de conformidad con la ley de origen, el derecho mayor y el derecho propio, y para ejercer de manera preferente la propia jurisdicción, de conformidad con lo dispuesto por la Constitución Política, la ley y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. (Decreto 1953, 2014)

De esta forma, los llamados decretos autonómicos, en especial el 1953, avanzan en generar una arena para el desarrollo de la administración de los territorios indígenas, donde hay una disputa entre la administración ancestral ligada a la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio; y las formas de administración del Estado, en las que la condición progresiva es la asimilación de las primeras a tipologías y estándares habilitantes para el manejo de recursos. Estos recursos son en principio los del SGP especial y, de manera todavía incierta, los de los sistemas de educación, salud, agua potable, saneamiento básico y justicia. El manejo de estos recursos deberá asistir, de manera diferenciada, a procesos de habilitación y certificación, o acreditación específica, en una dinámica mucho más fuerte en salud, por la subordinación a la lógica neoliberal que domina al SGSSS.

No obstante, las formas de organización social y comunitaria de los Pueblos Indígenas logran, en un proceso de resistencia, imprimir su sello en esa secuencia contenciosa de imposición-adaptación. Se trata de un proceso ligado a las formas colectivas de decisión, planeación, ejecución y control social que, sin duda, en muchos casos terminan rompiendo desde dentro la parafernalia de los estándares, las tipologías de las relaciones verticales de poder y los tecnicismos; para que emerjan los ritmos, los tiempos y los lugares de las instituciones y los entramados administrativos propios.

Por lo tanto, la disputa no solo se comporta como oposición, sino también como alternativa, en un escenario complejo donde los Pueblos Indígenas luchan por mantenerse, recrearse y adaptarse, en medio de la discriminación estructural y el

pensamiento colonial que considera que cuando *el otro se certifica-adapta* es que por fin está *aprendiendo a administrar o merece hacerlo*; dejándose de lado que en ese desarrollo tensionado están surgiendo nuevas formas de hacer, de saber y de gobernar un territorio.

En todo caso, esta disputa pasa por lecturas muy críticas sobre el contenido y el futuro de la aplicación y de los espacios reales de construcción del SISPI por dentro del Decreto 1953. Angélica Aguilar, gerente del hospital de Toribío a la fecha de expedición del Decreto y colaboradora del CRIC en salud por más de 20 años, manifiesta su preocupación por lo que se ha planteado como la subordinación del SISPI al SGSSS:

(...) el Decreto 1953 es claro que el que manda es el Ministerio, porque también es el que pone la plata. Debería ser transformar la Ley 100 a lo propio y está pasando lo contrario, transformar lo propio a la Ley 100, entonces eso hace que se desdibuje lo propio. Entonces yo diría que la Ley 100 no tiene la apertura suficiente. (Aguilar, 2018, pág. 3)

Por su parte, Belkis Izquierdo, del Pueblo Arhuaco y exgerente de la EPSI Dusakawi, valora que el 1953 es una oportunidad con muchas dificultades:

También valoro el instrumento [SISPI-1953] y creo que puede ser un camino interesante, sin embargo, ya eso en la práctica puede tener muchas dificultades, yo lo que creo que puede entrar a transformar son procesos internos de concientización y de trabajo y es un trabajo que tanto los líderes como los profesionales deben apoyar. (Izquierdo, Entrevista No. 11, 2018)

En esta misma línea Alcides Musse: "(...) nosotros logramos poner solo los componentes [del SISPI], los elementos rectores, es decir que quedó todo muy general y eso tiene dos posibilidades: 1. Que no quede nada y 2. Que se puedan incluir muchas cosas si es que se trabaja." (Musse, 2019, pág. 6) Remitiendo a que será la continuidad de las luchas las que permitirán aprovechar el Decreto 1953 a favor, en medio de la inclusión subordinante al SGSSS.

En el seno de la Subcomisión Nacional de Salud Indígena, creada en 2013 como instancia mixta de concertación entre Pueblos Indígenas y Gobierno, se manifestaron preocupaciones por el resultado del decreto, que reducía la institucionalidad propia a la de las EPSI e IPSI:

Hernando (OPIAC), plantea que las estructuras de gobierno se deben transformar, porque son dinámicas y por eso en el Decreto se habla de EPS e IPS indígenas que se pueden transformar en instancias de gobierno y autoridad y de gestión en materia de salud; también están las organizaciones como institucionalidad y las estructuras de salud como las consejerías de salud, los payes, parteras y agentes médicos tradicionales (...) pero esto depende de los Pueblos Indígenas quienes deben asumir el papel que les corresponde para empoderarse de los procesos. (Subcomisión Nacional de Salud Indígena, 2014).

En todas las reacciones, lo que se ratifica es el malestar por los términos finales del Decreto, que no recogían totalmente las expectativas del movimiento indígena, y que el avance dependerá del trabajo interno y la lucha del sujeto político indígena dentro de la nueva arena de disputa con el Estado.

Debe destacarse, como hito en el proceso de configuración de la política pública de salud indígena que, en diciembre de 2014, en el ambiente de la expedición del Decreto 1953, por primera vez el gobierno reconoce de manera efectiva en un monto del 3,04% adicional a la UPC general, pasando a llamarse de ese momento la Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena (Resolución 5729, 2014, pág. 4), de la que se viene hablando desde la Resolución 326 de 2005, para financiar servicios de salud propia que ya las organizaciones indígenas venían prestando desde que se crearon, con lo cual incurrieron en costos irre recuperables que seguramente han estado contribuyendo en los déficit acumulados de las EPSI.

Sin embargo, este hecho resulta revelador porque queda demostrado que, del total de la UPC para Pueblos Indígenas, más allá de las otras discusiones que ya se han presentado sobre el sentido de financiar la salud por demanda y por individuo en el marco del modelo de aseguramiento, queda claro que los recursos están destinados a cubrir las actividades del modelo médico occidental en la versión del enfoque de riesgo individual y centrado en la enfermedad, en casi un 97%.

La Asociación Indígena del Cauca-AIC y las IPSI del CRIC han realizado un esfuerzo creciente y progresivo para que, con los mismos recursos, ese porcentaje cubra acciones de adecuación, siempre en un margen de gran dificultad por cuanto los costos de las

acciones del modelo médico son costosas, prestadas mayoritariamente por actores externos en lógica empresarial y de mercado y normativamente obligatorias.

De esta forma termina un periodo altamente contencioso, promisorio en los límites ya definidos por el SGSSS para los procesos de adecuación sociocultural, y para el desarrollo de una política propia de salud indígena en el seno de las regulaciones del Estado.

6.3.3 La Ley Estatutaria: derecho fundamental a la salud y SISPI en la lógica del SGSSS

La Ley estatutaria, norma superior para regular derechos fundamentales, es un hito en la construcción de la política pública de salud en el país y en la política pública de salud indígena, porque define el núcleo del derecho, cómo regularlo y protegerlo, definiéndolo en el Artículo 1 como:

(...) autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (Ley Estatutaria 1751, 2015)

Esta norma recoge elementos dispersos de la jurisprudencia, sobre todo en lo dispuesto en la Sentencia T-760 de 2008, así como de la misma transformación normativa de la Ley 100 y otras relacionadas con el sector; su novedad principal está en cristalizar el carácter fundamental del derecho a la salud en la jerarquía de una Ley Estatutaria que además implica que la garantía de tal derecho es prioritaria, exigible, de aplicación inmediata y ratifica que es responsabilidad del Estado.

No obstante, los alcances de la misma quedan supeditados al modelo y sistema de salud existente en Colombia, ligado a la Ley 100 por lo que se establece de aquí en adelante una

disputa permanente entre la garantía del derecho y el funcionamiento del sistema bajo los paradigmas de pluralismo estructurado, ya explicado en el Capítulo 4, y el mercado y la organización en regímenes contributivo, subsidiado, especiales, subsidio a la demanda e incentivos económicos; por lo tanto, persiste la noción de acceso y calidad vinculadas a la capacidad de pago. En cualquier caso, se considera que a partir de la Ley estatutaria es factible que la lucha política se tense alrededor de una reforma profunda del SGSSS para poder cumplir los mandatos de la misma (Hernández, 2015).

En términos generales, se destaca la integración y ampliación de los principios que rigen la garantía del derecho fundamental a la salud, todos en línea con lo previsto en el bloque de constitucionalidad, en particular lo determinado en la ya mencionada observación No. 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de los cuales se deben destacar tres en el Artículo 6 que involucran a los grupos étnicos y a los Pueblos Indígenas en materia de interculturalidad y protección:

l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global (...) [y] m) (...) Para los Pueblos Indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI); n)(...) y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres. (Ley Estatutaria 1751, 2015).

A diferencia del Decreto 1953 y de la ley 1438, aquí la interculturalidad hace referencia a un ámbito global y no solo a los Pueblos Indígenas. No obstante, se mantiene en el mismo nivel de abstracción al no señalar claramente que tal interculturalidad requiere instancias no solo de diálogo y coordinación de saberes, sino estructuras donde las relaciones de poder permitan simetría entre los sujetos de una sociedad.

Específicamente, en el Literal m es de gran importancia que la Ley señala que la garantía del derecho fundamental para los Pueblos Indígenas se entiende desde sus propias

cosmovisiones y que esto se desarrolla en el SISPI, con lo que la jerarquía virtualmente se eleva desde un Decreto como el 1953 y se instala en el marco de la Ley Estatutaria.

Debe señalarse que los literales en mención fueron introducidos en el proceso de conciliación del proyecto de Ley Estatutaria¹⁹⁹ como fruto de la incidencia del Ministerio de Salud, y principalmente de los delegados gubernamentales en la Subcomisión Nacional de Salud Indígena creada en 2013 mediante el Decreto 1973²⁰⁰.

Debe destacarse que, al estudiar las actas de dicha Subcomisión durante los años 2014 y 2015, no se encuentran discusiones que reflejen que el proyecto de Ley Estatutaria hubiera sido tratado allí, ni mucho menos que una norma de tal jerarquía hubiera sido consultada con los Pueblos Indígenas. De esta forma, se ratifica que la creación de institucionalidad de concertación no garantiza necesariamente la participación efectiva del sujeto político, y que por ello la movilización y la resistencia se mantienen como los mecanismos de interlocución a los que el régimen político ha sometido a los movimientos sociales, incluido el movimiento indígena.

La Ley Estatutaria fue declarada exequible con algunas modificaciones, y por tanto, los literales sobre interculturalidad, SISPI y protección de grupos étnicos por parte de la Corte Constitucional (Sentencia C-313 , 2014). Y en audiencia pública, la Corte aclara a la Contraloría General que esto no implica consulta previa, porque se considera que la ley no afecta los intereses de los grupos étnicos²⁰¹, y que lo referente al SISPI tampoco lo amerita en la medida en que es un proceso aún en definición entre Gobierno y comunidades indígenas²⁰²; resultado, ese sí, de un acuerdo que estuvo bajo consulta previa en el Plan

¹⁹⁹ Texto conciliado al proyecto de Ley estatutaria número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara (Corte Constitucional, 2014).

²⁰⁰ Un funcionario del Ministerio de Salud relata que en efecto fue un proceso de presión sobre todo del Ministerio en el Congreso para la inclusión de lo relacionado con grupos étnicos y SISPI (Funcionario, 2019).

²⁰¹ De lo anterior se colige que el trámite de una medida adoptada por vía legislativa demanda la aplicación del proceso de consulta previa cuando genera efectos directos, específicos y particularmente dirigidos a los miembros de una comunidad o grupo étnico (Corte Constitucional, 2014).

²⁰² “(...)la citada norma [literal m] dispone que, en su caso, este derecho “se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)”, el cual constituye una iniciativa concertada entre el Gobierno y las Autoridades Indígenas de las distintas comunidades del país, para lo cual aún se siguen adelantando reuniones, a instancia de la “Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas”, creada por el Decreto 1973 de 2013, y

de Desarrollo 2010-2014. Esta explicación de la Corte Constitucional, en el plano de lo formal, se entiende porque efectivamente en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, del presidente Santos, se consultó el capítulo étnico con los Pueblos Indígenas, y allí se introdujo el apoyo al SISPI. No obstante, no consultar la Ley Estatutaria dada su jerarquía y dejar la referencia en los literales mencionados, tiene como aspecto positivo que efectivamente en el más alto nivel se tenga en cuenta el SISPI; pero como aspecto limitante, el que deja todavía al SGSSS vigente como el escenario dentro del cual hacerlo efectivo.

Se resalta aquí el rol protagónico de la Corte Constitucional en cautelar el derecho fundamental a la consulta previa de los Pueblos Indígenas, lo que ha permitido sustentar su exigencia de garantía a los respectivos gobiernos. Igualmente, esto ha implicado que la misma Corte deba enfrentar al poder ejecutivo y legislativo para frenar sus intentos de desconocer tal derecho. No obstante, el que la Corte no haya cuestionado la lógica estructurante del SGSSS hace que reconocimientos como el del derecho fundamental a la salud, y dentro de éste del SISPI, queden subordinados para su realización a desarrollos profundamente contenciosos.

Salvo estas tres referencias, que ubican en un nivel de principio el SISPI y la protección integral del derecho a la salud de los grupos étnicos, el resto de la norma es general; y algunos de los aspectos más relevantes tienen que ver con convertir el SGSSS en un sistema basado en exclusiones y no en inclusiones. Esto da al traste con el concepto de Plan Obligatorio de Salud-POS explícito y financiado por recursos públicos y de NO-POS como aquello que para poder ser financiado por dichos recursos requería de un procedimiento especial. A cambio, el sistema de exclusiones determina que todo lo no excluido, estará incluido y será financiado con recursos públicos. La Ley refrenda la vigencia de la tutela²⁰³, la eliminación de barreras administrativas en la atención inicial de urgencias,

que tiene, entre otros objetivos, propiciar los insumos necesarios para la construcción del referido sistema (...) [por lo que] el precepto examinado no estructura una situación particular para las comunidades indígenas, en tanto hace remisión a un texto que está en fase de formación, por parte de un órgano con legitimidad para ello, que incluye representantes de comunidades indígenas, y cuya iniciativa está respaldada por el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, sometido a consulta previa para los efectos pertinentes (ver acuerdos con el Ministerio de Protección Social), no encuentra la Sala que de él surja una interpretación que conduzca a la implementación de la consulta previa" (Corte Constitucional, 2014).

²⁰³ Mecanismo constitucional de carácter judicial al alcance de todos los ciudadanos para demandar la garantía de un derecho fundamental de manera ágil y vinculante.

fortalece la autonomía médica bajo un enfoque de autorregulación, ordena el control de medicamentos y el desarrollo de sistemas de información, entre otros; y de manera relevante para las comunidades rurales, dentro de las cuales se cuentan los Pueblos Indígenas, determina que:

ARTÍCULO 24. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad. (Ley Estatutaria 1751, 2015).

Con lo que pudiera interpretarse que se trata del único artículo que pone en tensión la lógica del modelo actual del SGSSS, al postular los principios de oferta y no de demanda para la prestación de servicios y la rentabilidad social, y no la económica, como ordenadora de la organización de dichos servicios. Este artículo sirve de soporte para impulsar una reforma profunda al SGSSS que permita la materialización del SISPI y su financiamiento.

Como se ha mencionado, a partir de 2015 el Decreto 1953 del ejecutivo y la Ley Estatutaria del legislativo con modulación de la Corte Constitucional, se convierten en los hitos de política, en el marco de los cuales se instala la disputa política de los Pueblos Indígenas por dentro y por fuera del SGSSS para hacer una realidad el SISPI.

6.3.4 Negociación y resistencia: el CRIC en tránsito hacia el SISPI en los territorios mientras define como propósito salir de la Ley 100

En 2016, en el marco de la inminente firma de los acuerdos de paz entre el gobierno y las FARC-EP, se lleva a cabo en La María Piendamó, Cauca, “la Minga de resistencia por la vida, el territorio, la dignidad, la paz y el cumplimiento de los acuerdos”, entre el 2 y el 16 de junio. Miles de indígenas del CRIC, con la presencia de la ONIC, comunidades campesinas y afro, se convocaron en una gran minga que buscaba el cumplimiento de lo

pactado en movilizaciones y negociaciones anteriores, como por ejemplo poder avanzar en la reglamentación del Decreto 1953 en lo concerniente a Justicia Propia, Educación y Salud.

Sin embargo, el tema más fuerte fue el de exigir del Gobierno la garantía de la inclusión de un capítulo étnico en los acuerdos de Paz de la Habana, que debería ser tramitado mediante consulta previa. De esta manera, de nuevo, el movimiento indígena nacional y en particular el del Cauca, se ponen en primera línea de acción política para que la guerra que les ha afectado, con particular intensidad, cese, pero con la participación y con compromisos de las partes frente a las comunidades indígenas (CRIC y Gobierno Nacional, 2016, págs. 10-11).

En este proceso histórico contencioso entre Pueblos Indígenas y Estado, se resalta cómo el documento que se firma en esta movilización se denomina “Acta de Ratificación de Acuerdos entre el CRIC y el Gobierno Nacional-2-16 de Junio”; evidenciándose la dinámica de espiral, que ya se ha señalado, en este caso de “Pacto-incumplimiento”; “cambio en la política pública sin contar con los Pueblos Indígenas-nuevo pacto” que incluye “lo incumplido con anterioridad-nuevo incumplimiento”; la voluntad de diálogo permanente de los Pueblos Indígenas, no obstante los resultados de los procesos movilizatorios y de negociación²⁰⁴. El Ministro del Interior reconoce con dificultad y con eufemismo el incumplimiento, al que llama *lentitud*, y eso porque era necesaria la concurrencia del movimiento indígena para respaldar el proceso de paz en el plebiscito:

‘Podemos reconocer que ha habido lentitud en algunos de los acuerdos, pero vamos a pisar el acelerador porque estamos ad portas de la firma del fin del conflicto en La Habana’, manifestó el Ministro. [Esto en el marco de] la llamada Minga Nacional Agropecuaria, que no es más que

²⁰⁴ Se habla de cientos de acuerdos incumplidos a lo largo de 47 años de historia del CRIC. El 12 de mayo de 2010, por ejemplo en una mesa de negociación entre el CRIC y el gobierno se ratifica la voluntad de cumplir lo acordado en 2005, lo cual estuvo incluido en las demandas de la movilización de 2008 y gracias a la fuerte presión, de nuevo en esta mesa se firma con el alto gobierno un nuevo compromiso para cumplir lo incumplido: El 16 de diciembre de 2005, el Gobierno Nacional suscribió un acta de compromisos con el Consejo Regional Indígena del Cauca, en el cual se comprometió a adquirir 8.000 has de tierras requeridas por los pueblos indígenas del Cauca (Contraloría General de la República, 2012, pág. 59). En el marco de la Minga por la recuperación de la tierra en el año 2008, el Gobierno Nacional reiteró el compromiso de continuar con el cumplimiento de estos acuerdos. En esta misma línea, en Octubre de 2012, con presencia del Presidente Juan Manuel Santos y en medio de una nueva movilización, se ratifican los compromisos incumplidos; posteriormente en 2013, igualmente, se suscribe un acta en el mismo sentido y nuevamente en 2016 y 2017, se suscriben actas que para el caso que se está mencionando de tierras, tienen el mismo alcance, ratificar, manifestar nuevas voluntades, producir nuevos instrumentos.

protestas de los grupos campesino, afro e indígena, organizada por la Organización Nacional Indígena, entre otras (...) esta nueva marcha es pacífica y pretende que el Gobierno cumpla los acuerdos que se pactaron en el 2013, año en el cual se realizó una protesta nacional que duró más de un mes (...) [se trata de] recursos que se comprometió a entregar el Gobierno para compra de tierras, programas en salud, educación y agua, entre otros sectores y fortalecimiento de la guardia indígena. (El País, 2016, pág. A6)

Llama la atención la denominación aparentemente inocente, de *la llamada minga*, haciendo alusión discriminatoria a las *formas autónomas de nombrar* y a sus contenidos, y la tendencia permanente a asimilarla a un lenguaje genérico de *protesta*, y la permanente obsesión por subrayar lo pacífico o lo violento, y por abstraerse para, por esa vía, naturalizar los incumplimientos del Gobierno. Estos registros son significativos porque expresan en el ámbito de la prensa oficial tanto el tipo de periodismo realmente existente como la lógica editorial que se balancea entre discriminar, negar y reconocer excluyendo.

En línea con este abordaje, el representante de los gremios económicos del Cauca pone el asunto en clave de la irresponsabilidad del gobierno al firmar los acuerdos y en manifestar que en todo caso lo relacionado con tierras ya se ha cumplido:

José Rodrigo Sánchez, presidente del Consejo Gremial del Cauca, dice que la problemática que vive la región nace de acuerdos realizados hace 20 años entre las comunidades indígenas y el Estado, que en su momento firmó 'compromisos sin medir las consecuencias'.

'Desde esa época, año tras año, las comunidades cobran esa deuda que ha venido creciendo a lo largo del tiempo', dice el ejecutivo, quien considera que el Estado sí ha cumplido con los indígenas, en especial en el tema de tierras. (El País, 2016, pág. A12)

Con lo que se confirma que los contenidos de los Acuerdos y el cumplimiento-incumplimiento de los mismos, que constituyen expresiones objetivas de compromisos del Estado, no se pueden soslayar y al contrario son materia de disputa permanente a nivel político, sociocultural y económico.

Esta movilización fue además la forma de presión e incidencia, para que luego de grandes dificultades tanto con el gobierno como con las FARC-EP se incluyera dentro del texto final del Acuerdo de Paz el Capítulo Étnico en el último día de negociación. Efectivamente, en

agosto de 2016 es concertado el texto que en lo fundamental hace un reconocimiento al protagonismo de los grupos étnicos en la construcción de la paz, y al lugar de intenso martirio al que fueron sometidos. Las partes se comprometen a respetar sus derechos a la autonomía, la consulta libre e informada, la vida y el territorio:

(...) a la identidad e integridad social, económica y cultural, a los derechos sobre sus tierras, territorios y recursos, que implican el reconocimiento de sus prácticas territoriales ancestrales, el derecho a la restitución y fortalecimiento de su territorialidad, los mecanismos vigentes para la protección y seguridad jurídica de las tierras y territorios ocupados o poseídos ancestralmente y/o tradicionalmente. (Gobierno y FARC-EP, 2016)

El acuerdo 1, sobre Reforma Rural Integral, incluye la estructuración de un plan nacional de salud rural que, gracias al capítulo étnico, deberá ser consultado con los grupos étnicos y tener en cuenta de manera transversal las implicaciones del enfoque étnico; como igualmente, deberá suceder con los temas de tierras, drogas, sistema integral de verdad, justicia y no repetición y desmovilización. Como se desprende del análisis del acuerdo, y considerando que la agenda contenida en el mismo, para el caso de los Pueblos Indígenas en particular, se estructura de manera integral; la salud queda incluida en la etapa de construcción de la Paz, mediante la movilización, la resistencia, el diálogo y la negociación.

El proceso de Paz tenía previsto que los acuerdos serían llevados a un plebiscito vinculante para medir el apoyo o el rechazo a los mismos. El 2 de octubre de 2016, con un alto porcentaje de abstención electoral superior al 50%, fue derrotado por estrecho margen el Sí a los Acuerdos de Paz, manifestándose de nuevo la impronta violenta del régimen político colombiano. Los Acuerdos fueron ajustados con acuerdo a las exigencias de los triunfadores del No, y finalmente fue el Congreso de la República el que validó tales acuerdos, quedando trazada una arena política de nuevas disputas para el proceso de implementación.

La ONIC, dos semanas después del plebiscito, sesionó en su Noveno Congreso en Bogotá, posicionando la defensa de los Acuerdos de Paz y definiendo que iniciarían la implementación de los mismos en los territorios indígenas "(...) en ejercicio del derecho a la Autonomía y Libre Determinación, con fundamento en las Leyes De Origen y los

principios que nos rigen [y Adoptando] (...) el Acuerdo Final de Paz de La Habana en nuestros territorios, y los declaramos Territorios de Paz (...)" (ONIC, 2016).

El Congreso continuó su proceso de construcción de la transformación organizativa iniciada desde 2007, en la perspectiva de dar cuenta de una estructura de nacionalidades y pueblos, más allá de una de tipo gremial. En ese marco, en el caso de la Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental, se determina que estará a cargo de un Programa de Salud a nivel nacional, regional, zonal y local, a través de instancias y mecanismos como

La Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas de Colombia como máxima instancia de consulta y política de validación para la salud de los Pueblos Indígenas; el Consejo Nacional de Sabios (as) en Medicina Tradicional como espacio de orientación espiritual, cultural y política que guía el fortalecimiento y protección de los conocimientos ancestrales y tradicionales de los Pueblos Indígenas; ambas instancia funcionarán y acompañarán de manera coordinada la labor de la Consejería de Salud de la ONIC, alineada con la ya existente Subcomisión de Salud de la MPC y con las actuales estructuras en Salud Propia: EPS-I e IPS-I. (Autoridad Nacional de gobierno Indígena ONIC, 2016)

Lo que refleja los esfuerzos por configurar una estructura consultiva política y espiritual a todos los niveles que dé soporte al Programa de Salud, y al mismo tiempo el proceso permanente de configuración de *política indígena de salud* desde la cual; por un lado, se fortalece lo propio en Salud y al mismo se participa en espacios políticos mixtos con el Estado como la Subcomisión Nacional de Salud, ya mencionada; por el otro, se operan entidades mixtas y adaptadas de administración (EPSI) y prestación de servicios (IPSI). Lo cual da cuenta, en el orden nacional, de lo que se revela con fuerza en el nivel regional del CRIC: el desarrollo de una institucionalidad propia con una apuesta política también propia, pero con poder de negociación con las instancias políticas, administrativas y de prestación de servicios de salud mixtas, en articulación con la *política de salud indígena* del Estado.

Llama la atención que para la Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas de frecuencia anual la convocatoria estará conformada por un 60% de delegados de los Pueblos Indígenas a nivel de líderes, sabedores ancestrales, en general cuidadores y miembros de las comunidades; y un 40% de personal directivo y operativo de las EPSI y de las IPSI. Esta diferenciación refleja una realidad social y política al interior del movimiento

indígena, en la cual se observa que las EPSI y las IPSI, a pesar de ser entidades de un SGSSS que se cuestiona y se denuncia permanentemente, han adquirido un gran poder dentro del sujeto político, al punto que deben ser convocadas en tanto tales dentro del órgano de mayor decisión dentro del sector salud del sujeto político indígena, como es la Asamblea Nacional. En el caso del CRIC la situación no se expresa de la misma forma; sin embargo, como ya se ha manifestado, de manera creciente y progresiva la EPSI y las IPSI del Cauca han tomado gran capacidad de decisión dentro del Programa de Salud de la organización.

En relación con el Consejo Nacional de Sabios, este es considerado como el "(...) escenario de orientación espiritual, cultural y política que guía el fortalecimiento y protección de los conocimientos ancestrales y tradicionales de los Pueblos Indígenas en Colombia" (Autoridad Nacional de gobierno Indígena ONIC, 2016), convocado anualmente contribuirá al soporte y orientación del Programa de Salud de la ONIC.

En relación con los componentes del SISPI, el Congreso ordenó avanzar en cada uno de ellos, resaltándose la necesidad de: fortalecer el gobierno en salud en el componente político-organizativo; fomentar los procesos de formación en articulación con el Sistema Educativo Indígena Propio de los Pueblos Indígena-SEIP; en el componente de cuidado de la salud, la urgencia de apoyar el reconocimiento y fortalecimiento de los modelos de salud de cada pueblo, ligado al fortalecimiento del papel de la medicina tradicional. En este punto también se hace énfasis en la exigencia de la expedición por parte del gobierno del decreto de habilitación²⁰⁵ de las IPSI, con el cual se busca la adecuación sociocultural de las prestadoras de servicios de salud y el rechazo a la (...) implementación de la política PAIS y del MODELO MIAS (...)" (Autoridad Nacional de gobierno Indígena ONIC, 2016) por no haber sido consultado previamente con los Pueblos Indígenas. De nuevo se evidencia que se consulta lo específico para los Pueblos Indígenas, pero no lo general para toda la población, y de esta forma cada paso que se da en materia indígena se enreda en la normatividad general que le resta posibilidades de materialización. La Política PAIS y el Modelo MIAS, al no ser consultados con los Pueblos Indígenas, dificultan el avance en la construcción del SISPI, no solo porque profundizan la Ley 100 sino porque condicionan la

²⁰⁵ Proceso de supervisión de cumplimiento de las normas jurídicas, técnicas y administrativo financieras mínimas para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud IPSI.

posibilidad de desarrollo de los modelos de salud propios e interculturales de cada Pueblo Indígena a su subordinación a los contenidos de la política general.

Finalmente, en el componente administrativo, el IX Congreso define una “ruta de transición de las EPS - Indígenas hacia el SISPI con tiempos y responsables” (Autoridad Nacional de gobierno Indígena ONIC, 2016) con lo que se consolida un posicionamiento que en perspectiva rechaza este tipo de estructuras, no obstante sus adecuaciones como parte de la política indígena de salud, y por tanto, del SISPI.

Meses después, en Junio de 2017, se llevó a cabo el Décimo Quinto Congreso del CRIC en el Territorio Ancestral de Río Blanco en el Municipio de Sotará, en el Sur del Departamento del Cauca, alrededor de tres ejes temáticos: Territorio, Gobierno Propio y Administración. El objetivo del Congreso era crear los mecanismos para que cada uno de los mandatos emanados del mismo, correspondieran a las exigencias planteadas desde las comunidades y los Pueblos Indígenas. Igualmente, garantizar que tales mandatos fueran realizables y se tradujeran en el buen vivir, el fortalecimiento del proceso organizativo y en la consolidación de la defensa de la Madre Tierra en los territorios ancestrales. Se buscaban también alternativas ante las afectaciones a los derechos territoriales y colectivos que vivían las comunidades, los pueblos y el territorio frente a los acuerdos de paz, la relación con el Gobierno, sectores sociales y populares (ONIC, 2017).

Este congreso expidió un conjunto de 7 mandatos en materia de salud, orientados a avanzar en la implementación del SISPI (CRIC, Urrego J., 2018), en el marco del ejercicio de la jurisdicción especial y el gobierno propio, el desmonte de la Ley 100 en los territorios y la convocatoria a otras fuerzas sociales y políticas para buscar una reforma del SGSSS.

En primer lugar, y frente a la presión del gobierno de implementar la política PAIS y el modelo MIAS en todo el territorio nacional, así como de la crítica a que el Decreto 1953 estaba subordinando el SISPI a la lógica de la Ley 100:

13. El decreto 1953 de 2014, fruto de la negociación entre gobierno y Pueblos Indígenas, incorpora parcialmente la propuesta del SISPI dinamizada inicialmente por el CRIC y luego por los Pueblos Indígenas de Colombia en la medida que lo mantiene subordinado a los postulados y mecanismos de la ley 100. (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 82)

El CRIC define, en el Artículo Primero del mandato, que la política pública de salud de los Pueblos Indígenas es el SISPI, “(...) por lo que cualquier otra política de salud, no podría ser implementada sin previa concertación conjunta, con todas las autoridades, el programa de salud del CRIC, los programas zonales y locales” (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 84).

En segundo lugar, se ratificaron los conceptos fundamentales del SISPI:

Sistema: Conjunto de políticas, programas, instituciones y recursos orientados por los Pueblos Indígenas para el cuidado de la salud a partir de su concepción de la vida. **Indígena:** gobernado por los Pueblos Indígenas de acuerdo al derecho propio, ley de origen, la jurisdicción especial. **Salud:** estado de equilibrio, armonía, que responde a condiciones de integralidad y de la cosmovisión de cada pueblo; depende de las relaciones de la persona consigo misma, la familia, la comunidad y la naturaleza. **Propio:** Porque el fundamento del sistema parte del reconocimiento de los saberes y prácticas milenarias ancestrales en salud de los Pueblos Indígenas. **Intercultural:** Porque hace un reconocimiento y relacionamiento de saberes y prácticas de múltiples Pueblos Indígenas, los afros, campesinos, las medicinas alternativas y la medicina occidental y alopática. (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 84)

De esta forma, acudiendo a la jurisprudencia vigente y a la Ley Estatutaria de Salud de 2015, el Congreso del CRIC ordena:

(...) iniciar el desmonte del modelo de salud de la ley 100 de 1993, el cual debía dejar de regir en el Cauca indígena en un plazo de un año, sin perjuicio de la obligación del Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud en el marco de la normatividad especial y los tratados internacionales para comunidades indígenas; y se deberá, dar aplicación a lo establecido en el literal M del artículo 6 de la ley estatutaria 1751 de 2015, que reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral que se desarrolla en el (...) SISPI, sin debilitar los logros obtenidos por el movimiento indígena caucano, en aplicación del decreto 982 de 1999. (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 85)

En consecuencia, con lo anterior, las principales medidas a impulsar dentro de cada uno de los componentes del SISPI para garantizar la transición, serían las siguientes:

Fortalecer los Programas de Salud a nivel regional, zonal y local como instancia de coordinación general del SISPI por delegación de las autoridades tradicionales, asociaciones y consejerías, los cuales deberán formular y poner en marcha planes para la salud y la vida en los mismos niveles territoriales como instrumento guía para la implementación del SISPI. Se ordena crear un tejido de vigilancia y control político, técnico, financiero y sociocultural que garantice el adecuado manejo y funcionamiento del sistema y sus recursos, y se insta a que las autoridades legislen y administren justicia para garantizar “la vida, la armonía, el equilibrio, en particular del territorio, la naturaleza, la familia y la comunidad.” (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 85).

EL SISPI deberá contar en un corto plazo con una política administrativa, de gestión y financiamiento, en el marco de la cual debe crearse la *Unidad Administrativa* como estructura propia regional con niveles de descentralización y desconcentración a nivel zonal y local, y con participación estructural de las asociaciones de cabildos y los cabildos, la cual “retomará las funciones equivalentes que hoy adelanta la EPSI-AIC (...)” (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 85).

Igualmente, debe implementarse la *Unidad de Financiamiento* que replantea la lógica de financiamiento de lo individual a lo colectivo y de la demanda a la oferta, ya propuesta en la Resolución 01 de 2011. Se agrega la necesidad de la creación de un Fondo de Financiamiento Indígena en Salud-FIS para el SISPI que funcionaría al interior de *la Unidad Administrativa* y que se encargaría de: “articular en los niveles de planeación y gestión todos los recursos públicos y privados del nivel internacional, nacional, departamental y local (...)” (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 86), incluyendo los recursos del plan de intervenciones colectivas-PIC, el SGP y los recursos de aseguramiento del régimen subsidiado. Todo esto se refuerza con el mandato del Sistema Único de Información Indígena-SUIIN, que como se ha planteado es una piedra angular en la disputa de saberes y poderes con el SGSSS, puesto que la autonomía en la construcción y uso de lo que se debe conocer, informar y utilizar para la toma de decisiones es vital para gobernar la salud en los territorios.

Dentro del componente administrativo, por primera vez a nivel de mandato, se orienta el desarrollo de una política de “reconocimiento” a los dinamizadores²⁰⁶ del SISPI, que corresponden al conjunto del personal propio, intercultural y externo que realice acciones de cuidado de la salud en los territorios y:

(...) se insta a las autoridades a garantizar que el personal de salud (...) tenga el mayor compromiso con los intereses y necesidades de las comunidades y la organización, así como las garantías de estabilidad, formación y respaldo para el mejor desempeño de sus responsabilidades. (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 86)

En efecto, tras 46 años de historia del CRIC, aunque los cabildos, las asociaciones de cabildos, la AIC y las IPSI han configurado lineamientos para la contratación de los ahora llamados dinamizadores -antes auxiliares de salud pública en los 2000, promotores de salud entre los 80 y los 90 y Agentes Comunitarios de Salud durante los 70- en ningún congreso se había adoptado un mandato regional para este aspecto de tal forma de configurar una política laboral y de reconocimiento, ligado a recuperar el poder desde las autoridades indígenas de gobernar el personal de salud para garantizar el SISPI.

En el componente de formación e investigación se ratifica el papel de la Universidad Autónoma Indígena e Intercultural-UAIIN en los procesos de formación, y se ordena la puesta en marcha de una “Escuela Itinerante de formación en salud” que se haga cargo de la “actualización, complementación, nivelación y mejoramiento de las capacidades técnicas, políticas, administrativas y sociales de todas las instancias [y personal de cuidado de la salud], incluyendo las autoridades (...)” (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 87). De esta forma, y en línea con la experiencia acumulada por más de 46 años, el CRIC se plantea continuar y profundizar la responsabilidad de formar el personal necesario para el SISPI, en un ejercicio que garantice la pertinencia, la gobernabilidad y la autonomía como Pueblos Indígenas frente al tema nuclear de los sistemas de salud, que es el personal.

Para el Cuidado de la Salud, el mandato del Congreso ordena que las Unidades de Cuidado de la Salud se organicen en un “Tejido de cuidado de la Salud y la Vida” que estén bajo el mandato de los programas de salud, generando un escenario distinto a ese momento, en

²⁰⁶ El concepto de dinamizador agrupa todas las categorías de personal que participa en las actividades y acciones de los cabildos, las asociaciones de cabildos y el CRIC.

el cual las IPSI por efecto de responder a la normatividad y las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, estaban desbordando en poder y autoridad a las instancias históricas del CRIC, constituidas por los Programas de Salud, las Asociaciones de Cabildos y del mismo CRIC a nivel regional.

Aquí el mandato busca replantear las relaciones de poder y restituir en las autoridades indígenas la dirección de los servicios de salud, ahora en el marco del SISPI. De hecho, estas Unidades de Cuidado que son instituciones en las que deben transformarse las IPSI, para lograr el cometido de ser instituciones propias y no solo *apropiadas y adecuadas*, estarán:

(...) sujetas a la inspección, vigilancia y control de las autoridades tradicionales y en los que corresponda, al Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y las Secretarías de Salud (...) con previo proceso de concertación y acuerdo con los programas de salud local, zonal y regional (...). (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 87)

Se observa entonces cómo la disputa se transforma para pasar de la adecuación sociocultural al gobierno autónomico y concertado de las nuevas instituciones de cuidado de la salud.

En relación con los modelos de salud del componente de Cuidado de la Salud, se establece que, siguiendo la cosmovisión de cada pueblo, estos deben ser de base territorial por resguardo y zona indígena, estar articulados a los demás componentes del SISPI, dar prioridad al cuidado provisto por la sabiduría ancestral y al uso de los recursos médicos tradicionales, adoptar mayor racionalidad en el uso de los medicamentos occidentales, garantizar que los equipos de cuidado de la salud lleguen directamente a las familias, las instituciones educativas propias, los espacios de cuidado de las semillas de vida (instituciones educativas y de cuidado de la niñez), las mingas y trabajos comunitarios entre otros; y finalmente se debe dar mayor relevancia a las actividades de protección de la madre tierra, la alimentación, el trabajo, las relaciones familiares y comunitarias y el respeto por las autoridades, las mujeres, los mayores, los jóvenes y los niños (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 88).

En términos de mecanismos de operación del Mandato, el Congreso autoriza a la consejería del CRIC y al Programa de Salud a liderar el proceso de transición. Igualmente, enmarcar la exigencia, operatividad y negociación con el gobierno en el marco del Decreto 982 de 1999 y de nuevo como parte de la vocación de sujeto político colectivo, convoca a los sectores sociales y populares del país para avanzar en “el desmonte de la Ley 100 del 93, por un sistema público, universal y gratuito que garantice de manera sostenible el goce efectivo del [derecho a la salud] (...)” (CRIC, Urrego J., 2018, pág. 88).

No obstante estas definiciones, algunos líderes Nasas consideran que el nivel de dependencia que se ha generado con la Ley 100 es tan fuerte que desmarcarse de la misma requiere de verdadera determinación: “(...) todo el mundo anhela tener su propio sistema autónomo, pero no hay determinación, si no existe esa determinación la Ley 100 no sale, además hoy por hoy están más aferrados a eso que a tener una autonomía” (Musse, 2019, pág. 6). Con lo que se reitera que la disputa no solo es hacia afuera, sino también al interior de las organizaciones, que luego de 24 años de tránsito contencioso por el SGSSS, y de haber apropiado buena parte de sus reglas, instituciones y finalidades, ya han generado procesos de dependencia que juegan por dentro de la resistencia, la movilización y el desarrollo de lo propio.

Meses después, en Noviembre de 2017 y en el marco de una nueva Minga que se prolongó por dos semanas en Monterilla, Resguardo de las Mercedes en el Municipio de Caldono, el CRIC negoció con el gobierno la expedición del Decreto 1811, el cual recogía lo comprometido 18 años antes en la Minga de la María de 1999, y en todas las mingas y negociaciones posteriores para avanzar eficazmente en la superación de tal situación. Así, se acordó crear una comisión mixta de alto nivel e incluir los compromisos en los planes anuales de inversión pública (Decreto 1811 , 2017).

En la espiral descrita de resistencia-represión-resistencia-negociación-incumplimiento-represión-resistencia, en un contexto de disputa permanente entre Pueblos Indígenas y Estado que significa legitimación-deslegitimación-relegitimación del sujeto político indígena, el Decreto 1811 -que tan solo reedita, actualiza y agrega aspectos secundarios al expedido hace 18 años, el Decreto 982 de 1999- es muy significativo porque confirma una regularidad histórica en este proceso de configuración de las políticas públicas en general, y en

particular en salud, en el marco del régimen político colombiano racista y profundamente violento y excluyente.

En materia de salud, lo más relevante de este escenario de negociación, materializado en un acta de acuerdo firmada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el CRIC, paralela al decreto en mención, fue el reconocimiento de la *Etapa de Transición del SISPI* propuesta en el Mandato del Décimo Quinto Congreso. Adicionalmente, la financiación de un estudio para adelantar ese proceso en calidad de *piloto* a nivel nacional para la construcción del SISPI, e igualmente se aprobó elevar la UPC diferencial indígena para esta región del 4,8% al 12% con el fin de destinar recursos a tal etapa de transición.

Esto último marca una diferencia importante en la dinámica interna del movimiento indígena, puesto que el CRIC en medio de la movilización se desmarca anunciando la salida autónoma de la Ley 100 que regula el SGSSS; logra reconocimiento y apoyo financiero para estructurar el SISPI en sus territorios; triplica los recursos efectivos para financiar el componente diferencial indígena a través de la Unidad de Capitación, que ahora al valor general del régimen subsidiado agrega 12 puntos para las actividades derivadas de los modelos de salud propia. Se puede observar que en medio del desafío al Estado de impedir que el SGSSS siga llegando mediante su modelo de Ley 100, el CRIC logra, en regularidad histórica como sujeto político, mejorar las condiciones de operación por dentro del SGSSS, al incrementar efectivamente la UPC para acciones propias.

En el escenario de la presión ejercida por la Minga, el Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS expide el Decreto 1848, cuyos contenidos se venían construyendo en mesas de negociación durante varios años entre las organizaciones indígenas en el marco de la Mesa Permanente de Concertación-MPC, la Subcomisión Nacional de Salud Indígena y principalmente las EPSI con el Ministerios de Salud y Protección Social-MSPS. Dicho decreto con fecha 8 de noviembre de 2017, mediante el cual se regula por primera vez en los 20 años de existencia de las EPSI su funcionamiento, ya no como un capítulo o artículo dentro de la regulación general de las EPS.

El análisis de dicho instrumento de política pública revela que, en términos generales, la normatividad vigente para las EPS del régimen subsidiado continuará siendo la misma para

las EPSI. Las diferencias en relación con los mínimos en cuanto a afiliados, proporción de población indígena afiliada y capital mínimo se mantienen, agregando un techo independiente del número de afiliados que será inferior al de las EPS no indígenas. La novedad está en incorporar un lenguaje relacionado con el enfoque sociocultural a lo largo de todas las condiciones de habilitación para la operación y la permanencia en lo técnico-administrativo, lo financiero y lo tecnológico-científico, incluyendo exigencias de documentación escrita bajo formatos de manuales que den cuenta de los procesos de adecuación sociocultural y acciones propias de los Pueblos Indígenas (Decreto 1848 , 2017).

Lo que se evidencia es una consolidación normativa de la política pública de salud indígena desde el Estado, basada en un fortalecimiento progresivo de la institucionalidad y las reglas de juego del SGSSS con procesos marginales de adecuación sociocultural, sin mayores ventajas o acciones afirmativas para el desenvolvimiento de los grupos étnicos dentro del mismo; al tiempo que un mayor disciplinamiento técnico-normativo que obliga a traducir y homologar la sabiduría propia y ancestral a categorías, algoritmos, tiempos y medidas del discurso hegemónico de la administración y la salud.

Entre otras disposiciones que verifican esta afirmación, se encuentra el artículo 2.5.2.4.2.6. sobre las capacidades técnico-administrativas, pues se establece como requisito que, respecto de la adecuación sociocultural y fortalecimiento de la medicina tradicional, la EPS para cumplir las exigencias de habilitación debe “diseñar, diagramar, documentar y aprobar manuales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), y en relación con las capacidades tecnológica-científicas se plantea lo mismo, ordenando documentar bajo formato de manual los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que deberán:

(...) [Artículo 2.5.2.4.2.8, numeral 1] respetar las formas propias del cuidado de la salud, que incluyan las atenciones de la medicina occidental, la medicina alternativa y la medicina tradicional indígena, teniendo en cuenta los mandatos de las comunidades a sus directivas y la caracterización de la población afiliada que incluya variables socioculturales; según las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social. (Decreto 1848 , 2017)

Esto refleja los límites y alcances de la negociación, y el producto final expresado en el Decreto, en el cual, de plano, los saberes propios se asumen como complementarios y alrededor de la matriz dominante del SGSSS y su modelo médico, que además deben ser documentados en los términos que señalen los lineamientos del MSPS.

En este marco se produce, como un acontecimiento de fuerte movilización social, entre otros efectos, la presión para la emergencia de un acto administrativo del Estado que llevaba años en discusión. Sus contenidos, en todos los casos, si bien representan avances en las demandas del sujeto político, al mismo tiempo refrendan un orden general -el SGSSS no consultado- y un orden particular, donde el reconocimiento de los saberes y los poderes propios pasa por una inclusión subordinada a las prácticas, saberes y estructuras de poder hegemónicas.

Este hecho no es aislado, sino reiterado a lo largo de años de disputa social y política con resultados también reiterados; en el cual cada espacio ganado por el sujeto político indígena, si bien ha permitido ampliar el ejercicio del gobierno, la administración y la prestación de servicios de salud a los Pueblos Indígenas, también ha enfrentado desafíos, contradicciones y acumulaciones sociales y políticas. De la misma forma, se refuerzan las matrices políticas y epistemológicas hegemónicas del sistema de salud y su modelo médico occidental.

Terminado el año 2017 se completaban cuatro años de funcionamiento de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, creada por decreto en 2013. En el primer año nunca sesionó, y desde 2014 hasta el 2017 se habían realizado 20 sesiones, la mayoría en Bogotá y con participación de los subcomisionados indígenas delegados por las organizaciones indígenas nacionales del país y por los delegados del Gobierno, que en la gran mayoría de las sesiones no representaban a todas las instituciones previstas, ni correspondían a los niveles de jerarquía previstos por el decreto. La revisión de las actas permite establecer que el funcionamiento de esta instancia de interlocución estuvo marcado por un carácter poco vinculante con las decisiones finales del Gobierno en materia de política de salud indígena, y por esta causa, de aquellas que tuvieron que tomar de las organizaciones indígenas participantes a nivel nacional y regional en sus territorios. Por esto, fueron la movilización y

negociación directa las que marcaron la configuración de las políticas de salud indígena en este periodo, como ya se ha reseñado ampliamente. Sin embargo, resulta relevante lo que arroja el estudio de esta dinámica de la Comisión en mención por cuanto ratifica que el gobierno, en el marco del régimen político excluyente y violento, no da cuenta de la misma institucionalidad que crea.

6.4 BALANCE DEL PERIODO:

Hay que señalar que el Decreto 1811 cristaliza una nueva etapa de disputa, expectativa y acuerdo que fortalece la dinámica regional del CRIC en su lucha social y política, de manera independiente y con una lógica propia no excluyente con respecto a la que llevan los procesos nacionales de negociación de los Pueblos Indígenas a través de la Mesa Permanente de Concertación-MPC y la Subcomisión Nacional de Salud.

En materia de política de salud indígena, fruto de la fuerte presión de la movilización y la existencia de una propuesta concreta, el gobierno adopta la etapa de transición definida por el CRIC, y se genera la expectativa sobre los desafíos que implica llevar a la práctica el SISPI. Por su parte, la política indígena de salud del CRIC se fortalece desde el plano simbólico, por el nivel de posicionamiento interno y frente al establecimiento, al tiempo que se proyecta como ejercicio propio de gobierno en salud.

Con este Decreto termina una era de 18 años de disputas con niveles muy pobres de avance y un incumplimiento sistemático de lo consagrado en el Decreto 982 que sintetizó las luchas adelantadas después de la constituyente y hasta 1999, en La María. No obstante, el Decreto 1811 también representa el punto de inicio para un mandato más claro de vincular el SISPI a la administración territorial de los recursos disponibles para la salud, tanto para atención individual como colectiva, para avanzar en la ruta de una verdadera salud propia. Y éste es el principal reto para la ley 100 y para el Estado neoliberal, regulador e impulsor de mercados.

7 Conclusiones

El propósito de esta investigación ha sido contribuir a dar cuenta de la configuración de la política de salud indígena en Colombia, tanto a nivel del Estado como de los Pueblos Indígenas entre 1971 y 2017 –con base principalmente en el papel histórico del Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC–. Se realizó un proceso de revisión y análisis de las transformaciones institucionales, normativas y programáticas; y sus conceptualizaciones de salud subyacentes, que se han operado en el seno de la acción colectiva del sujeto político indígena y la dinámica relacional, histórica y situada del Estado y el régimen político.

Tal proceso de configuración histórica se ha leído desde la opción política y metodológica de comprender las políticas públicas como expresiones desarrolladas en medio -y como resultado- de la disputa entre diversas fuerzas de la sociedad, en este caso: los Pueblos Indígenas en tanto sujeto político, el Estado y el régimen político. En el ejercicio de compartir como colaborador intermitente de las luchas del CRIC desde 1988, en particular alrededor de la salud, el autor fue construyendo la idea, que se ha confirmado como producto de esta investigación, de que las políticas públicas no eran un campo exclusivo de desarrollo del Estado, sino de los Pueblos Indígenas en tanto que sujeto que incide y al mismo tiempo define y actúa con niveles diferenciados de autonomía en sus territorios.

Los Pueblos Indígenas se asumieron en este proceso como sujetos políticos colectivos, que en medio de la historia de exterminio, asimilación e integración homogenizadora, la violencia política, el racismo estructural y la exclusión, se han estructurado haciendo conciencia de un origen y una pertenencia propias, a través de procesos de resistencia y movilización.

En esta dinámica, el sujeto político emerge con voz propia, recuperando y proyectando, en perspectiva emancipatoria, una diversidad epistémica y política que en los primeros años era una intuición desde la cual exigir el derecho a tener derechos; y progresivamente se ha convertido en una fuente contracivilizatoria abierta a y con otros sujetos sociales, a partir de un proyecto político cultural en defensa de la vida y el territorio, que desafía el universalismo del paradigma capitalista del desarrollo y el mercado. Tal proyecto político cultural, ha implicado no solo el autoreconocimiento de dicha diversidad epistémica, sino sus correlatos axiológicos y praxiológicos basados en la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio, que comportan una ética y una práctica colectiva desafiante del hegemónico individualismo de la sociedad global.

La irrupción del CRIC en el seno de las luchas campesinas por la tierra en 1971 cambió definitivamente la historia de las relaciones entre Pueblos Indígenas, Estado, régimen político y sociedad general en Colombia, al configurarse progresivamente como un nuevo sujeto político marcado por su diversidad epistémica y política. Esto implicaba una fuerza social de base territorial, con formas propias de identidad, autoridad y gobierno, economía y desarrollo sociocultural, paradigmáticamente distintas a las formas de organización del conjunto de los movimientos sociales y de las estructuras políticas previstas por el Estado hasta el momento. Igualmente, tal emergencia desencadenó un fenómeno sociopolítico y cultural en varias regiones del país y a nivel nacional, estructurándose desde el liderazgo del Cauca un sujeto político de referencia para las luchas sociales.

A su vez, el Estado y el régimen político, en tanto dinámicas relacionales no homogéneas ni racionales, más allá de un sujeto o una arena, representan el constante proceso de institucionalización violenta de las relaciones de poder en momentos históricos y localizaciones distintas. Tal proceso, con trayectorias en todo caso diversas, tras la llegada de Europa a América, ha estado orientado a la construcción de la modernidad capitalista y eurocéntrica, bajo patrones de clasificación social de los seres y los pueblos por razones construidas sobre el mito de la raza y el sexo, para producir y reproducir relaciones de dominación y explotación.

El Estado colombiano y su régimen político se configuraron luego de la Independencia bajo el imaginario de construir un estado-nación homogéneo. En ese proceso,

fundamentalmente violento y de matriz eurocéntrica, se ha intentado universalizar las formas pensar y actuar de la sociedad para validar una estructura de poder racializada, que frente a los Pueblos Indígenas transitó del asimilacionismo -que negaba la posibilidad de una existencia *otra*, hasta entrados los años 70, en consonancia con la línea del convenio 107 de la OIT- a un integracionismo. Este último, primero multicultural que reconoce la existencia de *un otro* diferente, todavía sin derechos, a una versión también multicultural que reconozca la voz y los derechos de los Pueblos Indígenas, que se consolida con la constitución de 1991 y el Convenio 169 de la OIT.

Finalmente, a partir de los años 90 el Estado desarrolla tal reconocimiento constitucional, y en medio de nuevas olas de violencia política toma el camino de la matriz neoliberal, que tensiona y obliga a que *ese otro* se comporte y se incorpore como agente de mercado; y que sus derechos, para que sean garantizados, se asuman como bienes que se tranzan en el mercado, aún con las adecuaciones socioculturales, técnicas y financieras que fueren necesarias.

El proceso contencioso de configuración de la política de salud indígena entre 1971 y 2017 ha estado entonces inmerso en dinámicas diferenciadas de modernización del Estado y el régimen político, que se han forjado en medio de un conflicto armado interno y varios intentos de superación política y construcción de paz, con resultados parciales. Y en el contexto internacional la institucionalidad garantista de derechos humanos -contenciosamente construida en medio de guerras y revoluciones- se ha visto sometida a la globalización neoliberal.

La trayectoria de tal configuración contenciosa puede describirse como la de una espiral, en el sentido que hay una secuencialidad y una simultaneidad de hechos que van y vienen circularmente, reiterando regularidades en los términos y en las formas de la disputa entre los Pueblos Indígenas, el Estado y el régimen político. Así, por ejemplo, el racismo persiste en los diferentes momentos de la disputa, pese a que aparece con niveles distintos de complejidad y divergencia. Es decir, se pasa de un racismo asimilacionista que elimina la otredad, a un racismo que la integra reconociendo derechos, sin alterar las relaciones de poder, o subordinándola a través del mercado.

Desde la emergencia del CRIC en 1971, lo que se observa es que había una secuencia entre exigencias y demandas del sujeto político indígena al Estado, generalmente ignoradas por la institucionalidad en medio de la represión o la tolerancia. Esto desencadena respuestas por parte del CRIC, como la recuperación de tierras, los paros de carreteras y la ocupación de oficinas públicas, entre otras; a lo que se responde con represión y violencia política, que la mayoría de las veces no lograba contener o eliminar la acción colectiva. En este marco generalmente se lograban diálogos y acuerdos con diferente nivel de compromiso por parte de la institucionalidad estatal, expresado en actas de acuerdo o expedición de normas que contenían promesas, planes de acción y responsables.

Estos acuerdos de negociación en muchos casos no tienen una codificación compartida en los términos de la disputa, por lo que predomina la lógica estatal; por ejemplo, si la discusión es sobre salud en el caso de haber un acuerdo como fruto de la movilización, es para ofrecer llevar servicios médicos, construir infraestructura, capacitar promotores de salud o bajo el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, aumentar subsidios y facilitar condiciones para crear las empresas de salud. De manera marginal, los compromisos incluían adecuar socioculturalmente el sistema de salud, pero en mucho menor medida fortalecer la medicina tradicional o los modelos propios en los términos de la demanda del CRIC. Una regularidad de este proceso ha sido el incumplimiento total o parcial por parte del Estado y el régimen político de los compromisos pactados, al tiempo que sigue avanzando la aplicación de las políticas y programas inconsultos en los territorios. Por ejemplo, la Ley 100 de 1993 fue rechazada durante 4 años por parte de los Pueblos Indígenas, mientras en las mesas de negociación se hacían compromisos de estudiar la postura indígena, y a la vez, en el territorio las empresas privadas afiliaban vertiginosamente indígenas dentro del nuevo modelo de salud.

Esta secuencia se reitera indefinidamente; pero lo que es importante comprender es que en la dimensión de simultaneidad, lo que ha sucedido con tal disputa, es que al mismo tiempo que se pueden estar presentando actos de represión y violencia por parte del Estado y el régimen político, se pueden estar presentando acciones de diálogo y negociación. Y en paralelo, tanto los Pueblos Indígenas continúan construyendo sus propio proyecto político-cultural o asumiendo provisionalmente las políticas que la institucionalidad viene ejecutando

impositivamente en los territorios. Igualmente, en tal dimensión de simultaneidad, el Estado va cambiando los enfoques de las políticas, la mayoría de las veces de manera inconsulta.

Lo anterior lleva a que, en un próximo ciclo de movilización, represión, negociación, aparezcan en medio de los incumplimientos del Estado nuevas demandas de los Pueblos Indígenas, nuevos requerimientos institucionales para poder prometer la satisfacción de dichas demandas y, en muchos casos, nuevos marcos de política desde los cuales asumir la discusión.

Por ejemplo, es claro que el CRIC y el movimiento indígena en general, habían logrado una fuerte apropiación del concepto de gratuidad en salud en virtud del Decreto 1811 de 1990, dentro del sistema nacional de salud de oferta pública y en todos los escenarios de movilización y negociación la demanda era de cumplimiento de tal gratuidad en los hospitales públicos. Con el cambio al SGSSS a partir de 1993, a un sistema de mercado regulado, la gratuidad desapareció y se convirtió en subsidios para pobres, por lo que ahora la disputa en las sucesivas movilizaciones ya no solo era por cumplir la gratuidad, sino por recuperar este atributo conquistado en medio de largas luchas en el marco del sistema de salud anterior.

El asunto más crítico que da cuenta de la naturaleza violenta, excluyente y racista del Estado y el régimen político, y de las características de la disputa con los Pueblos Indígenas en particular con el CRIC, en todo el proceso de configuración de las políticas públicas, es que ha implicado miles de asesinatos y violaciones de derechos humanos, como se documentó en los diferentes capítulos. Si bien en los años 70 estuvieron involucrados terratenientes en estos hechos, siempre fue con el apoyo o la condescendencia de la institucionalidad del Estado. De la misma forma, a partir de los años 80 y hasta la actualidad, estuvieron comprometidos con tales delitos actores armados ilegales y grupos armados ligados al narcotráfico y la minería ilegal, lo que no eliminaba la responsabilidad del Estado y el régimen político; dada su política de afrontamiento del conflicto armado en el primer caso o de involucramiento en el segundo caso, como sucedió con la masacre del Nilo en 1991 en Caloto, departamento del Cauca.

Así las cosas, puede afirmarse que la disputa en la configuración de las políticas de salud indígena -estatales y de los Pueblos Indígenas-, se ha dado de manera sistemática como resultado y en medio de la violencia política. Esto en el sentido que la salud, comprendida como el equilibrio del ser humano, la naturaleza, el territorio, la comunidad y la autoridad, está integrada indisolublemente -como horizonte de sentido y como acción concreta- a la lucha por la tierra, el territorio, la autonomía y la vida, que han sido los ejes de la disputa general.

El recorrido a través de los 46 años del presente estudio permite identificar los cambios en los ejes de la política de salud indígena: en su expresión estatal o indígena, a nivel del derecho a la salud, sus contenidos y condiciones de garantía; la medicina tradicional; el gobierno, la administración y la institucionalidad para la salud; el personal de salud, su formación y reconocimiento. Todo lo cual finalmente permite proyectar un mapeo de tales políticas. Para este propósito se puede concluir que las principales variaciones se observan a lo largo de dos grandes periodos: el primero bajo el Sistema Nacional de Salud durante los años 70 hasta 1993; y el segundo a partir de la Ley 100 de 1993 hasta 2017, que configura el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

Lo que sucede en el *primer gran periodo*, en el marco de un Sistema Nacional de Salud con un subsector público de oferta nominalmente gratuito, que se proyecta a las zonas rurales y dentro de ellas a los territorios indígenas, es un tránsito de la invisibilidad asimilacionista ya mencionada hacia un integracionismo de tipo multicultural que identifica y reconoce la diferencia pero que todavía no aborda la garantía de derechos.

En efecto, la Resolución 10013 revela ese tipo de reconocimiento que aspira a integrar a los Pueblos Indígenas al desarrollo a partir de un tratamiento especial y asistencial para la otredad, y el Decreto 1811 del año 90 -un desarrollo de la Ley 10 de 1990- representa una variante de la misma lógica, pues prepara el terreno para la privatización del sistema de salud, proceso en el cual los Pueblos Indígenas podrán crear empresas solidarias de salud para administrar recursos públicos. Estos instrumentos fueron el fruto tanto de la movilización indígena, particularmente del CRIC, como de la concurrencia de lecturas con intelectuales y funcionarios de salud y ciencias sociales, que retomaban las corrientes internacionales de tensión con el indigenismo de Estado. Todo esto en un escenario de

discusiones para replantear desde el Convenio 107 de la OIT, de corte asimilacionista, hasta el 169, de perspectiva integracionista de los derechos.

En este marco, el financiamiento es de gratuidad para el acceso a servicios de salud a razón de una lectura homogenizante de pobres sin capacidad de pago, y no del reconocimiento de una diversidad epistémica y política que implica relaciones económicas y sociales entre la comunidad y el territorio. En todo caso, el sujeto político, en particular el CRIC, apropia con fuerza esta condición y la convierte en uno de los objetivos de su organización, gestión y exigencia. En el Cauca, en general, se logra un alto nivel de cumplimiento, garantizado por la constante presión del Programa de Salud del CRIC y las autoridades indígenas, tan solo limitado por la escasez de recursos de los hospitales públicos y por la persistencia de prácticas racistas y discriminatorias que imponían barreras de acceso a los comuneros indígenas.

La medicina tradicional es asumida por la política de salud indígena estatal como parte de la configuración identitaria de los Pueblos Indígenas; pero dada su no validación científica se asumía que debía ser respetada y fortalecida solo como parte de los usos y costumbres de la otredad y, de alguna manera, como una medicina complementaria a la occidental, con lo que en la práctica quedaba reducida a la marginalidad. El énfasis del modelo de intervención era entonces construir puentes de diálogo cultural para disminuir la resistencia a la entrada de los servicios asistenciales del modelo biomédico, centrado en la enfermedad individual.

No obstante, es importante clarificar que ni en esa época, ni ahora, la cobertura y el acceso a los servicios de salud estaban garantizados, por lo que en el discurso oficial se enmascaraba muchas veces la ausencia de servicios con el rechazo cultural de los Pueblos Indígenas. Por esta razón, en el Cauca la exigibilidad por parte del CRIC, en alianza con comunidades campesinas y afro, fue sustancial para que más allá de los argumentos instalados en la racialización de la incapacidad del Estado, se desarrollara infraestructura y presencia de personal de salud.

En este periodo, durante los años 70, el CRIC, consolida una primera política indígena de salud, en medio de las luchas por la tierra. Esta política se basa en una estructura de

servicios, constituida por Agentes Comunitarios de salud, centros comunitarios de salud y una red de botiquines comunitarios de plantas medicinales y medicamentos de bajo costo; todo en articulación con la red de médicos tradicionales, parteras, sobanderos y pulseadores y bajo la coordinación, a partir de 1981, del Programa de Salud. Se buscaba, por un lado, soportar las luchas por la tierra, atendiendo los heridos que eran perseguidos por la fuerza pública y los terratenientes, y atender a las familias a las que no llegaban los servicios de salud oficiales; y por el otro, incidir en el sistema oficial para que adecuara socioculturalmente sus prácticas y acompañar todo el proceso organizativo a través del fortalecimiento de la medicina tradicional para orientarlo en el marco de la cosmovisión.

Un aspecto de gran tensión en este periodo es el proceso de selección, formación, reconocimiento y validación del personal comunitario de salud. El CRIC logra autónomamente formar cerca de 100 agentes comunitarios de carácter voluntario, con alta capacidad política, técnica y sociocultural, la mayoría bilingües, seleccionados por las comunidades y comprometidos con las luchas indígenas. La Resolución 10013 retoma la figura nacional de Promotor y la asimila, hablando de los promotores indígenas y poco a poco desaparecieron los Agentes Comunitarios.

Si bien el CRIC logra que la selección de estas personas sea validada por las comunidades e influir los procesos de formación durante los años 80, el hecho de que muchos de ellos se hayan vuelto empleados de los hospitales llevó a que se perdiera autonomía. El liderazgo político fue cooptado o recortado, la capacidad técnica se subsumió en la lógica biomédica con menor posibilidad de solución de problemas básicos y la capacidad sociocultural de articulación con la medicina tradicional fue relegada o estigmatizada. En conclusión, en este periodo uno de los puntales de la política indígena de salud, el agente comunitario, fue cooptado e instrumentalizado parcialmente por la política estatal de salud, marcando en adelante un campo de disputa permanente para la gobernabilidad indígena y estatal en salud en los territorios.

Desde el punto de vista del gobierno y la institucionalidad, en síntesis, el periodo cierra con un Programa de Salud del CRIC fortalecido, un Programa de Salud en la ONIC que articula procesos a nivel nacional y varias instancias equivalentes en otras regiones del país. Este programa lidera claramente cuatro líneas de acción que cimientan y desarrollan una clara

conciencia de la diversidad epistémica, axiológica y praxiológica del sujeto político indígena, porque se orientan hacia varios objetivos de fondo. En primer lugar, recuperar, promover y defender la medicina tradicional como fundamento de la política propia de salud. En segundo lugar, liderar la disputa política y conceptual con el Estado para exigir garantías de atención en salud. Tercero, desestabilizar la certeza de la existencia de un solo y universal modelo de salud. Cuarto, construir capacidades propias de cuidado de la salud con base en una estructura propia de la autoridad, los saberes, los recursos e infraestructura y disputarse el control de los procesos de formación y desempeño de los promotores de salud. En fin, se trata de hacer visible la existencia de un gobierno propio e intercultural en salud desde un desafío a los poderes y saberes hegemónicos.

El segundo gran periodo tuvo su antecedente, como ya se señaló, en la Ley 10 de 1990, que marcó el inicio de la transición hacia un nuevo sistema de salud, la cual se consolidó con la nueva Constitución Política. La nueva carta política, en clave de derechos, estableció la diversidad étnica y cultural de la nación, la educación intercultural, la autoridad y la territorialidad indígena, la justicia propia, entre otros, generando nuevas y mejores condiciones para la arena política de la disputa por la construcción de las políticas públicas. Sin embargo, al mismo tiempo la Constitución de 1991 dejó abiertas las puertas para la privatización y la mercantilización de los bienes públicos en el contexto neoliberal; situación que se materializa dos años después con la Ley 100 de 1993. En otras palabras, la Constitución de 1991 avanzó en una mirada integracionista de derechos basada en el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la nación, pero estableció el marco en el cual la garantía de estos derechos pudiera transitar por la vía del mercado.

La Ley 100 de 1993, que crea el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en Colombia, es el resultado de la correlación de fuerzas en el país y el contexto internacional a favor de las tesis de reducción de la intervención del Estado, para convertirlo en un *Estado regulador*, con la asignación efectiva y eficiente de bienes a través del mercado y las aparentes bondades de la intermediación administrativa y financiera en manos de privados, en campos como las pensiones, la salud, los riesgos laborales y otros bienes públicos.

En este contexto, los Pueblos Indígenas, que habían logrado durante 20 años posicionarse como un sujeto con un proyecto político-cultural propio y diverso, y que en salud había logrado incidir parcialmente el sistema de salud y desarrollar el primer momento de una política indígena de salud, fueron invisibilizados de nuevo. El formato de esta nueva etapa, en varios sectores como la educación, las tierras, pero en particular en salud, fue el del integracionismo de derechos a ser logrados por la vía de la homogenización de quienes no tienen capacidad de pago y requieren subsidios -los pobres-; pero también de la participación de nuevos actores que pueden construir empresas para administrar recursos de salud y prestar servicios de salud, como cualquier otro actor de la sociedad civil que, en el marco de las políticas de descentralización y privatización, podría y tendría que hacerlo. Es decir, sujeto diverso sí, pero vía subsidios, convirtiéndose en un agente de mercado que administra bienes y servicios para la garantía del derecho a la salud como mercancías, principalmente para la atención individual de la enfermedad.

A partir de La ley 100 las políticas públicas en salud se debaten entre, por un lado, la garantía de los derechos, y por el otro, la rentabilidad económica de un sistema bajo la lógica del mercado regulado y un modelo biomédico hegemónico centrado en la enfermedad individual, dependiente de manera creciente de insumos y tecnologías controladas por poderes monopólicos transnacionales. Esto implica, en el caso de los Pueblos Indígenas, una contradicción complementaria y complejizante, por tratarse de sujetos colectivos, situados desde una diversidad epistémica y política que implica prácticas económicas y socioculturales estructuralmente distintas, en su concepción y desarrollo.

El CRIC desarrolla, entre 1993 y 1997, una primera etapa de resistencia radical a la implementación del modelo del SGSSS, bajo la comprensión de que representa un retroceso a 20 años de luchas por la defensa de lo público en general, y lo público indígena en particular. Esta resistencia también se genera porque se advierte que: la gratuidad no es lo mismo que los subsidios; la autoridad del cabildo se traslada a las empresas de salud; la afiliación individual rompe las dinámicas colectivas de acceso a los servicios de salud; la medicina tradicional ahora cabría menos dentro de la lógica de mercado; y el cálculo individual de *una póliza de seguros* –la unidad de pago por capitación-UPC– era insuficiente para financiar las necesidades colectivas de salud interculturales, puesto que estaba diseñada solo para cubrir los servicios incluidos dentro de un Plan Obligatorio de Salud-

POS, de tipo subsidiado e individual. Todo esto es leído por el CRIC como la amenaza a la integridad de la gobernabilidad en los términos avanzados en sus luchas en salud, aún con las limitaciones y fragmentaciones ya identificadas.

No obstante, como ya se ha señalado, las empresas privadas penetran agresivamente los territorios y afilian vertiginosamente a miles de indígenas en todo el Cauca, lo que lleva a adoptar una estrategia con tres caminos paralelos y complementarios que acompañan la configuración contenciosa de la política de salud indígena estatal y la del sujeto político indígena hasta 2017. El primero es lograr visibilidad, reconocimiento y adecuación técnica, sociocultural y financiera del SGSSS a lo previsto en la jurisprudencia constitucional e internacional. Este camino da continuidad a una línea que recoge la estrategia general del CRIC de aprovechar la norma existente y lograr el mejor posicionamiento posible, para que ésta responda a las exigencias y desarrollos de los Pueblos Indígenas. La segunda es luchar por construir un régimen especial indígena de salud-REIS que esté por fuera del SGSSS, pero que signifique la garantía del derecho desde la institucionalidad del Estado. La tercera es el desarrollo autónomo de la institucionalidad y la normatividad en salud con base en la cosmovisión, la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio.

Estos tres caminos son complementarios, contradictorios, con desarrollos diferenciados que dependen de las condiciones de la disputa política con el Estado y el régimen político y de las dinámicas internas de construcción del sujeto político. Los tres se articulan alrededor de la estructura del CRIC y del Programa de Salud, y configuran la política indígena de salud propia e intercultural desde la dimensión de mantener y fortalecer la gobernabilidad tanto de lo externo en proceso de adecuación, como de lo propio en proceso de construcción. Igualmente, estos caminos se integran en la trayectoria de la espiral ya descrita de manera secuencial y simultánea, y en todo caso, como se ha planteado, por mínima que sea la adecuación que se logre dentro del SGSSS, siempre su formalización y cumplimiento por parte del Estado y el régimen político ha estado atravesada por la dinámica violenta de la disputa general con los Pueblos Indígenas.

La observación y análisis de estos tres caminos de manera simultánea permite concluir sobre aspectos claves de la configuración de la política de salud indígena en sus expresiones estatales e indígenas. Para ello, se toman en cuenta dos etapas, la primera

comprendida entre la culminación de la resistencia a la entrada de Empresas Promotoras de Salud-EPS privadas, sobre todo en el Cauca en 1997 hasta 2011 fecha en la que el CRIC adopta por resolución el sistema indígena de salud propio e intercultural-SISPI, y una segunda etapa entre este hecho y la definición del CRIC de transitar de la Ley 100 al SISPI, buscando la salida del SGSSS en 2017.

En el marco del primer camino, denominado de adecuación del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, se generan nuevas instituciones dentro de los Pueblos Indígenas que, si bien son adaptadas y emplean expresiones de apropiación de lo externo, no corresponden a su diversidad epistémica, axiológica y praxiológica ni a su dinámica colectiva, tales como: las Empresas Promotoras de Salud Indígena-EPPI y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena-IPSI. Igualmente, como parte de la adecuación-apropiación, se genera el concepto de un financiamiento diferencial en la denominada Unidad de Pago por Capitación-UPC indígena y en el Plan Obligatorio de Salud-POS para que incluya acciones complementarias relacionadas con la salud indígena y la medicina tradicional.

Pero transitar este camino que, como se ha dicho, no es un proceso aislado y racionalmente planificado, involucró integralmente al sujeto político indígena en un movimiento de ida y vuelta que al tiempo que buscó incidir para adecuar el SGSSS, igualmente fue modificado adecuándose parcialmente a dicho sistema. Fue un proceso profundamente contencioso a nivel de la confrontación de los saberes, valores y prácticas con mayor implicación para los Pueblos Indígenas, porque la lógica de esta etapa, del integracionismo de derechos vía mercado y la inflexibilidad del modelo biomédico, exigía la adopción de requerimientos conceptuales, técnicos, legales y financieros que resultaban completamente nuevos y sobre todo contradictorios con las dinámicas, los ritmos y los tiempos propios de una forma de gobernar y administrar de manera colectiva y participativa.

Desde el punto de vista normativo estatal, el proceso de adaptación contenciosa se dirigió a lograr condiciones para la gobernabilidad, el financiamiento y el desarrollo de institucionalidad empresarial. La primera etapa, a través de 18 Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, entre 1995 y 2001, avanzó en la línea de la gobernabilidad en recuperar para la autoridad indígena el poder de seleccionar y acreditar

beneficiarios, de elegir y controlar socialmente la empresa aseguradora, de concertar elementos de los modelos de atención y la prohibición de mercadeo de las empresas privadas en los territorios indígenas.

En la línea del financiamiento, se eliminaron las cuotas moderadoras y copagos para que el subsidio fuera pleno y, bajo este concepto del modelo neoliberal, asegurar parcialmente la gratuidad, pero no como requerimiento de la diversidad del sujeto indígena, sino de la concepción racializada *de pobre sin capacidad de pago*. Finalmente, en la línea institucional, se crean las condiciones específicas para adecuar -rebajar- las exigencias financieras y los volúmenes de afiliación para que los Pueblos Indígenas creen Empresas Promotoras de Salud Indígenas-EPSI²⁰⁷ e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPSI, en una lógica política que buscaba incorporarlos con premura y facilidad al SGSSS, privilegiando la legitimación del mismo, incluso poniendo en riesgo los principios de equilibrio financiero propios de este tipo de instituciones de mercado. Es decir, se observan con claridad los alcances racializados de integrar *a un otro* en una lógica subordinante y no consultada a nombre de la diferencia para que, probablemente a fuerza de las condiciones del proceso, se adapte en caso tal que el proceso sea un éxito, o que fracase y entonces se reproduzca la visión de *un otro* incapaz y menor de edad, como lo establecía la Ley 89 de 1890 hasta la fecha de terminación de este trabajo.

Estas adecuaciones llevaron a que en 2001 el 60% de la población indígena estuviera afiliada al SGSSS, y que la mayoría perteneciera a las diferentes EPSI. De hecho, entre 1996 y 2001 se habían creado todas las EPSI, incluida la Asociación Indígena del Cauca-AIC del CRIC, que muy pronto alcanzó cerca de 180.000 afiliados en el Cauca y a nivel nacional. Igualmente, surgió casi una centena de IPSI en todo el país, incluyendo cinco en el Cauca.

Desde que se creó la empresa de salud AIC y las IPSI, el CRIC se adapta parcialmente a la matriz de una ley que no fue consultada y que, por su fundamento en el mercado, riñe con las formas organizativas de las comunidades. Esto condujo a resultados en el sentido que la gestión a partir de las organizaciones indígenas ha mejorado el acceso real a servicios de salud de las comunidades vía la democratización de la administración de los

²⁰⁷ En la primera etapa se llamaron Administradoras del Régimen Subsidiado-ARS.

recursos públicos, mayor control social de la gestión y una fuerte participación en el diseño, operación, monitoreo y evaluación de las acciones en salud.

La movilización, en particular del CRIC, fue definitiva hasta este momento, porque prácticamente todas las normas surgieron en el contexto de grandes acciones colectivas en 1995 en La María, 1996 en Novirao, 1997 el X congreso del CRIC que ordena crear la EPSI, y sobre todo en 1999 cuando los Pueblos Indígenas se declaran en emergencia económica, social y cultural.

En 2001 se aprueba la Ley 691, iniciativa del senador indígena Nasa, Jesús Piñacué, del Cauca, la cual representa un salto de nivel normativo en el camino de la disputa durante 9 años, por la adecuación normativa del SGSSS entre los Pueblos Indígenas y el Estado y el régimen político en cuanto a las tres ramas del poder público. Esta Ley lo que hace es recoger los avances de los Acuerdos del SGSSS, los complementa parcialmente, y los eleva en la jerarquía legal, validándose que los Pueblos Indígenas están por dentro del sistema y que los posteriores desarrollos no desafían en principio tal formalización de la política de salud indígena del Estado. No obstante, es clave señalar, para evidenciar la ida y vuelta en espiral de la disputa política de corte racista, que el Gobierno de Andrés Pastrana objeta la Ley por considerarla excesiva en términos de ventajas injustas frente a otros grupos sociales y por la amenaza a la sostenibilidad fiscal del Estado.

Es la intervención del Congreso, la Procuraduría General de la Nación, la academia y la Corte Constitucional la que sacan adelante la aprobación de dicha norma, invocando la necesidad de garantías especiales a los Pueblos Indígenas para que se puedan mantener dentro del SGSSS, es decir, se legitima la impronta de un integracionismo que reconoce derechos a *un otro* en la lógica de mercado del SGSSS, es decir, para continuar el integracionismo de mercado.

En este momento, el segundo camino de exigencia de un Régimen Especial Indígena-REIS por fuera del SGSSS tiene su mayor revés, porque en medio de contradicciones internas del movimiento indígena -sobre todo del CRIC que no acompaña la iniciativa de su senador-, prospera la línea de la adecuación sociocultural impulsada por la ONIC, que interpreta que

la correlación de fuerzas y el alto nivel de inserción de los Pueblos Indígenas dentro de la lógica del SGSSS lo que demanda es fortalecer el camino de la adecuación.

Si bien los Pueblos Indígenas no renuncian a exigir del Estado un REIS, es cierto que los términos de la disputa con el Estado y el régimen político se concentra en hacer viables las EPSI, las IPSI, a presionar el aumento del valor de la póliza individual-UPC y a que se incluyan prestaciones para fortalecer la medicina tradicional en el Plan Obligatorio de Salud-POS.

Este proceso continuará en la misma dirección durante los gobiernos de Uribe Vélez que representaron una de las etapas de mayor violencia, represión y deslegitimación de las luchas y del sujeto político indígena, particularmente del CRIC, en lo que puede denominarse un periodo en el que el régimen político combina el integracionismo fuertemente racializado por la vía del mercado con el de la aniquilación y la extinción de los Pueblos Indígenas.

Desde que se crearon las EPSI y en particular la AIC, la institucionalidad propia, liderada por el Programa de Salud del CRIC en el Cauca, tuvo un repliegue. En efecto, las dinámicas empresariales de la EPSI y las IPSI coparon buena parte del espacio político de la lucha por la salud y de la construcción de la política indígena de salud. Esto implicó que la institucionalidad del Estado, comprendiendo esta tensión, abriera un espacio técnico de negociación que privilegiaba la interlocución con las EPSI sobre el diálogo con las organizaciones y sus Programas de Salud.

El CRIC logra administrar las tensiones internas, dando respaldo al Programa de Salud para que no perdiera poder e influencia frente a la AIC y las IPSI, de tal forma que se mantuvieran los tres caminos de construcción de la política indígena, es decir, hacer más exigente la adecuación del SGSSS a las demandas de los Pueblos Indígenas, no cesar en reclamar un REIS y en fortalecer autónomamente un sistema propio e intercultural.

En este sentido, el CRIC a través de sus autoridades, organizaciones, instituciones, planes de vida y modelos de salud propios, va configurando una política indígena de salud que se ha hecho al control parcial, vía apropiación de las instituciones impuestas y sus paradigmas

subyacentes como las Empresas Promotoras de Salud Indígenas-EPSI y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas-IPSI. De esta forma, se ha forjado poco a poco una interculturalidad más allá de los reconocimientos formales, por la vía de disputar las relaciones de poderes y saberes en salud, a través de avanzar en la gobernabilidad de la salud en el territorio tanto de las acciones de la medicina occidental, la adecuación sociocultural de la misma y la salud propia.

En este escenario, la medicina tradicional se aborda por lo menos en tres campos de desarrollo, revelando una estrategia del sujeto político indígena, según la cual esta se mantiene como el soporte espiritual del proyecto político-cultural y, en este sentido, se impulsa desde las comunidades, las autoridades y toda la institucionalidad propia sin ningún tipo de condicionamiento externo. Por el otro lado, el Programa de Educación Bilingüe del CRIC continúa -como lo venía haciendo desde los años 70-, avanzando en la investigación para la recuperación y actualización de la medicina tradicional y su difusión, y revitalización en el mundo de la escuela y la comunidad.

Finalmente, el Programa de Salud del CRIC logra abrir un espacio dentro de la AIC y las IPSI para que todas las acciones de promoción, prevención y atención en el territorio dialoguen con la sabiduría ancestral. Para esto, se logra que las comunidades puedan acceder de manera voluntaria a rutas de cuidado basadas en la acción de los médicos tradicionales, pulseadores, sobanderos y parteras con el acompañamiento de los Programas de Salud zonales, así como la utilización de plantas medicinales.

Este ejercicio no está exento de fuertes tensiones, porque la potente entrada de la medicina occidental con sus recursos y medicamentos alcanza en muy poco tiempo cobertura y acceso total en los territorios indígenas del Cauca, gracias a la gestión colectiva del sujeto político indígena de las EPSI y las IPSI, con lo que la hegemonía epistemológica, axiológica y praxiológica del SGSSS, en términos de su enfoque biomédico y su lógica de mercado centrada en la enfermedad individual, se fortalece y universaliza en las comunidades indígenas, dificultando el proceso de fortalecimiento de la medicina tradicional.

En este escenario se desarrolla un aspecto crítico adicional, relacionado con el personal de salud comunitario. El SGSSS llevó a los promotores de salud indígena, que anteriormente

habían sido agentes comunitarios de salud en los años 70, a convertirse en auxiliares de salud pública de nivel técnico a partir de los años 2000.

Esta transición resulta relevante porque lo que fue en la primera etapa de agente comunitario un ejercicio de gobernabilidad y autonomía indígena en materia de selección, capacitación, definición de perfil y soporte financiero, se convirtió en un ejercicio contencioso de gobernabilidad relativamente compartida entre Pueblos Indígenas y Estado, en la etapa de promotores; y bajo el SGSSS paradójicamente volvió a las autoridades indígenas, pero bajo un perfil técnico impuesto y ahora contratados por las EPSI y las IPSI.

En este recorrido, el personal de salud comunitario, que tenía un alto perfil político, técnico y sociocultural cuando era agente comunitario pasó a tener preponderantemente un perfil técnico pero menos capaz de resolver problemas básicos de salud y, finalmente, al convertirse en auxiliar se empobreció aún más el perfil político y sociocultural; las capacidades técnicas se orientaron a labores administrativas y al denominado proceso de inducción de demanda de servicios occidentales de las comunidades por fuera del territorio.

De esta forma uno de los bastiones de la construcción de la política indígena de salud directamente relacionado con las acciones de cuidado propio e intercultural de la salud se ha convertido de manera contenciosa en un agente que refleja la intensidad y las características de una disputa por gobernar la salud en los territorios, no solo en términos administrativos sino político-culturales, con ventajas provisionales para la expansión hegemónica que porta el SGSSS.

En este marco, el tercer camino definido de construir con mayores niveles de autonomía el sistema propio de salud entre 1997 y 2011, estuvo muy limitado, porque el sujeto político indígena, en particular el CRIC, destinó la mayor parte de su capacidad a adecuar y a adecuarse a la lógica del SGSSS, sobre todo en lo atinente a la operación de la EPSI y las IPSI, en medio de grandes movilizaciones y violencia por parte del régimen político.

No obstante, en este periodo los Pueblos Indígenas del CRIC, habiendo ganado capacidad para transitar dentro del SGSSS, reconocieron y confirmaron desde dentro las limitaciones que ya habían señalado desde la etapa de resistencia a la Ley 100. En efecto, a pesar de

lograr apropiar la institucionalidad externa y de lograr eficiencias y eficacias insospechadas para la perspectiva racializada del régimen político y la sociedad, se advierte que hay un gran debilitamiento del proyecto político cultural y que la medicalización occidental de la salud está produciendo desorden y desequilibrio en la comunidad, que de manera creciente demanda medicamentos y tecnologías, abandonando el fortalecimiento de las posibilidades de la propia diversidad epistémica y política. Esta situación ha generado escenarios de división, fragmentación y tensión frente a la necesidad histórica de poder operar un modelo propio, concebido, gobernado y administrado con autonomía y basado en la medicina tradicional indígena.

En este marco es que surge la iniciativa de retomar las líneas del Programa de Salud y se impulsa a nivel regional y nacional la discusión sobre un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI, desde el cual dialogar y contestar al SGSSS, que continúa en crisis de legitimidad y sostenibilidad financiera en parte por la corrupción, pero sobre todo por su propia lógica privatizadora implosiva de pretender al mismo tiempo extraer renta y satisfacer los intereses del mercado de la salud, a costa de limitar el acceso y la calidad con un modelo estrictamente centrado en la enfermedad.

El SISPI fue una propuesta construida inicialmente en el Cauca por parte del CRIC, que se enriqueció con la participación de la mayoría de Pueblos Indígenas del País en la Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas de 2010 en Villeta, en la que se determinó avanzar en su construcción y que se materializó en el Cauca en enero de 2011.

El SISPI, enmarcado en la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio de cada Pueblo Indígena, determinó un enfoque plural basado en la diversidad epistémica y política del sujeto político, que se proponía gobernar la salud como equilibrio de las relaciones ser humano, naturaleza, territorio, comunidad y autoridad, ejerciendo poder para administrar y adecuar socioculturalmente la medicina occidental en los territorios, y al mismo tiempo para fortalecer la medicina tradicional y de esta forma garantizar una interculturalidad en busca de la simetría de poderes y saberes.

El SISPI se organizó en cinco componentes que daban continuidad a las líneas históricas de estructuración del Programa de Salud: el político-organizativo que asegura la

governabilidad de la salud; el administrativo y de gestión que, retomando la gestión colectiva, pone en marcha el funcionamiento del sistema en los territorios; el de formación e investigación que, a partir de recuperar y actualizar saberes tradicionales, produce y reproduce capacidades en salud; y el de cuidado de la salud que se ocupa de promover, mantener y recuperar la salud en el marco de la cosmovisión de cada Pueblo Indígena. Todo esto articulado con el componente de sabiduría ancestral, que es la forma de redimensionar la medicina tradicional en un sentido más autónomo y político-cultural.

El segundo periodo en análisis, entre 2011 y 2017, está marcado por la construcción del SISPI como política indígena desde la cual continúan los tres caminos descritos de adecuación del SGSSS, el de alcanzar un régimen especial indígena en salud-REIS y el de un sistema gobernado desde la autoridad indígena.

Mientras que la etapa anterior estuvo marcada por la resistencia a un régimen político encarnado en un proyecto violento y depredador del territorio en un lenguaje de desconocimiento del conflicto armado, en esta etapa se enmarca en un nuevo proceso de paz liderado por el gobierno de Juan Manuel Santos, que para avanzar en ese cometido genera un espacio de diálogo y de alianza parcial con los Pueblos Indígenas, sin que ello signifique que el régimen político disminuya la violencia política, la estigmatización de las luchas sociales, ni ceda en la profundización del modelo neoliberal.

Es decir, la disputa epistemológica, axiológica y praxiológica cambia parcialmente los escenarios, pero no los términos, lo que en materia de demandas indígenas en general y en salud en particular, va a determinar que, si bien el gobierno estrena la consulta previa para los planes de desarrollo e incorpora las demandas indígenas casi que literalmente, al mismo tiempo va a someterlas de manera variable y diferenciada a las lógicas prevalecientes e invariables del modelo neoliberal. Esto hizo que el SISPI fuera incluido en el plan de desarrollo sin que variara la estructura ni los contenidos del SGSSS.

Las luchas por la paz y por la exigencia de cumplimiento de cientos de acuerdos pactados en gobiernos anteriores, incluido el primer gobierno de Santos, desató una nueva ola de grandes movilizaciones, reiterándose la lógica de la trayectoria en espiral de la disputa política, en el seno de las cuales el SISPI ocupó un lugar protagónico.

Es en el decreto 1953 de 2014 en el cual el Estado y el régimen político, posponiendo y colonizando los términos del compromiso constitucional de 1991 de crear las entidades territoriales, reglamenta transitoriamente el funcionamiento de los territorios indígenas y los sistemas propios e interculturales de educación y salud, en acuerdo con los Pueblos Indígenas, que no logran con toda su fuerza replantear los términos de la disputa.

En este sentido, el SISPI que queda materializado dentro de este decreto corresponde a un ejercicio de cooptación y de una forma renovada de integracionismo de derechos vía mercado, antes que a la aspiración de ganar espacios de autonomía política y cultural dentro de la estructura del Estado.

Se verifica cómo el movimiento secuencial y simultáneo de la disputa en la configuración de las políticas de salud indígena, si bien cambia de nivel a través del reconocimiento formal de la *otredad en salud*, reitera los términos de subordinación del SGSSS. Un hito importante en esta disputa, que da cuenta de la no homogeneidad del Estado y el régimen político, se verifica en la Ley Estatutaria de Salud de 2015, que en un alto nivel de jerarquía legal define el derecho a la salud como fundamental y en esa línea define que su materialidad para los Pueblos Indígenas se concreta con referencia al SISPI. Aunque la mencionada Ley deja intacta la lógica del SGSSS, se convierte en un instrumento importante de referencia para las luchas indígenas por la salud, al poder reclamar que el derecho a la salud solo se realiza fundamentalmente en el momento en que el SISPI sea una realidad definida desde los Pueblos Indígenas.

Este hecho, que deja vacíos al interior del movimiento indígena, lleva al CRIC a través del Programa de Salud, a que más allá del Decreto 1953 -que utiliza como referente pero que cuestiona en sus alcances-, se exija un replanteamiento a la EPSI y las IPSI para que aún en tensión con la normativa rígida del SGSSS se conviertan en operadoras del SISPI bajo los lineamientos de las comunidades, las autoridades y en el marco de la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio, en un ejercicio contencioso de recuperar el espacio perdido por la voraz entrada de la lógica biomédica y de mercado en los territorios.

Esto da lugar a que, en medio de fuertes movilizaciones durante 2015, 2016 y 2017 con epicentro en el CRIC dentro de las exigencias y negociaciones con el Estado y el régimen político, se eleve el nivel político de demanda para que el proceso de adecuación del SGSSS genere condiciones financieras concretas; y que la EPSI y las IPSI puedan transitar en medio de la crisis financiera -propia de todas las entidades del sector en el país- y, al mismo tiempo, tengan mayor libertad de ejecutar modelos de salud propios e interculturales contruidos con cada Pueblo Indígena en el territorio.

En medio de la dilación, el cumplimiento parcial y la tendencia a cambiar los términos de la disputa por parte de la institucionalidad, el CRIC determina en 2017 en su congreso XVI declararse autónomamente en transición para abandonar progresivamente la Ley 100 y su SGSSS, y de esta manera poner en operación plena el SISPI en los territorios. Esta resolución es llevada por el CRIC a la negociación con el Estado y el régimen político en el marco de la gran movilización de 2017, y allí el Gobierno luego de varios años adopta decisiones normativas para mejorar las garantías de las EPSI, se compromete a financiar con mayores recursos la UPC Indígena para que pueda cubrir acciones del SISPI en el Cauca, y denomina al proceso de transición adoptado por el CRIC, *experiencia piloto a nivel nacional*.

La disputa a este momento queda instalada en el desafío del CRIC de salir del SGSSS hacia el SISPI, para lo cual en todo caso va a requerir que prospere la propuesta de un REIS o una reforma profunda del SGSSS, que las dinámicas del poder estatal y del régimen político no están dispuestos a hacer a pesar de la profundización de la crisis financiera, técnica y de legitimidad.

Desde el punto de vista metodológico, la condición particular del investigador, de haber participado directamente en muchos de los hechos que hacen parte de la dinámica de disputa política por la salud propia e intercultural, conllevó una exigencia permanente por dar cuenta no de un otro, o de un sujeto externo en movimiento; sino de una dinámica relacional de un investigador y actor político, que ha participado desde dentro y desde fuera de una lucha particular cual ha sido la de los pueblos indígenas del Cauca y del país por la salud.

Al culminar este trabajo existe la certeza de que los aportes aquí construidos son un insumo para la discusión y la retroalimentación permanente de las luchas de los sujetos políticos por la transformación de la sociedad, en particular por la materialización de los derechos sociales, en este caso el derecho a la salud. Se espera que la discusión aquí planteada enriquezca el debate académico tanto al interior de la academia convencional como de las discusiones de saberes y poderes al interior de las organizaciones indígenas y sus instituciones propias. Igualmente, este trabajo puede alimentar los procesos de construcción política, institucional y programática del Estado en materia de las políticas públicas para los pueblos indígenas de Colombia.

Bibliografía

- Abella, A., Emliani, R., Toro, G., Uribe, D., & Carranza, M. (16 de Abril de 1991). Proyecto de Nueva Carta de Derechos, Deberes, Garantías y Libertades. *Gaceta Constitucional N° 51*. Bogotá.
- ACNUR. (24 de Abril de 2009). *El ACNUR da la bienvenida a la decisión de Colombia de apoyar la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Recuperado el 21 de Febrero de 2019, de www.acnur.org:
<https://www.acnur.org/noticias/noticia/2009/4/5b0c1de110/el-acnur-da-la-bienvenida-a-la-decision-de-colombia-de-apoyar-la-declaracion-de-la-onu-sobre-los-derechos-de-los-pueblos-indigenas.html>
- Acosta, A. (2008). El Buen Vivir una oportunidad para Construir. *Ecuador Debate*(75), 33-48. Recuperado el 15 de Marzo de 2019, de
<http://200.41.82.22/bitstream/10469/4162/1/RFLACSO-ED75-03-Acosta.pdf>
- Aguilar, A. (7 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 5. (J. Urrego, Entrevistador) Santander de Quilichao, Cauca.
- ALCALDÍA RIOSUCIO, CRIDEC, ACICAL, ASOMETROC y otros. (Julio de 2007). ADECUACIÓN SOCIOCULTURAL DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS-S Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD PARA EL PUEBLO EMBERA CHAMÍ KATIO DEL MUNICIPIO DE RIOSUCIO, CALDAS...LA SINERGIA ENTRE EL SABER ANCESTRAL Y ALOPÁTICO.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2007). *Balance de la política pública para la atención integral al desplazamiento forzado en Colombia*. Obtenido de
<http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2012/8963.pdf?view=1>
- Alvarez, S., Dagnino, E., & Escobar, A. (2001). Introducción: Lo cultural y lo político en los movimientos sociales latinoamericanos. En A. Escobar, S. Alvarez, & E. Dagnino,

Política Cultural y Cultura Política (págs. 15-50). Bogotá D.C.: Aguilar, Altea, Taurus, _Alfaguara, S.A.

ANUC. (s.f.). *Asociación Nacional de Usuarios Campesinos y Reforma Agraria*. Obtenido de <https://historiacolombiasigl.wixsite.com/anuc/historia-cjg9>

ANUC. (s.f.). *Asociación Nacional de Usuarios Campesinos y Reforma Agraria*. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de <https://historiacolombiasigl.wixsite.com/anuc/historia-cjg9>

Archila Neira, M. (2018). Repertorios de la Protesta. En M. Archila Neira, *idas y venidas vueltas y revueltas Protestas sociales en Colombia 1958- 1990* (pág. 488). Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Centro de Investigación y Educación Popular.

Archila Neira, M. (2019). Control de las protestas: una cara de la relación Estado y movimientos sociales, 1975-2015. En N. M. Archila *et al.* (Eds.), *Cuando la copa se rebosa. Luchas sociales en Colombia, 1975-2015* (primera ed., pág. 312). Bogotá: Fundación, Centro de Investigación y Educación Popular- CINEP/Programa por la PAZ PPP.

Arrieta, J. (25 de Octubre de 2016). *DECRETO 1953 DE 2014: Una Apuesta Contra el Colonialismo Fiscal Indígena*. Recuperado el 16 de Marzo de 2019, de www.actualidadetnica.org: <http://www.actualidadetnica.com/politica/9384-decreto-1953-de-2014-una-apuesta-contra-el-colonialismo-fiscal-ind%C3%ADgena.html>

Asamblea Nacional Constituyente. (4 de Julio de 1991). *Constitución política de Colombia*. Recuperado el 25 de Marzo de 2019, de www.constitucioncolombia.com: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-8/capitulo-5/articulo-246>

Asamblea Nacional Constituyente. (20 de Julio de 1991a). *Constitución Política de Colombia, Gaceta Constitucional No. 116*. Recuperado el 5 de Octubre de 2018, de Secretaría General del Senado: <http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>

Asamblea Nacional Constituyente. (1991b). *Reglamento*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2018, de Red Cultural del Banco de la República de Colombia: http://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Asamblea_Nacional_Constituyente#Qu.C3.A9_es

Asi, I., & Burijovich, J. (Enero-Abril de 2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *SALUD COLECTIVA*, V(1), 27-47. Obtenido de <https://www.scielo.org/pdf/scol/2009.v5n1/27-47>

Autoridad Nacional de gobierno Indígena ONIC. (2016). Mandatos IX Congreso Nacional de los Pueblos Indígenas de la ONIC., (pág. 71).

- Autoridad Nacional del Gobierno Indígena ONIC. (12 de Octubre de 2012). VIII Mandato Indígena General de los Pueblos Indígenas. Bogotá.
- Avirama, M. A. (24 de Marzo de 2011). El Quintín Lame y la Asamblea Nacional Constituyente. *Semana*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2018, de <https://www.semana.com/nacion/articulo/el-quintin-lame-asamblea-nacional-constituyente/237309-3>
- Barrios Giraldo, P., & Zapata Cardona, C. (2009). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas: un nuevo reto para Colombia*. Recuperado el 19 de Febrero de 2019, de CECOIN: <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Cartilla.pdf>
- Becker, M. (Enero de 2007). Comunistas, indigenistas e indígenas en la formación de la Federación Ecuatoriana de Indios y el Instituto Indigenista Ecuatoriano. *Revista de Ciencias Sociales*(27), 135-144. Recuperado el 6 de julio de 2019, de <http://www.flacso.org.ec/docs/i27becker.pdf>
- Bolaños, E. A. (15 de Diciembre de 2011). Huellas de la Masacre del Nilo. *El Espectador*. Recuperado el 18 de Febrero de 2019, de <https://www.elespectador.com/noticias/paz/huellas-de-masacre-del-nilo-articulo-316819>
- Bolaños, E. A. (25 de Febrero de 2011). Una Minga de cuarenta años. *El Espectador*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018, de <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/una-minga-de-40-anos-articulo-253364>
- Bolívar, S. (20 de Mayo de 1820). *Decreto 4330*. Recuperado el 1 de Julio de 2019, de www.archivodellibertador.gov.ve/escritos/buscador/spip.php?article7952
- Bolívar, S. (1989). Decreto del 15 de octubre de 1828. En CRIC, *Cartilla de legislación indígena para las comunidades del Cauca* (Segunda ed., pág. 167). Popayán, Cauca.
- Bonfil, G. (1983). Del indigenismo de la revolución a la antropología crítica. En A. Medina, C. García, & I. d. Antropológicas (Ed.), *La Quiebra Política de la Antropología Social en México* (págs. 141-164). México: Universidad Autónoma de México. Obtenido de <http://www.ram-wan.net/restrepo/latinoamericanas/bonfil-del%20indigenismo%20a%20la%20antrop%20critica.pdf>
- Bonfil, G., Ribero, D., & otros. (1971). *Primera declaración de Barbados: Por la liberación del indígena*. Barbados.
- Breilh, J. (2003). *De la epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires : Lugar Editorial.

- Breilh, J. (Diciembre de 2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl 1), 13-27. Recuperado el 18 de Abril de 2019, de Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol.31 supl.1 Medellín Dec.
- Breilh, J. (04 de Abril de 2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (Salud Colectiva)*. Recuperado el 04 de Marzo de 2019, de www.scielo.org.co:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Bustamante, B. (19 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 2. (J. Urrego, Entrevistador)
- Cabildos gobernadores de la Sierra Nevada de Santa Marta y la Serranía del Perijá. (Mayo de 2010). Criterios a tener en cuenta en las reflexiones y búsqueda de unificación política entre los pueblos indígenas, en el marco de la construcción del sistema de salud intercultural para pueblos indígenas. Valledupar.
- Cámara de Representantes. (2000). *Informe sobre las objeciones presidenciales al Proyecto de Ley No. 067-S/1999 199-C/1999*. Bogotá.
- CEJIL. (Mayo de 2018). *Riesgo de extinción de pueblos indígenas de Colombia queda evidenciado ante la CIDH*. Recuperado el 28 de Mayo de 2019, de Cejil:
<https://www.cejil.org/es/riesgo-extincion-pueblos-indigenas-colombia-queda-evidenciado-cidh>
- Chakrabarty, D. (2000). *Provincializing Europe: Postcolonial thought and historical difference*. Princeton: Princeton University press.
- Comisión Cuarta de la Asamblea Nacional Constituyente. (27 de Mayo de 1991). Artículos Aprobados y Concordados con la Constitución de 1886. *Gaceta Constitucional* N°83. Bogotá.
- COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. (30 de Julio de 2009). *Acuerdo Número 03*. Recuperado el 08 de Febrero de 2019, de Ministerio de Salud y Protección Social:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20003%20DE%202009.pdf
- Comisión de Regulación en Salud. (30 de Noviembre de 2011). *Acuerdo 28*. Recuperado el 08 de Febrero de 2011, de Ministerio de Salud y Protección Social:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20CRES%200028%20DE%202011.pdf
- Comisión Primera de la Asamblea Nacional Constituyente. (30 de Mayo de 1991a). *Gaceta Constitucional* N°83. *Articulado presentado por la Comisión Primera*.

- Comisión Primera de la Asamblea Nacional Constituyente. (27 de Mayo de 1991b). Artículos Aprobados y Concordados con la Constitución de 1886. *Gaceta Constitucional N°83*. Bogotá.
- Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente. (30 de Mayo de 1991). *Gaceta Constitucional N° 83. Artículo tramitado por la Comisión Quinta*.
- Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente. (21 de Mayo de 1991a). *Gaceta Constitucional N° 78. Informe-Ponencia para Primer Debate en Plenaria. Finalidad Social del Estado y la Seguridad Social*.
- Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente. (27 de Mayo de 1991b). Articulo Tramitado por la Comisión Quinta. *Gaceta Constitucional N°83*. Bogotá.
- Comisión Segunda de la Asamblea Nacional Constiuyente. (27 de Mayo de 1991). Ordenamiento Territorial Artículos Aprobados. *Gaceta N°83*. Bogotá.
- Comité de derechos económicos, sociales y culturales ESCCR de las Naciones Unidas. (11 de 08 de 2000). *www.acnur.org*. Recuperado el 27 de Febrero de 2019, de El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : 11/08/2000.E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments): <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Comunidad Arhuaca. (Septiembre de 1982). No más atropellos en nombre de Jesucristo. (CRIC, Ed.) *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*, pág. 3.
- Congreso de Colombia. (16 de Noviembre de 1890). *Ley 89 de 1890*. Recuperado el 4 de Junio de 2019, de www.siic.mininterior.gov.co: https://siic.mininterior.gov.co/sites/default/files/upload/SIIC/Jurisprudencia/antes1991/1259_ley_89_de_1890.pdf
- Congreso de la República. (Diciembre de 1993). *Ley 100*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2018, de www.secretariasenado.gov.co: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr004.html#194
- Congreso de la República. (19 de Enero de 2011). *Ley 1438 de 2011*. Recuperado el 8 de Marzo de 2019, de www.minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de la República. (16 de Junio de 2011). *Ley 1450 de 2011 Plan de Desarrollo, Prosperidad para todos!*. Recuperado el 9 de Marzo de 2019, de www.secretariasenado.gov.co: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1450_2011.html

- Congreso de la República. (9 de Junio de 2015). *Ley 1753*. Obtenido de www.secretariassenadogov.co:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015_pr005.html
- Congreso de la República. (16 de Febrero de 2015). *Ley Estatutaria 1751*. Recuperado el 25 de Marzo de 2019, de www.secretariassenado.gov.co:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Congreso de la República de Colombia. (28 de octubre de 1993). *Ley 80 de 1993*. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0080_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (26 de Diciembre de 1968). *Ministerio del Interior*. Recuperado el 26 de Agosto de 2018, de Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo:
https://siic.mininterior.gov.co/sites/default/files/upload/SIIC/Jurisprudencia/antes1991/ley_74_de_1968.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). *Ley 100*. Recuperado el 9 de Octubre de 2018, de Secretaría General del Senado:
<http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/vigencia-expresa-y-sentencias-de-constitucionalidad>
- Congreso de la República de Colombia. (18 de Diciembre de 2001). *Ley 691*. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de Secretaría general del Senado:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0691_2001.html
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (9 de Enero de 2007). *Ley Número 1122*. Recuperado el 25 de Febrero de 2019, de Ministerio de Salud y Protección Social:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2 de Enero de 2013). *Ley 1608*. Recuperado el 6 de Febrero de 2019, de Ministerio de Salud y Protección Social:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LEY%201608%20DE%202013.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (18 de Diciembre de 2001). *Ley 691*. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de Secretaría general del Senado:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0691_2001.html
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (25 de Febrero de 2008). *Acuerdo Número 384*. Recuperado el 8 de Febrero de 2019, de Ministerio de Salud y Protección Social:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20384%20DE%202008.pdf

Consejo de Estado, sala de consulta y servicio civil. (2002). *ce_1443-2002*. Obtenido de webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OMecnwrVQUJ:www.nuevalegislacion.com/files/susc/cdj/doct/ce_1443_02.doc+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

Consejo Nacional de Seguridad Social. (23 de Septiembre de 2005). *Acuerdo Número 301*. Recuperado el 11 de Octubre de 2018, de Avance Jurídico: http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2005/46047/a_cnss_s_0301_2005.html

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (21 de Junio de 1994). *Acuerdo No 001 de 1994*. Recuperado el 31 de Octubre de 2018, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad:https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%2001%20DE%201994.pdf

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1995). *Acuerdo Número 23*. Recuperado el 09 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud y de Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ACUERDO-23-DE-1995.pdf>

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1996a). *Acuerdo Número 25*. Recuperado el 09 de Octubre de 2018, de Observatorio Étnico Cecoin: http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Acuerdo_25_1996.pdf

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1997b). *Acuerdo Número 72*. Recuperado el 09 de Octubre de 2018, de Legal Legis: http://legal.legis.com.co/document?obra=legcol&document=legcol_759920417022f034e0430a010151f034

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1997c). *Acuerdo Número 77*. Recuperado el 09 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%2077%20DE%201997.pdf

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (17 de Mayo de 2002). *Acuerdo Número 229*. Recuperado el 11 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo_229_de_2002.pdf

- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (4 de Febrero de 2004). *Acuerdo Número 260*. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de Super Salud: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/A_CNSSS_0260_2004.pdf
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2004). *Acuerdo Número 262*. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20262%20DE%202004.pdf
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2005). *Acuerdo Número 300*. Recuperado el 11 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo_0300_de_2005.pdf
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (14 de Octubre de 2005). *Acuerdo Número 303*. Recuperado el 11 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo_0303_de_2005.pdf
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (16 de Agosto de 2005). *Acuerdo Número 306*. Recuperado el 11 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo_0306_de_2005.pdf
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (05 de Diciembre de 2005). *Acuerdo Número 326*. Recuperado el 11 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo_0326_de_2005.pdf
- Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. (s.f.). MANDATOS ULTIMOS TRES CONGRESOS REGIONALES CRIC (XI, XII Y XIII).
- Consultor Salud. (13 de Noviembre de 2013). *Qué pasó con los promotores de salud*. Recuperado el 8 de Abril de 2019, de <https://consultorsalud.com/consultorsalud.com/que-paso-con-los-promotores-de-salud/>
- Contraloría General de la República. (2012). *Instituto Colombiano de Desarrollo Rural - INCODER (vigencia fiscal 2011)*. Bogotá.
- Contravía. (Noviembre de 2008). Encuentro Uribe con la Gran Minga. www.contravia.com. La María Piendamó, Cauca, Colombia.
- Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas CAOI. (Febrero de 2010). *BUEN VIVIR / VIVIR BIEN, FILOSOFÍA, POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y EXPERIENCIAS*

REGIONALES ANDINAS. Recuperado el 15 de Marzo de 2019, de https://www.escrib.net.org/sites/default/files/Libro%20Buen%20Vivir%20y%20Vivir%20Bien_0.pdf

Correa, F., & Acero, S. (2013). Proyecciones del Instituto Indigenista de Colombia en la División de Asuntos Indígenas. *Baukara*, 93-98. Obtenido de http://www.interindi.net/es/archivos/Baukara3_10_CorreaAcero.pdf

Corte Constitucional. (2003). *Sentencia T 379 de 2003*. Recuperado el 30 de mayo de 2019, de www.corteconstitucional.gov.co: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-379-03.htm>

Corte Constitucional. (14 de Marzo de 2008). *Sentencia C 030 de 2008 inexequibilidad ley forestal*. Obtenido de www.corteconstitucional.gov.co: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/C-030-08.htm>

Corte Constitucional. (abril de 2010). *Sentencia 374 de 2010*. Recuperado el 8 de Marzo de 2019, de www.supersalud.com.co: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Sentencias/SC374_10.pdf

Corte Constitucional. (2014). *Sentencia C-313*. Obtenido de [corteconstitucional.gov.co](http://www.corteconstitucional.gov.co): <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>

Corte Constitucional. (2018). *Sentencia T-397*. Recuperado el Enero de 2019, de Corte Constitucional: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-397-18.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (Julio de 2008). www.corteconstitucional.gov.co. Recuperado el 27 de Febrero de 2019, de Sentencia T-376 de 2003 en Sentencia T-760 de 2008: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (26 de Enero de 2009). *Auto Número 004*. Recuperado el 19 de Febrero de 2019, de Corte Constitucional.gov: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm>

CRIC. (2006). *Cumbre Itinerante y Permanente de Organizaciones Sociales "Pedro Mauricio Pascue"*. La María-Pinedamó.

CRIC. (1973). *Cartilla del CRIC N°1. Nuestras Luchas de Ayer y de Hoy*. Popayán.

CRIC. (16 de Septiembre de 1976). Movilización Indígena y Obrera en Popayán. *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*, págs. 2-3.

CRIC. (1977). *Unidad Indígena*.

CRIC. (16 de Octubre de 1977). Las comunidades indígenas en el paro cívico nacional. *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*, págs. 6-7.

- CRIC. (1981). Cómo nació el CRIC. Primeras Luchas. En CINEP, *Consejo Regional Indígena del Cauca- CRIC. Diez años de lucha, historia y documentos* (págs. 9-24). Serie Controversia N° 91 -92.
- CRIC. (1981a). CRIC. Análisis de su organización y sus luchas. En CINEP, *Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC. Diez años de lucha, historia y documentos* (págs. 49-64). Serie Controversia N° 91-92.
- CRIC. (1981b). CRIC. IV Congreso. En CINEP, *Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC. Diez años de lucha historia y documentos* (págs. 33-48). Serie Controversia 91-92.
- CRIC. (1981c). CRIC. V CONGRESO. En CINEP, *Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC. Diez años de lucha, historia y documentos* (págs. 83-114). Serie Controversia N° 91-92.
- CRIC. (Diciembre de 1982). Visita del presidente a Santiago. *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*, pág. 10.
- CRIC. (1983). *7° Congreso del CRIC. Ponencias y Conclusiones*. Caldono-Cauca.
- CRIC. (1988). Programa de Salud "Una experiencia particular". En M. d. Salud, *Capacitación de Promotores de Salud. Seminario Taller Nacional sobre Capacitación de Promotores Indígenas de Salud* (págs. 232-242). Bogotá.
- CRIC. (1997a). *Conclusiones Décimo Congreso Regional Indígena del Cauca*. Silvia-Cauca.
- CRIC. (1997b). *Nuestra experiencia organizativa 1995-1997*.
- CRIC. (2009). *Caminando la palabra de los Congresos del Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC*. Popayán. Colombia.
- CRIC. (2009). *Conclusiones del XIII CONGRESO REGIONAL INDÍGENA DEL CAUCA*. Popayán : Consejería Mayor CRIC.
- CRIC. (24 de Enero de 2011). Resolución 001 del 24 de Enero de 2011, por medio de la cual se adoptan mecanismos para la consolidación y operativización del sistema indígena de salud propio e intercultural-SISPI. San Andrés Pisimbalá, Inzá, Cauca.
- CRIC. (2012). *Acta Final Encuentro 520 años de resistencia*. La María-Piendamó.
- CRIC. (2013). *Mandato del XIV Congreso Regional del CRIC*. Coconuco- Cauca.
- CRIC. (2013a). Francisco Rojas Birry en la Constituyente. Secretario Ad Hoc y Vicepresidente Comisión Primera. Unidad Indígena. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS. Colección Documental para su historia política* (págs. 310-311). Bogotá: Gente Nueva.

- CRIC. (2013b). Noticias de la Constituyente. Unidad Indígena. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS. Colección Documental para su historia política* (pág. 323). Bogotá: Gente Nueva.
- CRIC. (s.f). *Origen del CRIC*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2018, de CRIC Colombia: <http://www.cric-colombia.org/portal/estructura-organizativa/origen-del-cric/>
- CRIC y Gobierno Nacional. (2 a 16 de Junio de 2016). Acta de ratificación de acuerdos entre el CRIC y el Gobierno Nacional.
- CRIC, AIC, Escue Alcibiades y otros. (2008). Lineamientos del sistema de salud propio en el marco de los planes de vida de los Pueblos Indígenas del Cauca.
- CRIC, Programa de Salud CRIC. (Agosto de 2010). Documento propuesta del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. Popayán, Cauca.
- CRIC, Urrego J. (Agosto de 2018). *Avance en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI*. Popayán, Cauca, Colombia: Samava ediciones.
- Curtidor, D. (9 de Noviembre de 2018). Entrevista N° 12. (Urrego Jaime, Entrevistador)
- Cxhab Wala Programa Tierradentro. (2004). *Marcha y Congreso Itinerante por la vida y la dignidad*. La María-Piendamó.
- DANE. (2007). *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de DANE: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf
- DANE. (16 de Septiembre de 2019). *Población indígena de Colombia: resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2019, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-eticos/informacion-tecnica>
- Das, V., & Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social*(27), 19-52. Recuperado el 10 de octubre de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/1809/180913917002.pdf>
- de Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del sur*. México: CLACSO.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2007). *Colombia una Nación Multicultural*. Recuperado el 15 de Octubre de 2018, de DANE: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf

- Departamento Nacional de Planeación. (1983). *Cambio con Equidad. Plan de Desarrollo 1983-1986. Capítulo Política Social -Salud*. Recuperado el 04 de Marzo de 2019, de DNP: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Betancur_Polit_social.pdf
- Dirección Desarrollo Territorial DNP. (2016). *ACUERDOS CONSULTA PREVIA CON PUEBLOS INDIGENAS Y CON PUEBLOS Rrom, PND 2014 – 2018 “TODOS POR UN NUEVO PAÍS”*. Obtenido de www.dnp.gov.co: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Acuerdos%20consulta%20previa%20PND%202014%20-%202018.pdf>
- DNP. (2004). *Los Pueblos Indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio. Población, cultura y territorio: bases para el fortalecimiento social y económico de los pueblos indígenas*. Recuperado el 8 de Junio de 2004, de www.dnp.gov.co: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-territorial/Paginas/pueblos-indigenas.aspx>
- Do Alto, H. (2007). Cuando el nacionalismo se pone el poncho. Una mirada retrospectiva a la etnicidad y la clase en el movimiento popular boliviano (1952-2007). En M. Svampa, & P. Stefanoni, *Bolivia: memoria, insurgencia y movimientos sociales* (pág. 270). Buenos Aires: Editorial El Colectivo. Recuperado el 6 de julio de 2019, de http://radioprogressohn.cedoh.org/Biblioteca_CEDOH/archivos/0081%20MEMORIA%20INSURGENCIA%20Y%20MOVIMIENTOS%20SOCIALES%20BOLIVIA.pdf
- Dusakawi EPSI. (Abril de 2010). ANALISIS INTEGRAL DESDE LA VISIÓN DE LOS PUEBLOS INDIGENAS AFILIADOS A DUSAKAWI EPS-I, SOBRE LOS SERVICIOS ESENCIALES Y FUNDAMENTALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD A POBLACIONES INDIGENAS NO CUBIERTOS POR EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Valledupar.
- Dussel, E. (2006). *20 Tesis de Política*. México: Siglo XXI editores. Obtenido de https://enriquedussel.com/txt/Textos_Libros/56.20_Tesis_de_politica.pdf
- Echandía, C. (2000). La Violencia en el Conflicto Armado durante los 90. *Colombia Internacional, REVISTAS UNIANDES*(49-50), 117-134. Recuperado el 10 de Marzo de 2019, de <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/colombiaint49-50.2000.06>
- Echeverry, M. (1998). La fundación del Instituto Etnológico Nacional y la construcción genérica del antropólogo. *Anuario Colombiano de Historia Social de la Cultura*(25), 217-247.
- Edwards, S., & Steiner, R. (2008). *La Revolución Incompleta: las reformas de Gaviria*. Bogotá: Norma.

- El Colombiano. (19 de Octubre de 2005). Mesa para diálogo con indígenas del Cauca. *El Colombiano*, pág. 8A.
- El Espectador. (06 de Octubre de 1998). Minorías étnicas, otro problema para el crudo. *El Espectador*, pág. 4B.
- El Espectador. (19 de Noviembre de 2008). La Minga llegó a Soacha. *El Espectador*, pág. 17.
- El Espectador. (03 de Agosto de 2012). 'Indígenas, a punto de desaparecer'. *El Espectador*, pág. 5.
- El Espectador. (16 de Octubre de 2013). Las peticiones de la minga indígena. *El Espectador*, pág. 15.
- El Espectador. (2 de Noviembre de 2008). Un Encuentro sin Acuerdos. *El Espectador*.
Obtenido de <https://www.elespectador.com/impreso/articuloimpreso87607-un-encuentro-sin-acuerdos>
- El Espectador. (20 de Julio de 2012). El Ejército humillado. *El Espectador*, pág. 39.
Obtenido de <https://www.elespectador.com/opinion/el-ejercito-humillado>
- El Liberal. (14 de Julio de 1973). Concentración Indígena se cumplirá en Silvia (C). *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Liberal. (19 de Julio de 1973). El encuentro de Silvia rodeado de garantías. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 2,7.
- El Liberal. (20 de Abril de 1975). Gobernador dialogó con indígenas de Caldon. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Liberal. (19 de Febrero de 1975). Invaden nuevas fincas caucanas. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Liberal. (16 de Febrero de 1975). Orden a indígenas para invadir tierras. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Liberal. (1 de Abril de 1975). Son inminentes las invasiones. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Liberal. (12 de Agosto de 1975). Surge Consejo Regional Agropecuario del Cauca. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,10.
- El Liberal. (12 de Julio de 1978). Invasiones en el norte del Cauca. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Liberal. (27 de Abril de 1973). Invadida una finca de propiedad de la curia. *El Liberal: Diario de la Mañana al Servicio del Cambio Social.*, págs. 1,8.

- El Liberal. (19 de Julio de 1973). Lo que se dijo en el III encuentro indígena. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 2,7.
- El Liberal. (4 de Septiembre de 1974). Indígenas del Cauca formulan peticiones. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del Cambio Social*, pág. 6.
- El Liberal. (30 de Mayo de 1974). Sobre el caso de Cobaló habla el señor Arzobispo. *El Liberal: Diario de la Mañana al Servicio del Cambio Social*, págs. 1, 8.
- El Liberal. (11 de Abril de 1975). Anuncian invasiones de tierras caucanas. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Liberal. (26 de Abril de 1975). Concurrida reunión de indígenas en Corinto-C. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Liberal. (31 de Julio de 1975). Indígenas de todo el país en Tóez. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, pág. 8.
- El Liberal. (11 de Marzo de 1978). Tranquilidad en Congreso de Indígenas Colombianos. *El Liberal: Diario de la mañana al servicio del cambio social*, págs. 1,8.
- El Mundo. (12 de Octubre de 2009). Comenzó nueva minga indígena. *El Mundo*, pág. A7.
- El Mundo. (13 de Septiembre de 2004). Comienza la marcha indígena. *El Mundo*, pág. A9.
- El Nuevo Siglo. (31 de Julio de 1993). El gobierno se burló de los indígenas: ONIC. *El Nuevo Siglo*, pág. 18A.
- El Nuevo Siglo. (14 de Octubre de 2014). El pliego de peticiones indígena. *El Nuevo Siglo*, pág. 5A.
- El País. (28 de Octubre de 1992). Se enfrentan campesinos e indígenas. *El País*, pág. 10A.
- El País. (07 de Septiembre de 1999). La María, zona de diálogo sobre paz. *El País*, pág. C3.
- El País. (17 de Octubre de 2005). Gobierno exige desalojo de fincas. *El País*, pág. A2.
- El País. (27 de abril de 1981). Iglesia promoverá reunión. *El País*, pág. 1.
- El País. (11 de Octubre de 1992). Controversia por invasión de tierras. *El País*, pág. 1C.
- El País. (10 de Junio de 1992). Controversia por invasión de tierras. *El País*, pág. 7.
- El País. (5 de Marzo de 1992). Se agrava problema de invasiones. *El País*, pág. 9C.
- El País. (15 de Octubre de 1992). Suscrito acuerdo con los indígenas. *El País*, pág. 7C.

- El País. (9 de Julio de 1993). Indígenas propietarios de su propio destino. *El País*, pág. 1E.
- El País. (15 de Agosto de 1993). La 'llama' sigue viva en el Cauca. *El País*, pág. 10C.
- El País. (04 de Febrero de 1997). Indígenas del Quindío piden cambio a la salud. *El País*, pág. 5C.
- El País. (08 de Junio de 1999). Hay 31 convenios sin cumplir. *El País*, pág. C2.
- El País. (02 de Junio de 1999). Indígenas de Cauca, en emergencia social. *El País*, pág. B4.
- El País. (31 de Mayo de 1999). Indígenas del Cauca se reúnen en Piendamó. *El País*, pág. D2.
- El País. (11 de Junio de 1999). Indígenas despejan la vía Panamericana. *El País*, pág. D4.
- El País. (26 de Marzo de 2001). Hoy inicia congreso indígena del Cauca. *El País*, pág. B6.
- El País. (15 de Agosto de 2001). Mañana arranca congreso indígena. *El País*, pág. B6.
- El País. (21 de Octubre de 2005). Situación con indígenas está en un punto crítico. *El País*, pág. A10.
- El País. (01 de Abril de 2006). Indígenas preparan reunión cumbre. *El País*, pág. C9.
- El País. (17 de Abril de 2007). Indígenas se tomaron cinco hospitales. *El País*, pág. A10.
- El País. (24 de Mayo de 2008). Arias arremetió contra indígenas del Cauca. *El País*, pág. 8.
- El País. (17 de Junio de 2009). Usuarios se toman hospital. *El País*, pág. A8.
- El País. (05 de Junio de 2016). ¿Petición de los indígenas son justas o excesivas?. *El País*, pág. A12.
- El Siglo. (2 de Mayo de 1992). Comité Nacional de Derechos Indígenas. *El Siglo*, pág. 16A.
- El Tiempo. (21 de Julio de 1996). Protesta sin señales de humo. *El Tiempo*, pág. 1B.
- El Tiempo. (12 de Marzo de 1997). Congreso Indígena. *El Tiempo*, pág. 9A.
- El Tiempo. (21 de Diciembre de 2003). La resistencia indígena. *El Tiempo*, pág. 21.
- El Tiempo. (17 de Septiembre de 2004). 60 mil indios en Minga 'colonizaron' a Cali ayer. *El Tiempo*, pág. 8.

- Equipo Paz, Gobierno. (s.f.). *Estructura del Proceso de Paz*. Recuperado el 14 de Marzo de 2019, de www.equipopazgobierno.presidencia.gov.co:
<http://equipopazgobierno.presidencia.gov.co/especiales/abc-del-proceso-de-paz/phone/estructura-del-proceso-de-paz.html>
- Escué, A. (3 de Noviembre de 2018). Entrevista N°4. (J. Urrego, Entrevistador)
- Escué, A. (18 de Septiembre de 2018). Entrevista 1. (J. Urrego, Entrevistador) Toribío.
- Espinosa, M. A. (1996). *Surgimiento y Andar Territorial del Quintín Lame*. Quito, Ecuador: Abya-Yala. Obtenido de
https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1350&context=abya_yala
- Eusse, F. (2013). *ONIC 30 años, colección documental para su historia política Tomo I*. Bogotá: Gente Nueva.
- Fajardo, D. (2013). *Cahiers des Amériques*. (I. d. latine, Ed.) Recuperado el 1 de Julio de 2019, de revues.org:
https://www.researchgate.net/publication/272436531_Colombia_dos_decadas_en_los_movimientos_agrarios/download
- Figuroa, I. (Julio-Diciembre de 2016). Legislación marginal, desposesión, civilización en proceso: Ecuador y Colombia. (U. Central, Ed.) *Nomadas*. Obtenido de
http://nomadas.ucentral.edu.co/nomadas/pdf/nomadas_45/45-3F-Legislacion-marginal.pdf.
- Foucault, M. (1992). *Genealogía del racismo*. Madrid: La piqueta.
- Foucault, M. (1999). *La arqueología del saber*. Ciudad de México: Editorial Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). Aula de 17 de marzo de 1976. *Em defesa da sociedade*, 285-315.
- Foucault, M. (sf). *El sujeto y el poder*. Recuperado el 19 de Diciembre de 2018, de omegalfa biblioteca virtual:
<http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/El%20sujeto%20y%20el%20poder%20-%20M.%20Foucault.pdf>
- Franco Giraldo, A. (Julio de 2012). *La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano*. Recuperado el 8 de Marzo de 2019, de www.bdigital.unal.co: <http://www.bdigital.unal.edu.co/29382/1/27735-179233-1-PB.pdf>
- Frenk, J., & Londoño, J. (Mayo de 1993). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*.

Recuperado el 29 de Mayo de 2019, de
<https://core.ac.uk/download/pdf/47280592.pdf>.

- Funcionario, M. (01 de Julio de 2019). Entrevista No. (J. Urrego, Entrevistador)
- Galán, A., & Rojas, E. (5 de Abril de 1991). Proyecto de acto reformativo: Satisfacción de las necesidades básicas para todos. *Gaceta Constitucional No. 37*. Bogotá.
- Galvis, J. J. (2014). *Del CRIC a la ONIC: Fortalecimiento del movimiento indígena caucano en los años setenta del siglo XX*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Garcés, M. (20 de Febrero de 1991). *Gaceta Constitucional N°10. Ampliación de la Democracia*.
- García, V., & Caballero, J. (2012). *UNIDAD INDÍGENA: UN PERIÓDICO EN LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN DEL PROCESO INDÍGENA CAUCANO*. Recuperado el 3 de julio de 2019, de www.centrodememoriahistorica.gov.co:
<http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2012/cauca.pdf>
- Garzón, A. (27 de Febrero de 1991). Proyecto de acto reformativo: Propuestas laborales para la nueva constitución política. *Gaceta Constitucional No. 11*. Bogotá.
- Gobernación del Cauca 1936-1937. (1989a). Decreto 700 1936 y 50 1937. En CRIC, *Cartilla de Legislación Indígena para las comunidades indígenas del Cauca* (Segunda ed., pág. 167). Popayán, Cauca.
- Gobernación del Cauca. (1989b). Decreto 74 de 1898. En CRIC, *Cartilla* (Segunda ed., pág. 167). Popayán, Cauca.
- Gobernación del Cauca. (1989c). Decreto 162 y 357 de 1920. En CRIC, *Cartilla de legislación indígena para las comunidades del Cauca* (Segunda ed., pág. 167). Popayán, Cauca.
- Gobierno Nacional. (15 de Febrero de 1991). *Gaceta Constitucional N° 5. Proyecto de Acto Reformativo de la Constitución Política de Colombia No. 2*.
- Gobierno Nacional. (24 de Agosto de 1990). *Decreto 1926 del 24 de agosto de 1990*. Recuperado el 1 de Octubre de 2018, de Sistema único de información normativa Juriscol-Minjusticia: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1371701>
- Gobierno Nacional y Grupos Etnicos. (2014). *Anexo IV.C.1–1 Protocolización de la Consulta Previa a lPlan Nacional de Desarrollo 2010-2014 con Grupos Étnicos*. Recuperado el 9 de Marzo de 2019, de www.dnp.gov.co:
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Anexo%20IV->

PND%202010-
2014_Acuerdos%20Consulta%20Previa_Grupos%20%C3%89tnicos.pdf

Gobierno y FARC-EP. (24 de Agosto de 2016). *Capítulo Étnico incluido en el Acuerdo Final de Paz entre el Gobierno Nacional y las FARC*. Recuperado el 113 de Junio de 2019, de www.onic.org: <https://www.onic.org.co/comunicados-onic/1414-capitulo-etnico-incluido-en-el-acuerdo-final-de-paz-entre-el-gobierno-nacional-y-las-farc>

Gómez, J., & Londoño, H. (19 de Febrero de 1991). Gaceta Constitucional N°9. *Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia No. 9*.

Gow, D. d., & Jaramillo, D. (2013). *En minga por el Cauca: el gobierno del Taita Floro Tunubalá (2001-2003)*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Gros, C., & Morales, T. (2009). *¡A mí no me manda nadie! Historia de Vida de Trino Morales* (Primera edición ed.). Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Recuperado el 24 de Octubre de 2018

Gros, C., & Morales, T. (2009). *¡A mí no me manda nadie! Historia de Vida de Trino Morales*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.

Gros, C., & Morales, T. (2009). *¡A mí no me manda nadie! Historia de Vida de Trino Morales*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.

Guarin, P. (21 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 6. (J. Urrego, Entrevistador)

Hacemos memoria. (2 de Mayo de 2016). *La papeleta que cambió la constitución*. Recuperado el 20 de Junio de 2019, de Hacemos Memoria: <http://hacemosmemoria.org/2016/05/02/la-papeleta-que-cambio-la-constitucion/>

Hernández Álvarez, M. (1991). *El derecho a la salud y la nueva constitución política colombiana*. Bogotá. Recuperado el 02 de Octubre de 2018, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16771/17652>

Hernández Alvarez, M. (2010). Derecho a qué? El debate sobre la Sentencia T-760. En D. I. Nacional, *Cuadernos del Doctorado No 11, Debates en Salud Pública del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional* (págs. 27-44). Bogotá, Colombia.

Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cuadernos de Salud Pública*, 991-1001. Recuperado el 19 de Abil de 2019, de www.scielosp.org: <https://www.scielosp.org/article/csp/2002.v18n4/991-1001/>

Hernández, M. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 228-235. Recuperado el 15 de octubre de 2018, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300006&lng=es&nrm=iso

Hernández, M. (2004). *La fragmentación de la salud pública en Colombia y Argentina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina.

Hernández, M. (8 de Febrero de 2015). *la novela de la ley estatutaria en salud*. Recuperado el 27 de Abril de 2019, de razón pública: <https://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/8232-la-novela-de-la-ley-estatutaria-en-salud.html>

Hopenhayn, M., & Bello, A. (2001). *Discriminación étnico racial y xenofobia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile : CEPAL.

Human Rights every where. (2012). *Diagnóstico sobre la minería en territorios*. Obtenido de Human Rights every where: file:///C:/Users/Jaime%20Urrego/Downloads/Diagn_sti.._1__1_.pdf

Indígenas Zenúes. (Mayo de 1987). Tres mil indígenas se toman Montería. (CRIC, Ed.) *Unidad Indígena. Unidad, territorio, cultura y autonomía*, pág. 4.

Instituto Distrital de la Participación Comunitaria y la Acción Comunal-IDEPAC. (2013). *Lineamientos distritales para la aplicación del enfoque diferencial*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2019, de [http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.1_proc_misi_construccion_implementacion_politicas_sociales/\(10062015\)_Lineamiento_distrital_para_la%20aplicacion_de%20enfoque_diferencial.pdf](http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.1_proc_misi_construccion_implementacion_politicas_sociales/(10062015)_Lineamiento_distrital_para_la%20aplicacion_de%20enfoque_diferencial.pdf)

Izquierdo, B. (14 de Noviembre de 2018). (J. Urrego, Entrevistador)

Izquierdo, B. (20 de Noviembre de 2018). Entrevista N° 9. (J. Urrego, Entrevistador)

Izquierdo, B. (9 de Noviembre de 2018). Entrevista No. 11. (J. Urrego, Entrevistador)

Jaramillo, E. (2011). *El Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Momentos significativos de una insurrección*. Recuperado el 4 de Julio de 2019, de <http://caio.uy.over-blog.com/article-colombia-el-consejo-regional-indigena-del-cauca-cric-momentos-significativos-de-una-insurreccion-70922320.html>

Jessop, B. (2017). *El Estado, Pasado Presente Futuro*. Madrid: Catarata. Recuperado el 20 de Marzo de 2019, de <https://es.scribd.com/read/380763476/El-Estado#>

Latorre, H. (5 de Septiembre de 2004). *Misión para liberar indígenas colombianos*. Recuperado el 10 de Junio de 2019, de [www.bbc.co.uk: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_3630000/3630000.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_3630000/3630000.stm)

- Laurent, V. (2002). Movimiento indígena y retos electorales en Colombia: regreso de lo indio para una apuesta nacional. *Revista colombiana de antropología*, 38, 161-188. Recuperado el 29 de septiembre de 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252002000100007#pie3
- Legrand, C. (1988). *Colonización y Protesta Campesina en Colombia 1850-1950* (Primera ed.). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Líderes indígenas y antropólogos. (1977). *Segunda declaración de Barbados*. Barbados.
- Márquez, A. (11 de Diciembre de 2012). *21 años después no se cumplen los acuerdos del Nilo*. Recuperado el 9 de Octubre de 2018, de Senado República de Colombia: <http://www.senado.gov.co/historia/item/16069-21-anos-despues-no-se-cumplen-los-acuerdos-sobre-la-masacre-del-nilo>
- Martinez, R., & Soto, E. (2012). El Consenso de Washington. *Política y Cultura*(37), 35-64. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n37/n37a3.pdf>
- McAdam, D., Tarrow, S., & Tilly, C. (2005). *Dinámica de la contienda política*. España: Hacer editorial.
- Méndez, E., & Triana, A. (2004). *Tesis: Los Pueblos Indígenas de Colombia y su vinculación a la seguridad social en salud*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Antropología.
- Mestizo Castillo, C. (2012). *Tesis: La gestación de la constitución de 1991. Papel de la soberanía popular y debates en torno a ella*. Bogotá: Maestría en Historia. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 1 de octubre de 2018, de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/2444/MestizoCastilloCarmanAlicia2012.pdf;sequence=1>
- Mignolo, W. (2005). Espacios geográficos y localizaciones epistemológicas o la ratio entre la localización geográfica y la subalternización de conocimientos. *Geographia*(13), 7-28.
- Mignolo, W. (2008). Desobediência epistêmica: A opção descolonial e o significado de identidade em política. *Cadernos de Letras da UFF*(34), 287-324. Recuperado el 9 de octubre de 2018, de http://professor.ufop.br/sites/default/files/tatiana/files/desobediencia_epistemica_mignolo.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de Diciembre de 2014). *Resolución 5729*. Recuperado el 11 de Febrero de 2019, de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205729%20de%202014.pdf

- Ministerio de Gobierno. (1989). Decreto 1634 de 1960. En CRIC, *Cartilla de legislación indígena para las comunidades indígenas del Cauca* (Segunda ed., pág. 167). Popayán, Cauca.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (1999). *Comunicación sobre Proyecto de Ley 069*. Comunicación al Congreso de la República.
- Ministerio de la Protección Social. (27 de Agosto de 2004). *Decreto 2716*. Recuperado el 12 de Octubre de 2018, de Super Salud:
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D2716004.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (1 de Octubre de 2004). *Decreto 3183*. Recuperado el 12 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3183-de-2004.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2004). *Perfiles ocupacionales y normas de competencia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Perfiles%20Ocupacionales.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (27 de Diciembre de 2007). *Decreto 4972*. Recuperado el 12 de Octubre de 2018, de Alcaldía de Bogotá:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjurMantenimiento/normas/Norma1.jsp?i=28303>
- Ministerio de la Protección Social. (14 de Julio de 2008). *Resolución 02596*. Recuperado el 11 de Febrero de 2019, de Ministerio de Salud y de Protección Social:
https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Resoluciones.aspx
- Ministerio de Salud. (1988). *Capacitación de Promotores de Salud. Seminario Taller Nacional sobre Capacitación de Promotores Indígenas de Salud* (Primera ed.). Bogotá.
- Ministerio de Salud. (1989). Decreto del 15 de octubre de 1928. En CRIC, & CRIC (Ed.), *Cartilla de Legislación Indígena* (pág. 164). Popayán, Cauca.
- Ministerio de Salud. (1989). Resolución 10013 - 1981. En CRIC, *Cartilla de legislación indígena para las comunidades indígenas del Cauca* (pág. 167). Popayán.
- Ministerio de Salud. (30 de Junio de 1992). *Resolución 005078*. Recuperado el 7 de Octubre de 2018, de Observatorio étnico CECOIN:
http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Resolucion_005078_1992.pdf
- Ministerio de Salud de Colombia. (24 de Septiembre de 1981). Resolución 10013. En C. R. Cauca, & CRIC (Ed.), *Cartilla de Legislación Indígena para las comunidades indígenas del Cauca* (pág. 167). Popayán.

Ministerio de Salud de Colombia. (10 de Enero de 1990). *Ley 10 de 1990, por la cual se organiza el Sistema de Salud*. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de Septiembre de 2013). *DECRETO 1973*.

Recuperado el 7 de Febrero de 2019, de Derecho de la Cultura:

<file:///C:/Users/Alana/Downloads/COL.-DECRETO-1973-DE-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Enfoque Diferencial*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co>:

<https://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=21>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Mayo de 2013). *Resolución 1841 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado el 26 de Mayo de 2019, de www.minsalud.gov.co:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2016). *Perfil de salud de la población indígena y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfi-l-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (8 de Noviembre de 2017). *Decreto 1848*.

Recuperado el 30 de Mayo de 2019, de www.consultorsalud.com:

https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2018/01/sispi_y_habilitacion_de_las_eps_indigenas_-_decreto_1848_de_2017.pdf

Ministerio del Interior. (10 de Junio de 1993). *Decreto 1088 de 1993*. Recuperado el 9 de Octubre de 2018, de Ministerio del Interior:

https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/2_decreto_1088_de_1993.pdf

Ministerio del Interior. (Abril de 2013). *Autoridad Tradicional*. Recuperado el Noviembre de 2018, de Ministerio del Interior: <https://www.mininterior.gov.co/content/autoridad-tradicional>

Ministerio del Interior. (7 de Octubre de 2014). *Decreto 1953*. Recuperado el 6 de Febrero de 2019, de Ministerio de Justicia:

<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/DECRETO%201953%20DEL%2007%20DE%20OCTUBRE%20DE%202014.pdf>

- Ministerio del Interior. (07 de Noviembre de 2017). *Decreto 1811*. Obtenido de www.presidencia.gov.co:
<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201811%20DEL%207%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202017.pdf>
- Ministerio del Interior. (s.f.). *A/CO*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2018, de Ministerio del Interior: <https://www.mininterior.gov.co/content/aico>
- Ministerio del Interior. (s.f.). *Confederación Indígena Tayrona*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2018, de Sistema de Información Indígena de Colombia: <https://siic.mininterior.gov.co/content/cit>
- Ministerio del Interior, ONIC. (19 al 23 de Octubre de 2013). *Acta de Acuerdos logrados entre los Pueblos Indígenas que participaron en la Minga Social Indígena y Popular y el Gobierno Nacional*. Obtenido de <https://mpcindigena.org/minga-juridica/55-acuerdos-con-pueblos-indigenas/677-acuerdos-de-la-minga-social-indigena-y-popular-con-el-gobierno-nacional>
- Molano, A. (26 de febrero de 2012). La Onic, 30 Años. *El Espectador*. Recuperado el 30 de Julio de 2019, de <https://www.elespectador.com/opinion/la-onic-30-anos-columna-328683>
- Montealegre, D. M., & Urrego Rodríguez, J. H. (2011). *Enfoques diferenciales de género y etnia*. (U. N. Colombia, Ed.) Bogotá. Obtenido de www.bivipaz.unal.edu.co:
[file:///C:/Users/Jaime%20Urrego/Downloads/Modulo%206_Arte%20hojas%20internas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jaime%20Urrego/Downloads/Modulo%206_Arte%20hojas%20internas%20(1).pdf)
- Montero de la Rosa, O. D. (2019). *Genocidio Indígena en Colombia: Tiempos de vida y muerte*. Obtenido de ONIC: <https://www.onic.org.co/comunicados-onic/3122-genocidio-indigena-en-colombia-tiempos-de-vida-y-muerte>
- Moreano, A. (1993). El Movimiento Indio y el Estado Multinacional. En D. Cornejo (Ed.), *Los Indios y el Estado-País. Pluriculturalidad y pluriethnicidad en el Ecaudor: contribuciones al debate* (págs. 215-246). Quito, Ecuador: ABYA YALA. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/12949>
- Muelas Hurtado, L. (20 de Marzo de 1991). Gaceta 24. *Proyecto de Acto Reformatorio N°83. Propuesta Indígena de Reforma Constitucional*.
- Musse, A. (3 de Marzo de 2019). Entrevista No. 13. (J. Urrego, Entrevistador)
- Naciones Unidas. (21 de Diciembre de 1965). *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial*. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de Humanium: https://www.humanium.org/es/convencion-internacional-sobre-la-eliminacion-de-todas-las-formas-de-discriminacion-racial/?gclid=EAlaIqobChMI5M65nrbM3QIVi4TIC14bwqREAYASAAEgLvD_BwE

Naciones Unidas. (2004). *Informe del Relator Especial sobre la situación de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de los indígenas*. Recuperado el 15 de Octubre de 2018, de ACNUR:

<http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2006/4353.pdf?view=1>

Naciones Unidas. (13 de Septiembre de 2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Recuperado el 13 de Octubre de 2018, de Naciones Unidas: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

Naciones Unidas. (13 de Enero de 2010). *La situación de los pueblos indígenas en Colombia: Seguimiento a las recomendaciones hechas por el Relator Especial anterior*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado Naciones Unidas Colombia: <https://www.hchr.org.co/index.php/informes-y-documentos/visitas-relatores-especiales/144-visitas-relatores-especiales-a-colombia-2010/3591-la-situacion-de-los-pueblos-indigenas-en-colombia-seguimiento-a-las-recomendaciones-hechas-por-el-relator-especial-a>

Naciones Unidas-Pueblos Indígenas; Departamento de asuntos económicos y sociales. (s.f.). *Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas; una breve reseña histórica*. Recuperado el 31 de Mayo de 2019, de www.un.org:

<https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/declaracion-sobre-los-derechos-de-los-pueblos-indigenas.html>

Neocosmos, M. (2016). Constructing the domain of freedom: thinking politics at a distance from the state. *Journal of Contemporary African Studies*, 34, 332-347. doi:10.1080/02589001.2016.1236876

Ocampo, J. A. (Diciembre de 1988). La política económica durante la administración Samper. (Fedesarrollo, Ed.) *Coyuntura Económica*, XXVIII(4), 155-187.

Recuperado el 20 de Febrero de 2019, de

<https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2155>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (13 de octubre de 2018). *Follero N° 7: El Decenio Internacional de las Poblaciones*.

Obtenido de <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuideIPleaflet7sp.pdf>

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Colombia. (2011). *El derechos de las comunidades indígenas a la consulta previa, libre e informada*. Recuperado el 15 de Marzo de 2019, de www.acnur.org:

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/7602.pdf?file=fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/7602>

OIA. (Octubre de 1988). Acuerdos entre el Gobierno y la Organización Indígena de Antioquia. (CRIC, Ed.) *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*, pág. 8.

- OIA. (s.f.). *Quiénes Somos*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2018, de Organización Indígena de Antioquia: <http://oia.org.co/quienes-somos/>
- OIT. (26 de Junio de 1957). *Convenio 107. Organización Internacional del Trabajo*. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de OIT: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C107
- OIT. (1989). *Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. Obtenido de www.ilo.org: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169
- Oliva, J. D. (2012). *Los Pueblos Indígenas a la conquista de sus derechos*. (b. o. Universidad Carlos III y Agencia Estatal, Ed.) Madrid, España.
- ONIC. (1998). *Memorias del V Congreso Nacional Indígena. Los pueblos indígenas de Colombia un reto hacia el nuevo milenio*. Bogotá.
- ONIC. (1982). *Primer Congreso Indígena Nacional Conclusiones y Documentos*. Bogotá.
- ONIC. (1986). *Segundo Congreso Indígena Nacional. Conclusiones*. Bosa, Cundinamarca: Organización Nacional Indígena de Colombia.
- ONIC. (1990a). La Constituyente un Nuevo Camino. En F. Eusse, *ONIC 30 años. colección documental para su historia política Tomo I* (págs. 183-186). Bogotá D.C., Colombia: Gente Nueva.
- ONIC. (1990b). *III Congreso Nacional Indígena*. Bogotá.
- ONIC. (13-18 de Diciembre de 1998). *Quinto Congreso de la Organización Nacional Indígena de Colombia*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2018, de <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Memorias%20del%20quinto%20congreso%20nacional%20indigena.pdf>
- ONIC. (2002). *Los Indígenas y la Paz. Organización Nacional Indígena de Colombia*. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de [www.observatorioetnicocecoin.org.co](http://observatorioetnicocecoin.org.co): <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Los%20indigenas%20y%20la%20Opaz.pdf>
- ONIC. (2007). *VII Congreso de los Pueblos Indígenas de la Organización Nacional Indígena de Colombia*. Recuperado el 08 de Octubre de 2018, de Observatorio étnico Cecoin: <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/mandato.pdf>
- ONIC. (2013a). Constituyente Indígena. Unidad Indígena. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS. Colección Documental para su historia política* (pág. 324).

- ONIC. (2013b). Constituyente Indígena. ¡Existimos! Constitucionalmente. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS. Colección Documental para su historia política* (págs. 332-333). Bogotá: Gente Nueva.
- ONIC. (2013c). Francisco Rojas Birry en la constituyente. Secretario ad hoc y vicepresidente. Comisión Primera. Unidad Indígena. En F. Eusse, *Colección documental para su historia política. Tomo 1*. Bogotá: Editorial Gente Nueva.
- ONIC. (2013d). La Colombia que queremos. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS. Colección documental para su historia política. tomo I* (págs. 303-306).
- ONIC. (2013e). La ONIC y la Asamblea Nacional Constituyente. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS. Colección Documental para su historia política. Tomo I* (págs. 197-370).
- ONIC. (2013f). No queremos perder la autonomía. Unidad Indígena. En F. Eusse, *Colección documental para su historia política. Tomo 1*. Bogotá: Editorial Gente Nueva.
- ONIC. (2013g). Prensa Nacional: La Noticia Unidad Indígena. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS Colección Documental para su Historia Política. Tomo I* (págs. 43-44). Bogotá.
- ONIC. (2013h). Reflexiones sobre la ponencia Asamblea Nacional Constituyente. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS. Colección documental para su historia política. Tomo I* (págs. 187-196). Bogotá.
- ONIC. (2014). *Proceso de socialización y retroalimentación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI*. Informe Final Convenio 547 de 2013 con el Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá.
- ONIC. (15 de Febrero de 2015). *65 Lenguas Nativas de las 69 en Colombia son Indígenas*. Recuperado el 1 de Marzo de 2019, de ONIC:
<https://www.onic.org.co/noticias/636-65-lenguas-nativas-de-las-69-en-colombia-son-indigenas>
- ONIC. (24 de Octubre de 2016). *Declaración Política: IX Congreso Nacional de los Pueblos Indígenas de la Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC*. Recuperado el 13 de junio de 2019, de www.onic.org.co:
<https://www.onic.org.co/comunicados-onic/1523-declaracion-politica-ix-congreso-nacional-de-los-pueblos-indigenas-de-la-organizacion-nacional-indigena-de-colombia-onic>
- ONIC. (03 de Junio de 2017). *Convocatoria: XV Congreso del Consejo Regional Indígena del Cauca*. Recuperado el 14 de Febrero de 2019, de ONIC.ORG:
<https://www.onic.org.co/comunicados-regionales/1899-convocatoria-xv-congreso-del-consejo-regional-indigena-del-cauca-cric>

- ONIC, OPIAC, CIT, AICO. (2010). Pronunciamento final de la Asamblea Nacional de salud de los pueblos indígenas "construyendo alternativas para un buen vivir desde los Pueblos. *Asamblea Nacional de salud de los pueblos indígenas de Colombia*, (pág. 2). Villeta.
- OPS, Urrego, J. (2008). Sistematización de experiencia modelo intercultural en salud de los pueblos indígenas de los municipios de Toribío y Jambaló, Cauca.
- OREWA. (Octubre de 1982). Encuentro Indígena Embera Waunana. (CRIC, Ed.) *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*, pág. 5.
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Noviembre de 2008). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de julio de 2019, de https://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationSP.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Recuperado el 26 de Febrero de 2019, de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2299s/s2299s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (18-20 de Mayo de 2009). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf
- Organización Nacional Indígena de Colombia -ONIC-. (1986). *Segundo Congreso Indígena Nacional. Conclusiones*. Bosa, Cundinamarca.
- Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC. (2002). *Los Indígenas y la Paz*. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de [www.observatorioetnicocecoin.org.co: http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Los%20indigenas%20y%20la%20paz.pdf](http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Los%20indigenas%20y%20la%20paz.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (19 de Abril de 1993c). *Relatoría de la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud Winnipeg, Manitoba, Canada 1993*. Recuperado el 7 de Octubre de 2018, de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/2-Esp%20Actastallerhemisf_esp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). *Iniciativa de los Pueblos Indígenas: Informe de Progreso*. Recuperado el 13 de Octubre de 2018, de Iris Paho: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/35424/doc325.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003-2007*. Recuperado el 13 de Octubre de 2018, de Iris Paho: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/50%20EspPlan2003-2007.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. (25 al 29 de Septiembre de 2006). *RESOLUCIÓN CD47.R18 LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS*. Recuperado el 20 de Febrero de 2019, de Paho.org.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (1993a). *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas, lineamiento estratégicos y plan de acción 1993-1997*. Recuperado el 8 de Octubre de 2018, de PAHO:
<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/50%20EspPlan2003-2007.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (27 de Septiembre de 1993b). *Resolución CD 37.5 Salud de los Pueblos Indígenas*. Recuperado el 8 de Octubre de 2018, de IRIS.PAHO:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/CD37.R5sp.pdf>
- Organización Zonal Indígena del Putumayo - OZIP. (s.f.). *Quienes Somos*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2018, de OZIP: <http://ozip.org.co/ozip/quienes-somos/>
- Orozco, M., Paredes, M., & Tocancipa-Falla, J. (Julio-Diciembre de 2013). La nasa yat: Territorio y cosmovisión. Una aproximación intercultural al problema del cambio y la adaptación en los nasa. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 28(46), 244-271. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/557/55730873012.pdf>
- Padilla, C. (2013). La Movilización Indígena. En F. Eusse, *ONIC 30 AÑOS. Colección Documental para su historia política. Tomo I* (pág. 469). Bogotá : Gente Nueva.
- Palacios, L. A. (14 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 10. (J. H. Urrego Rodríguez, Entrevistador) Popayán.
- Parra Vera, O., & Eli Yamin, A. (2013). *www.corteidh.or.cr*. (A. Perrou, Ed.) Recuperado el 27 de Febrero de 2019, de LA SENTENCIA T-760 DE 2008, SU IMPLEMENTACIÓN E IMPACTO: RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA JUSTICIA: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r32458.pdf>
- Peña Chepe, A. (26 de Abril de 1991). Gaceta 60. *Propuesta de organizaciones no gubernamentales, universidades o grupos guerrilleros. Proyecto de Reforma Constitucional*.
- Perafan, C. C. (Enero de 1999). *Impacto de cultivos ilícitos en Pueblos Indígenas. El Caso de Colombia*. Recuperado el 9 de Octubre de 2018, de mamacoca:
http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Cifras_cuadro_mamacoca/Perafan_CarlosCesar_Impacto_cultivos_ilicitos_en_Pueblos_indigenas_Colombia_1999.pdf
- Piñacué, J. (21 de Noviembre de 2018). Entrevista N° 5. (Urrego Jaime, Entrevistador)
- Piñacué, J. (21 de Noviembre de 2018). Entrevista N° 7. (Urrego Jaime, Entrevistador)

Piñacué, J. (15 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 5. 3. (J. Urrego, Entrevistador) Popayán.

Piñacué, J. (15 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 5. (J. Urrego, Entrevistador) Popayán.

Podion. (2001). *El asesinato del líder indígena Cristobal Secue Tombé*. Recuperado el 10 de Junio de 2019, de www.podion.org:
<http://podion.org/es/protagonistas/Ind%C3%ADgenas/el-asesinato-del-indgena-cristobal-secue-tombe>

Portela Guarín, H., & Portela García, S. (2018). *El Arco, el cuerpo y la seña. Cosmovisiones de la salud en la cultura nasa*. Popayán: Universidad del Cauca.

Presidencia de la República. (13 de Mayo de 1974). *Decreto Ley 654*. Obtenido de <https://www.lexbase.co/lexdocs/decretos/1974/d0654de1974>

Presidencia de la República. (1989). Decreto 1741 de 1973. En CRIC, *Cartilla de legislación indígena para las comunidades del Cauca* (Segunda ed., pág. 167). Bogotá, Cauca.

Presidencia de la República. (10 de Junio de 1993). *Decreto 1088*. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1088_1993.html

Presidencia de la República. (14 de Septiembre de 1999). *Artículo 1804 de 1999 Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 28 de Mayo de 2019, de www.alcaldíabogota.gov.co:
<http://www.alcaldíabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7221>

Presidencia de la República. (2 de Marzo de 2001). *Decreto 330*. Recuperado el 28 de Mayo de 2019, de www.funcionpublica.gov.co:
<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=76034>

Presidencia de la República. (19 de Febrero de 2004). *Decreto 515*. Recuperado el 30 de mayo de 2019, de www.defensoría.gov.co:
http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Decreto_515_2004.pdf

Presidencia de la República. (16 de Noviembre de 2005). *Decreto 4127*. Recuperado el 29 de Mayo de 2019, de www.funcionpublica.gov.co:
<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=18281>

Presidencia de la República. (23 de Diciembre de 2009). *historicopresidencia*. Recuperado el 7 de Marzo de 2019, de Informe especial emergencia social:
<file:///C:/Users/Jaime%20Urrego/Downloads/dec497523122009.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (6 de Agosto de 1990). *Decreto 1811 de 1990, por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas*. Recuperado el 17 de agosto de 2018, de Cecoin:

http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Decreto_1811_1990.pdf

Presidencia de la República de Colombia. (02 de Agosto de 1990a). *Decreto 1762 de 1990, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990, en cuanto a la organización de los servicios de salud que se presentarán en los municipios del país*. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de Sistema único de Información

Normativa: [http://www.suin-](http://www.suin-juriscal.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1865694?fn=document-frame.htm$f=templates$3.0)

[juriscal.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1865694?fn=document-frame.htm\\$f=templates\\$3.0](http://www.suin-juriscal.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1865694?fn=document-frame.htm$f=templates$3.0)

Presidencia de la República, Ministeriod de Gobierno y otros. (27 de Febrero de 1985).

Decreto 615. Obtenido de [www.suin-juriscal.gov.co](http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1130542): <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1130542>

Procuraduría General de la Nación. (2000). *Concepto sobre Proyecto de Ley 069*.

Concepto remitido a la Corte Constitucional.

Programa de salud del CRIC. (1996). *Informe Parcial Ley 100/93 Proceso de socialización en comunidades indígenas del departamento del Cauca*. Popayán.

Pueblos Indígenas de la Sierra Nevada y la Serranía del Perijá. (2010). Consideraciones De los pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta y de la Serranía del Perijá sobre los procesos de salud en curso y sus tendencias hacia el futuro. Valledupar.

Quijano, A. (summer/fall de 2000). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of world-systems research*, VI(2), 342-386.

Quilcué, A. (12 de Febrero de 2019). Entrevista No. 11. (J. Urrego, Entrevistador) Bogotá.

Quirá, M. C. (17 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 5. (J. Urrego, Entrevistador) Popayán, Cauca.

Quirá, M. C. (17 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 7. (J. Urrego, Entrevistador) Popayán, Cauca.

RAE. (2018). *RAE*. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=GcCcoWA>

Redacción del Tiempo. (5 de Agosto de 1996). *Buscan acuerdos con indígenas en el Cauca*. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de El Tiempo:

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-461477>

- Redacción del Tiempo. (06 de Agosto de 1996). Gobierno firmó acuerdo con los indígenas del Cauca. *El Tiempo*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-462188>
- Redacción del Tiempo. (10 de Enero de 2010). *Puntos clave de los 10 decretos de la emergencia social*. Recuperado el 7 de Marzo de 2019, de [www.eltiempo.com: https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7019867](https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7019867)
- Redacción Justicia del Tiempo. (17 de Abril de 2010). *www.eltiempo.com*. Recuperado el 7 de Marzo de 2019, de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3926796>
- República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. *Artículo 49*.
- República de Colombia. Ministerio del Interior. (2009). Decreto 982 del 10 de Junio de 1999. En CRIC, *Caminando la Palabra de los Congresos del Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC* (págs. 62-64). Popayán-Colombia.
- Restrepo. (2004). *Teorías contemporáneas de la etnicidad, Stuart Hall y Michel Foucault*. Cali: Editorial Universidad del Cauca. Jigra de letras.
- Restrepo. (enero-junio de 2008). Cuestiones de método: "eventualización" y problematización en Foucault. *Tabula Raza*(8), 111-132.
- Restrepo Zea, J. H. (Febrero de 2013). La CRES, crónica de una muerte anunciada. *Periódico El Pulso*, 175. Medellín, Antioquia, Colombia.
- Restrepo, E. (2007). Antropología y Colonialidad. En S. Castro-Gómez, & R. Grosfoguel, *El giro decolonial, una reflexión sobre la diversidad epistémica más allá del capitalismo global 1* (págs. 289-304). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Restrepo, J. H. (Junio de 2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Scielo*. Recuperado el 4 de Marzo de 2019, de Revista Facultad Nacional de Salud Pública: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011#fig1
- Revilla Blanco, M. (17 de Mayo de 2005). Propuesta para un análisis del movimiento indígena como movimiento social. *Política y Sociedad*, 42(2), 49-62. Recuperado el 6 de julio de 2019, de <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0505230049A>
- Revista Semana. (17 de Diciembre de 1984). *"Un mal que no tiene cura": El asesinato del sacerdote indígena Ulcué Chocué puede ser el anuncio de una guerra que se gesta en el Cauca*. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de Revista Semana: <https://www.semana.com/nacion/articulo/un-mal-que-no-tiene-cura/6017-3>

- Rivera, A. M. (20 de Marzo de 2019). Entrevista No.9. (J. H. Urrego Rodríguez, Entrevistador) Toribío, Cauca.
- Rodríguez, A., Pulido, C., Prada, E., & Rojas, Á. (2005). *Resistir para vivir. Una mirada Histórica al movimiento indio del Cauca 1970-2000*. Bogotá D.C.: Escuela Superior de Administración Pública - ESAP.
- Rodríguez, G. P. (Noviembre-Diciembre de 2014). Alvaro Uribe y Juan Manuel Santos, una misma derecha? *Nueva Sociedad*(254), 84-99. Recuperado el 1 de Mayo de 2019, de https://nuso.org/media/articles/downloads/4071_1.pdf
- Rojas Birry, F. (28 de Junio de 1991). Acto Constituyente de Vigencia Inmediata. Circunscripción Electoral Especial para Comunidades Indígenas, Negras y Minorías Políticas. *Gaceta Constitucional N°83*. Bogotá.
- Rojas Birry, F. (08 de Marzo de 1991a). *Gaceta Constitucional N° 18. Propuesta de Articulado. Derechos de los grupos étnicos, indígenas, negros y raizales del Archipiélago de San Andrés*.
- Rojas Birry, F. (30 de Marzo de 1991b). *Gaceta Constitucional N° 29. Proyecto de Acto Reformatorio N° 19*.
- Rojas Birry, F., Fals Borda, O., & Pineda Salazar, H. (21 de Marzo de 1991). *Gaceta Constitucional N° 25. Proyecto de acto reformativo N° 104. De las entidades territoriales*.
- Rossi, F. (01 de Septiembre de 2018). Entrevista No. 4. (J. Urrego, Entrevistador) Bogotá.
- Roth Deubel, A.-N. (2017). *Las Políticas Públicas y sus principales enfoques analíticos*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Semper, F. (2006). *Los derechos de los pueblos indígenas*. Recuperado el Julio 1 de 2019, de www.corteideh.org.cr: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R21731.pdf>
- Sentencia T-088 (Corte Constitucional 31 de Enero de 2001). Recuperado el 15 de Febrero de 2019, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-088-01.htm>
- Sisco, M. (6 de Noviembre de 2018). Entrevista N°3. (J. Urrego, Entrevistador)
- Sisco, M. (18 de Septiembre de 2018). Entrevista N°3. (J. Urrego, Entrevistador)
- Sisco, M. (6 de Noviembre de 2018). Entrevista N°5. (J. Urrego, Entrevistador)
- Smith. (1997). *La identidad nacional*. Madrid: Trama Editorial.
- Stavenhagen, R. (octubre de 1995). Los derechos indígenas: algunos problemas conceptuales. *Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*. Recuperado el 15 de

octubre de 2018, de Revista de Teoría y Filosofía del Derecho: <http://www.museo-etnografico.com/pdf/puntodefuga/170111stavenhagen.pdf>

- Subcomisión Nacional de Salud Indígena. (2014). *Cuarta sesión*. Bogotá.
- Todorov, T. (2010). *La conquista de américa* (segunda ed.). México: Siglo XXI.
- Unida Indígena. (1 de Abril de 1984). *Unidad Indígena*, págs. 6-7.
- Unidad Indígena. (Enero de 1975). *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*. CRIC.
- Unidad Indígena. (16 de Septiembre de 1976). Movilización Indígena y Obrera en Popayán. *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*. CRIC, págs. 2-3.
- Unidad Indígena. (16 de Octubre de 1977). Las comunidades indígenas en el paro cívico nacional. *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*. CRIC., págs. 6-7.
- Unidad Indígena. (Abril de 1984). Primer Congreso de Indígenas del Querarí - Unión de Indígenas del Querari - UNIQ. (CRIC, Ed.) *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*, pág. 14.
- Unidad Indígena. (Mayo de 1987). Tres mil indígenas se toman Montería - Indígenas Zenúes. (CRIC, Ed.) *Unidad Indígena. Unidad, territorio, cultura y autonomía*, pág. 4.
- Unión de Cabildos Embera Katíos - UNCEK. (Octubre de 1982). Reunión de Katíos en Dabeiba. (CRIC, Ed.) *Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*(59), pág. 4.
- Unión de Indígenas del Querari - UNIQ. (Abril de 1984). Primer Congreso de Indígenas del Querarí UNIQ. (CRIC, Ed.) *Unidad Indígena, Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía*, pág. 14.
- Urrego, J. (2008). *Sistematización de experiencia: Modelo de atención intercultural en salud de los pueblos indígenas de los municipios de Toribío y Jambaló, Cauca. Informe Técnico para la Organización Panamericana de la Salud-OPS*.
- Vanguardia Liberal. (06 de Agosto de 1996). Acuerdo en el Cauca. *Vanguardia Liberal*, pág. 3B.
- Vasco Uribe, A. (Julio-Diciembre de 2008). *Quintín Lame, Libertad y Resistencia*. (U. C. Cundinamarca, Ed.) Recuperado el 30 de Junio de 2019, de <https://www.revistatabularasa.org/numero09/>

- Villa, W., & Houghton, J. (2005). *Violencia Política contra los pueblos indígenas 1994-2004*. (CECOIN-OIA-IWGIA, Ed.) Medellín: Alto Vuelo. Obtenido de file:///C:/Users/Jaime%20Urrego/Downloads/VIOLENCIA%20POLITICA.pdf
- Voz. (15 de Octubre de 1992). Contra la marcha campesina del Cauca predominó la brutalidad oficial. *Voz*, pág. 6A.
- Voz. (20 de Marzo de 2002). Medios tergiversan resistencia civil. *Voz*, pág. 10.
- Wallerstein, I. (1979). *El moderno sistema mundial, la agricultura capitalista y los orígenes de la economía mundo europea en el siglo XVI*. Madrid: Siglo XXI Editores. Obtenido de <https://www.academia.edu/28164344/El-Moderno-Sistema-Mundial.pdf>
- Wallerstein, I. (2003). *El capitalismo histórico*. México : Siglo XXI Editores.
- Walsh, C. (2002). La (re)articulación de subjetividades políticas y diferencia colonial en Ecuador: reflexiones sobre el capitalismo y las geopolíticas del conocimiento. En C. Walsh, F. Schiwy, & S. Castro, *Indisciplinar las ciencias sociales. Geopolítica del conocimiento y colonialidad del poder* (págs. 175-213). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar. Ediciones Abya-Yala.
- Walsh, C. (Enero-Junio de 2005). Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. *Signo y Pensamiento*, XXIV(46), 39-50. Recuperado el 18 de Abril de 2019, de file:///C:/Users/Jaime%20Urrego/Downloads/4663-Texto%20del%20art%C3%ADculo-16809-2-10-20131216.pdf
- Walsh, C. (2005). Introducción, (Re) pensamiento crítico y (de)colonialidad. En C. (. Walsh, *Pensamiento crítico y matriz colonial* (págs. 13-24). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar. Ediciones Abya-Yala.
- Walsh, C. (Julio-Diciembre de 2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político- epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*(9), 153-152. Recuperado el 25 de Marzo de 2019
- Walsh, C. (Julio-diciembre 2008 de 2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa* (9), 131-152. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a09.pdf>